

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS
CARRERA DE DERECHO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES, SEMINARIOS Y TESIS



TESIS DE GRADO

**“MEDICINA TRADICIONAL Y EL PRIMER NIVEL DEL SISTEMA DE SALUD
BOLIVIANO: PROPUESTA DE ANTEPROYECTO DE LEY DE PARTICIPACIÓN
INTERINSTITUCIONAL Y MULTIMINISTERIAL”**

(Tesis de grado para optar el grado de Licenciatura en Derecho)

POSTULANTE: JOSE EDUARDO ELIAS ROJAS

TUTOR: DR. JULIO ADELIO MALLEA RADA

La Paz – Bolivia

2023

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a personas por las que tengo un gran cariño y agradecimiento:

*A la memoria de mi señora madre **Alberta Mamani Vda. De Elias** a quien le debo muchas cosas en mi vida, quien guio mi camino con principios y valores que siempre los tendré presente.*

*A mi tía **Lucy Elias** quien día a día me brinda su apoyo incondicional, además de poner en cada acción mucho cariño, comprensión y paciencia.*

*A **Soledad Centellas** en quien siempre encuentro apoyo, quien ha estado a mi lado aun en momentos difíciles acompañándome y motivándome para la conclusión de esta tesis.*

AGRADECIMIENTO

*“Agradecer a **Dios**, por la vida y las bendiciones que día a día me otorga”.*

*“Agradecer a mi **Carrera de Derecho de la Universidad Mayor de San Andrés** a quien le debo mis conocimientos y mi formación profesional”.*

*“Agradecer al **Dr. Julio Adelio Mallea Rada** docente Emérito de la FDCP mi tutor, amigo, maestro quien me fue mi guía en la presente investigación, a quien agradezco haberme inducido que la formación académica, superación académica, justicia social y la honestidad son los caminos por los que uno debe manejarse”.*

*“Agradecer a la **Sra. Elvira V. y Soledad C.** quienes me brindaron no solo su apoyo en el proceso de la presente investigación, sino en etapas fundamentales de mi vida de los cuales destaco su apoyo incondicional”.*

*“Agradecer a toda mi familia padres, hermanos, tíos, primos fundamentalmente a **Jaime, Balbina, Gliserio, Casto, Antonia, Carola, William, Junior, Jaime E., Sobeida, Rodrigo, Russel, Mildred, Diego, Kimberly, Nayeli** quienes me han brindado su apoyo a través de sus oraciones, buenos deseos, recomendaciones y cuidados”.*

*“Agradecer a mis amigos **Israel, Isaac, Edson, Marcelo, Fabian, Teresa, Zulma, Brandon y Abel** quienes me apoyaron, ayudaron en la elaboración y conclusión de esta investigación, despejando mis dudas, colaborándome con bibliografía y leyendo las versiones preliminares de esta investigación”.*

RESUMEN

La presente investigación fue realizada tomando en cuenta la Ley No. 459 de Medicina Tradicional Ancestral boliviana que entre sus objetivos establece: Regular el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud, es así que a nueve años de su promulgación a la fecha no se ha producido la articulación. En ese entendido a efectos de proporcionar a la sociedad una salud universal, integral en el marco de la interculturalidad que hace referencia a la convivencia armoniosa que debe existir entre los representantes de las diferentes culturas, se hace necesaria la integración de los conocimientos ancestrales en medicina tradicional en el Sistema de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia, ello fundamentalmente por la relevancia histórica que tiene la medicina tradicional en lo que hace a la identificación, prevención, curación de enfermedades en los diferentes momentos de la historia de nuestro país. Teniendo en cuenta la antigüedad de este conocimiento a cerca las propiedades curativas de las plantas, frutos, raíces y animales que tiene sus inicios en las culturas Aymara, Tihuanacota, Inca, la cual atravesó un periodo de rechazo en la colonia y pese a ello llega a ser tomado en cuenta por algunas autoridades de la corona española debido a sus resultados positivos, posteriormente en la época de la república pasa tener mayor importancia, elaborándose normas que reconocían su existencia e importancia pero en el contexto solamente indígena. Es con el establecimiento del Estado Plurinacional de Bolivia que se constituye en un estado multicultural que da inicio al establecimiento de políticas contemplando la pluriculturalidad, asimismo, se revaloriza el conocimiento ancestral en medicina tradicional como una alternativa más en el ámbito de la salud. En esta línea de trabajo, se inscribe la presente investigación, que luego de un desarrollo que se munio de información en lo que refiere a los beneficios de la medicina tradicional, resaltando que la implementación al Primer Nivel del Sistema de Salud produciría efectos positivos y esa necesidad de integración es también impulsada por los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud misma que entre los documentos emitidos promueve la promoción, investigación, fortalecimiento con referencia a la medicina tradicional, además de proponer estrategias para la integración a los diferentes sistemas de salud. Es preciso también hacer referencia a la reciente pandemia del COVID-19 que puso más vigente aun la medicina tradicional, ya que el uso que se le dio como medio de protección, prevención y curación fue trascendental, ello destacando que la enfermedad era desconocida y no se tenía datos exactos sobre la verdadera dimensión de su afectación al ser humano. Finalmente, referente al tema se presenta lo que podría ser una propuesta de normativa de participación interinstitucional y multiministerial que permita una efectiva articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud boliviano lo que conforme se evidencia en la presente investigación puede constituir en un aporte, entendiendo que dicha integración podría traer consigo una mejora en la atención médica, provocando una colaboración y porque no decir complementación entre la medicina tradicional y la medicina científica.

ABSTRACT

This research was conducted taking into account Law No. 459 of Bolivian Ancestral Traditional Medicine, which among its objectives establishes the following: To regulate the exercise, practice and articulation of Bolivian ancestral traditional medicine, in the National Health System, nine years after its enactment to date there has been no articulation. In this understanding, in order to provide society with universal and integral health within the framework of interculturality, which refers to the harmonious coexistence that should exist between the representatives of different cultures, it is necessary to integrate the ancestral knowledge of traditional medicine into the Health System of the Plurinational State of Bolivia, mainly due to the historical relevance of traditional medicine in terms of identification, prevention and cure of diseases at different times in the history of our country. Taking into account the antiquity of this knowledge about the healing properties of plants, fruits, roots and animals that has its beginnings in the Aymara, Tihuanacota, Inca cultures, which went through a period of rejection in the colony and despite it comes to be taken into account by some authorities of the Spanish crown due to its positive results, then in the time of the republic becomes more important, developing rules that recognized its existence and importance but only in the indigenous context. It is with the establishment of the Plurinational State of Bolivia that it becomes a multicultural state that begins the establishment of policies contemplating multiculturalism, also, the ancestral knowledge in traditional medicine is revalued as an alternative in the field of health. In this line of work, the present research is inscribed, which after a development of information regarding the benefits of traditional medicine, highlighting that the implementation at the First Level of the Health System would produce positive effects and this need for integration is also driven by international organizations such as the World Health Organization, which among the documents issued promotes the promotion, research, strengthening with reference to traditional medicine, in addition to proposing strategies for integration into the different health systems. It is also necessary to make reference to the recent pandemic of COVID-19 that made traditional medicine even more effective, since the use given to it as a means of protection, prevention and cure was transcendental, emphasizing that the disease was unknown and there was no exact data on the true dimension of its affectation to the human being. Finally, regarding the subject, we present what could be a proposal for a regulation of interinstitutional and multiministerial participation that allows an effective articulation of traditional medicine in the First Level of the Bolivian Health System, which as evidenced in this research can be a contribution, understanding that such integration could bring about an improvement in medical care, causing a collaboration and why not say complementation between traditional medicine and scientific medicine.

INDICE

“MEDICINA TRADICIONAL Y EL PRIMER NIVEL DEL SISTEMA DE SALUD BOLIVIANO: PROPUESTA DE ANTEPROYECTO DE LEY DE PARTICIPACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y MULTIMINISTERIAL”

Portada.....	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Resumen, Abstract	IV
Índice.....	VI
Abreviaturas	XII
Introducción	XIII

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

1. Enunciado del título del tema.....	2
2. Identificación del problema.....	2
3. Problematización	4
3.1. Pregunta principal	4
3.2. Preguntas secundarias	4
4. Delimitación de la investigación	4
4.1. Delimitación temática	4
4.2. Delimitación temporal.....	4
4.3. Delimitación espacial	4
5. Fundamentación e importancia de la investigación	5
Justificación jurídica	5
Justificación social	5
6. Objetivos del tema de tesis.....	6
6.1. Objetivo general	6
6.2. Objetivos específicos.....	6
7. Marcos de referencia	6
7.1. Marco histórico	7
7.2. Marco conceptual	7
7.3. Marco teórico	8
7.4. Marco jurídico	8
8. Hipótesis del trabajo de investigación.....	9
8.1. Variables.....	9
8.1.1. Variable independiente.....	9
8.1.2. Variable dependiente	9
8.2. Nexos lógicos	9
8.3. Unidades de análisis	9

9. Métodos que fueron utilizados en la investigación	10
9.1. Métodos generales.....	10
9.1.1. Método deductivo.....	10
9.1.2. Método inductivo	10
9.1.3. Método histórico.....	10
9.1.4. Método comparativo.....	10
9.1.5. Método Analítico.....	10
9.2. Métodos específicos	11
9.2.1. Método teleológico.....	11
9.2.2. Método histórico del derecho	11
10. Técnicas utilizadas en la investigación	11
10.1. Técnica de la entrevista	11
10.2. Técnica de la encuesta.....	11
10.3. Técnica del testimonio	11

Capítulo I

ANTECEDENTES HISTORICOS, TEÓRICOS Y NORMATIVOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL

1.1. El recorrido histórico de la medicina tradicional	13
1.1.1. Acerca de lo ancestral.....	13
1.1.2. Periodo precolonial.....	14
1.1.3. Periodo colonial.....	16
1.1.4. Republica.....	17
1.1.5. Estado plurinacional	20
1.2. La medicina tradicional en el ámbito internacional entre la normativización y la práctica	20
1. Declaración de Alma-Ata.....	21
2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y su aporte a la medicina tradicional	21
3. Continente de África y la medicina tradicional.....	24
4. Latinoamérica y la medicina tradicional	24
Perú.....	25
Ecuador.....	26
Costa Rica	27
México.....	27
5. El continente de Asia y su desarrollo en medicina tradicional	27
China	28
India.....	28

Capítulo II

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

2.1. Diferencias en tipos de medicina y la similitud que tienen	31
---	----

1. Medicina científica o biomedicina	31
2. Medicina tradicional.....	31
3. Medicina comunitaria.....	32
4. Medicina popular.....	32
5. Medicina naturista	32
2.2. Diferencia terminológica sobre la práctica de la medicina tradicional	33
1. Qulliri	33
2. Laiqas	33
3. Jatiris	34
4. Chamakanis	34
5. Amawta	34
6. Parteras	34
7. Yatiris	34
8. Callahuayas	35
2.3. Categorías necesarias del Sistema de Salud y las características propias de cada uno	35
1. Centro de salud.....	35
2. Primer nivel de atención medica	36
3. Segundo nivel de atención medica	36
4. Tercer nivel de atención medica.....	37
5. Redes funcionales de servicios de salud	37
2.4. Categorías y elementos que dan sentido a la implementación de la medicina tradicional al sistema de salud	38
1. Articulación.....	38
2. Prevención.....	38
3. Cultura.....	39
4. Multiculturalidad.....	39
5. Pluriculturalidad	40
6. Descolonización	40

Capítulo III

MARCO TEÓRICO

3.1. El pluralismo jurídico y la interculturalidad jurídica	42
3.1.1. El tetradimensionalismo jurídico.....	42
3.1.2. La igualdad intercultural.....	43
3.2. Principios y valores que fundamentan la implementación de la medicina tradicional al sistema de salud.....	43
Interculturalidad	43
Complementariedad	46
Intersectorialidad.....	46
Integración.....	47
3.2.1. Descolonización de la salud	47
3.2.2. La interculturalidad en la salud	48
3.2.3. Políticas de interculturalidad en salud en Bolivia	49
3.3. Políticas públicas.....	50

3.3.1. Características de las políticas públicas	51
3.4. La necesaria articulación de la medicina tradicional en el Sistema de Salud en el primer nivel	51
3.4.1. Fortalecimiento del primer nivel del Sistema de Salud.....	52
3.4.2. La medicina tradicional como prevención	53
3.5. La medicina tradicional y su relevancia	53
3.5.1. Razones por las que hoy en día se tiene un conocimiento en medicina tradicional	54
3.6. La salud como derecho humano.....	55
3.6.1. La salud como bien común.....	57
3.7. La Organización Mundial de la Salud y su enfoque a futuro.....	57
3.7.1. Apreciaciones a cerca de la integración de la medicina tradicional a los sistemas de salud	58
3.8. Eficacia o ineficacia en la aplicación de la Ley 459 de Medicina Ancestral Tradicional Boliviana respecto a la articulación de la medicina tradicional y el Sistema de Salud.....	60
3.8.1. Eficacia.....	60
3.8.2. Área urbana	63
3.8.3. Área rural.....	65
3.9. El Sistema de Salud y la medicina tradicional antes y después de la pandemia del COVID-19	67
3.9.1. El Sistema de Salud boliviano antes del COVID-19.....	67
3.9.2. El Sistema de Salud, la medicina tradicional y su importancia como protección en la pandemia del COVID-19.....	68

Capítulo IV

MARCO JURIDICO

4.1. Legislación Nacional.....	74
4.1.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (CPE.....	74
4.1.2. Ley No. 459 Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana	75
4.1.3. Decreto Supremo No. 2436 Reglamento a la Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana	76
4.1.4. Ley No. 300 Ley marco de la madre tierra y desarrollo integral para vivir bien	77
4.1.5. Ley No. 1152 Ley modificatoria a la Ley No. 475 de 30 de diciembre de 2013 de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia modificada por Ley No. 1069 de 28 de mayo de 2018. “Hacia el sistema único de salud, universal y gratuito”	77
4.1.6. Ley No. 450 Ley de protección a naciones y pueblos indígenas originarios en situaciones de alta vulnerabilidad	78
4.1.7. Ley No. 031 Marco de autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez”	79
4.1.8. Ley No. 1293 Para la prevención, contención y tratamiento de la infección por el coronavirus (COVID-19)	81
4.1.9. Decreto Supremo No. 4404	81

4.1.10. Decreto Supremo No. 4451 Disposiciones generales ante la pandemia de la COVID-19	81
4.2. Legislación Internacional	82
4.2.1. Declaración de Alma-Ata	82
4.2.2. Declaración Internacional de Derechos Humanos	83
4.2.3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales....	83
4.2.4. Convenio 169 de la OIT	83
4.2.5. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas	84
4.2.6. Organización Mundial de la Salud (OMS)	85
4.2.7. Corte Interamericana de Derechos Humanos	86
4.2.8. Derecho Comparado	88
1. Chile	88
2. Perú.....	89
3. Ecuador.....	91
4. Guatemala.....	94
5. Suiza	95

Capítulo V

ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS

5.1. Tipo de estudio	97
5.2. Entrevistas	97
5.2.1. Entrevista con el Director de Medicina Tradicional	97
5.2.2. Entrevista realizada al hermano Cancio Mamani López Exviceministro de Descolonización y experto en medicina tradicional.....	99
5.3. Diseño de la investigación.....	100
5.3.1. Técnicas.....	100
5.3.2. Instrumentos	101
5.4. Determinación de la población.....	101
5.4.1. Muestra.....	101
5.4.2. Descripción de los resultados	102
5.5. Resultados de la encuesta.....	102
5.5.1. 1ra. Pregunta.....	102
5.5.2. 2da. Pregunta	103
5.5.3. 3ra. Pregunta.....	104
5.5.4. 4ta. Pregunta.....	105
5.5.5. 5ta. Pregunta.....	106
5.5.6. 6ta. Pregunta.....	107
5.5.7. 7ma. Pregunta.....	109
5.5.8. 8va. Pregunta	110

Capítulo VI
PROPUESTA JURIDICA

Anteproyecto de Ley 112

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones 118
1. De los objetivos específicos 118
2. Del objetivo general 120
3. De la hipótesis 120
Recomendaciones 121
Bibliografía..... 122
Anexos..... 127

ABREVIATURAS

AGEMED	Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud
Art.	Artículo
Arts.	Artículos
Cap.	Capítulo
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CPE	Constitución Política del Estado
DESC	Derechos Económicos Sociales y Culturales
D.S.	Decreto Supremo
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
inc.	Inciso
INMETRA	Instituto Nacional de Medicina Tradicional
JIOC	Justicia Indígena Originario Campesina
MC	Medicina Científica
Min.	Ministerio
MT	Medicina Tradicional
MTC	Medicina Tradicional China
MTC	Medicina Tradicional Complementaria
MTI	Medicina Tradicional Indígena
OMS	Organización Mundial de la Salud
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
RRHH	Recursos Humanos
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SENASAG	Servicio Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad Alimentaria
SOBOMETRA	Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional
TGN	Tesoro General de la Nación
UNICEF	Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas

INTRODUCCIÓN

La presente tesis surge en un momento en el que el Sistema de Salud boliviano y mundial han sido afectados, la llegada del COVID-19 puso en evidencia la fragilidad de la atención médica que por mucho tiempo se ha tratado de ocultar. Dejando de lado la epidemia se debe rescatar que se tenía un servicio de salud que, hacia el esfuerzo necesario por lograr una asistencia aceptable a la población, a pesar de ello se tenía observaciones a la asistencia médica y se hizo más visible en la pandemia ese descontento con el sistema de salud. Por otro lado, la práctica del conocimiento ancestral en medicina tradicional previo a la epidemia se mostraba como una alternativa de curación. Ya en el periodo en la que los contagios por COVID-19 estaban en su plenitud y no se tenía una respuesta efectiva a ello, la medicina tradicional fue la opción por la que se optó como un elemento preventivo, de sanación, revalorizando de esta forma este conocimiento ancestral que no se había perdido, pero que estaba siendo practicado de una forma más invisible por así decirlo.

Es esa observación al Sistema de Salud por parte de la población de la región urbana y principalmente rural que tiene el anhelo de una atención en salud que sea adecuada, optima la cual responda a sus necesidades respetando su cosmovisión, creencias, desarrollo cultural y tradiciones, la que llevo a la presente investigación y realización de una propuesta que proporcione no solamente de instrumentos jurídicos que permitan la efectiva articulación de la medicina tradicional al Primer Nivel del Sistema de Salud, sino que además se pueda lograr para la población un servicio de salud que este basado en los principios y valores de la integración, multiculturalidad e interculturalidad que son propios del Estado Plurinacional de Bolivia.

Es así que nuestro DISEÑO DE INVESTIGACIÓN, tiene como objetivo principal, la proposición de un anteproyecto de ley que tiene como objetivo permitir la articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud. De conformidad a ello, se diseñó una hipótesis de trabajo estableciendo que: ***“La incorporación de una norma jurídica que establezca la participación interinstitucional y multiministerial, permitirá una efectiva aplicación de la Ley No. 459, en cuanto al cumplimiento del objetivo de articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana en el sistema de salud.”*** proyección planteada que se reflejara en nuestro anteproyecto de ley. Pero para llegar a su comprobación, la investigación tuvo que realizar varios pasos metodológicos que de forma sistemática expondremos.

El **Capítulo Primero** de la investigación hace referencia a los ANTECEDENTES HISTORICOS, TEORICOS Y NORMATIVOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL, en esta parte de la investigación se analiza las manifestaciones iniciales de los conocimientos ancestrales en medicina tradicional que se dieron en las culturas precoloniales y el constante desarrollo, progreso en la práctica de dicho saber. Se desarrolla también la resistencia cultural que se dio en la época colonial subsistiendo las curaciones a base de plantas, frutos y animales a pesar de estar presente el fenómeno de la aculturación. Para llegar a lo que es la época de la Republica en la cual se estableen las primeras normas en favor de la medicina tradicional. Hasta llegar a lo que es el estado plurinacional con el reconocimiento multicultural y pluricultural. Asimismo, se hace un análisis de la posición de la Organización Mundial de la Salud respecto al tema, además de explicar el devenir histórico en los países de Asia y el posicionamiento de los países latinoamericanos que dicho sea de paso son muy similares al boliviano.

El **Capítulo Segundo** tiene a bien establecer los FUNDAMENTOS CONCEPTUALES UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN, en esta parte se realiza una conceptualización de los tipos de medicina que se existe, además de desarrollar categorías utilizadas para nombrar a quienes practican la medicina tradicional, ello entendiendo que la mayoría está en lengua aymara o quechua y que además da a entender que no todos los actores tienen la función de coadyuvar en la salud. También se hace una descripción de lo que son las categorías medicas en general, para que se logre el entendimiento de porque se decidió enfocar la propuesta investigativa al Primer Nivel del Sistema de Salud.

El **Capítulo Tercero** denominado MARCO TEÓRICO, en este acápite se desarrolla el enfoque intercultural y de pluralismo jurídico de la investigación, además de considerar porque las normas deben adecuarse a la tetradimensionalidad. Se hace también un análisis de los principios y valores que fundamentan la articulación de la medicina tradicional con la medicina científica y la importancia que tiene la medicina tradicional para la sociedad. Se realiza también una reflexión sobre la necesidad de mejorar el Primer Nivel del Sistema de Salud y como los conocimientos ancestrales pueden coadyuvar en dicha fase, se proporciona elementos fundamentales que hacen a los derechos humanos y como la salud se adecua a cada una de esas categorías. Se reflexiona también a sobre la eficacia o ineficacia de la Ley No. 459 y como no se ha logrado el objetivo

propuesto en dicha normativa. Para finalizar analizando los dos momentos del sistema de salud, el antes y el después de la pandemia del COVID-19.

El **Capítulo Cuarto** que hace al MARCO JURIDICO, que se divide en dos: La primera que contempla la CPE, la Ley de Medicina Ancestral Tradicional Boliviana que establece la articulación de la medicina tradicional con el Sistema de Salud boliviano y su respectivo reglamento, la Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral que promueve la salud universal e integral, la Ley Marco de Autonomías “Andrés Bóñez” en lo que respecta a las competencias de los diferentes niveles del Estado y las normas correspondientes emitidas durante la pandemia del COVID-19 que contemplan el uso de la medicina tradicional. La segunda parte comprende la normativa internacional emitida por los diferentes Organismos Internacionales de salud y Derechos Humanos, además de analizar las normas correspondientes de los países de Chile, Perú, Ecuador, Guatemala y Suiza.

El **Capítulo Quinto** denominado ANALISIS DE DATOS OBTENIDOS, se da a conocer la información obtenida en el trabajo de campo y a partir de los datos obtenidos se verificará la hipótesis planteada en el diseño de investigación.

El **Capítulo Sexto** que es la PROPUESTA JURIDICA, que fue diseñada, a partir de la teoría formulada, de la experiencia social de la realidad en la que se desenvuelven los ciudadanos y del ámbito legal correspondiente un Proyecto de Ley que este acorde a las necesidades urgentes en salud que permita una efectiva articulación de la Medicina Tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud.

En las **Conclusiones** se explicará el cumplimiento de los objetivos propuestos en la presente investigación.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

“Por lo general, mientras se trabaja en una tesis, solo se piensa en el momento de acabar: se sueña con las vacaciones siguientes. Pero si el trabajo ha sido bien hecho, el fenómeno natural es que, tras la tesis, surja un gran frenesí de trabajo. Se quiere profundizar en todos los puntos que se habían dejado de lado, se quiere seguir las ideas acudidas a la mente pero que tuvieron que ser apartadas se quiere leer otros libros, escribir ensayos. Y esto es señal de que la tesis ha activado el metabolismo intelectual que ha sido una experiencia positiva”

Umberto Eco

1. Enunciado del título del tema

“Medicina tradicional y el primer nivel del Sistema de Salud boliviano: Propuesta de anteproyecto de ley de participación interinstitucional y multiministerial”.

2. Identificación del problema

La llegada del COVID-19 fue letal, no discrimino género, edad, ni clase social, sin embargo, su impacto tiene consecuencias desproporcionadas en determinados sectores de la población, no solo porque provoco una crisis en el sistema de salud sino también porque ha puesto en evidencia las diferencias que existen en cuanto a las posibilidades de sobrevivencia en términos de salud, al mismo tiempo puso en evidencia que los conocimientos ancestrales en medicina tradicional están vigentes.

Es así que considerando que el cuidado de la salud es un elemento importante en la vida de las personas y que a través de la Declaración Universal de Derechos Humanos considera a la salud como un “**derecho humano**”¹, mismo que debe ser garantizado por las instituciones públicas correspondientes.

En ese contexto el sistema de salud es objeto de muchas observaciones por parte de la sociedad que muchas veces no se siente satisfecha con el servicio que recibe, en este marco, para una mejor comprensión es preciso dividir la atención médica en dos momentos, un **primer** momento que sería anterior a la pandemia del COVID-19 y un **segundo** momento que sería el posterior a la pandemia, esta división tiene como objetivo comprender la percepción que la población tenía y tiene actualmente de nuestro sistema de salud.

Haciendo referencia al **primer** momento en el cual la atención medica no estaba sujeta a una presión que produjo la pandemia ya era observada; realizándose sobre la misma comentarios más negativos que positivos, entendiendo que el sistema de salud no era adecuado observándose a una población realizar filas que son por demás agotadoras en busca de atención médica, lo cual generaba un desconcierto en la población y la decisión de no querer volver a acudir a un centro de salud². El alto costo de la medicina que la denominamos científica, que en su mayoría no podía ser

¹ La Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948 establece que la salud como un derecho humano la DUDH se da como respuesta a los actos contra la humanidad que se cometió durante la Segunda Guerra Mundial.

² Los Tiempos “*Bolivia, lejos de un servicio de calidad en la salud pública*” 06 de agosto 2019

cubierta por gran parte de la población privándose de esta forma del acceso a la salud a un gran número de ciudadanos, más aún en el área rural en donde ni siquiera se comercializa los medicamentos recetados teniendo que la población trasladarse a las ciudades capitales para comprar los mismos, evitando un adecuado acceso a la salud³. Todos esos inconvenientes generaron una consecuencia en el actuar de la población y además de sumarle el factor de confianza a lo conocido, que la población opte en muchos casos acudir a los conocimientos ancestrales en medicina tradicional para curar sus afecciones.

Es preciso contemplar lo que líneas arriba denominamos el **segundo** momento que es el posterior a la aparición de la pandemia del COVID-19, que mostro más deficiencias aun de nuestro sistema de salud, demostrando además la desigualdad que existe a la hora de ser atendido en un establecimiento de salud, es también preciso establecer que ningún sistema de salud a nivel mundial estuvo a la altura para poder brindar una atención adecuada a la población en lo referente a la pandemia del COVID-19, viéndose vulnerables la mayoría de los sistemas de salud a nivel mundial. En ese contexto si el sistema de salud en el área urbana se mostró frágil, fue más deficiente aun en el área rural tomando como referencia que será nuestra área de estudio se debe tener en cuenta que en la región rural no se tiene un tratamiento a la salud adecuado, es así que la población tuvo que recurrir a un medio alternativo de curación que en este caso fue la medicina tradicional; este hecho puso una vez más en evidencia que los conocimientos ancestrales en medicina tradicional son útiles en cuanto a la prevención de enfermedades y de esta forma coadyuvan al cuidado de la salud.

En lo que hace a los fines de la presente tesis es importante abordar esa necesidad que la población tiene de una adecuada atención medica la cual incluya a todos, es por ello que se propone una alternativa más de cuidado de la salud y que el mismo pueda ser incorporado a nuestro sistema de salud, para ello se propondrá un proyecto de ley con el objetivo de impulsar normativamente la consolidación de dicha articulación que se propone.

³ Investigación de Cantoral, L. para la Agencia de Noticias Fides (ANF), con apoyo del International Center for Journalists (ICFJ) y la principal plataforma que promueve el periodismo colaborativo en América Latina CONNECTAS. *“Sobrevivir a urgencias en un hospital de Bolivia. El déficit de las Unidades de Terapia Intensiva en el país mantiene en riesgo constante a la población que la requiere”*

3. Problematización

3.1. Pregunta principal

¿Será que existe ineficacia en la aplicación de la Ley No. 459, la misma que establece entre sus objetivos la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana en el Sistema Nacional de Salud?

3.2. Preguntas secundarias

¿De qué manera se ha manifestado el desarrollo histórico normativo de la medicina tradicional en Bolivia y su efecto en el cuidado de la salud?

¿Cuál es el tratamiento normativo que se ha estructurado en los Organismos Internacionales y en la legislación extranjera con respecto a la incorporación de la medicina tradicional al Sistema de Salud y que efectos produjo?

¿Cuál es el criterio sociocultural que permite la vigencia de la medicina tradicional hasta la actualidad y el efecto de los mismos?

4. Delimitación de la investigación

4.1. Delimitación temática

La presente investigación tiene un enfoque adecuado a principios vinculados al derecho público dentro de un contexto intercultural fundamentalmente en aquel que tiene que ver con el derecho humano a la salud de la población planteando los fundamentos jurídicos que viabilicen la interrelación de la medicina tradicional y la medicina científica en los centros de salud de primer nivel.

4.2. Delimitación temporal

El trabajo de investigación corresponde a los años 2013 a 2021. Se toma en cuenta el año 2013, porque entra en vigencia la Ley No. 459 Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana hasta el año 2021.

4.3. Delimitación espacial

La presente investigación que es del tipo propositiva, en la urgente necesidad de implementar la medicina tradicional al Sistema de Salud en el Primer Nivel, a efectos de obtener información se tomara como área geográfica el municipio de Copacabana, de la provincia Manco Kapac del

departamento de La Paz, en donde se efectúa una investigación, acorde a las posibilidades en relación al factor económico, temporal y sobre todo para la obtención de la información requerida por la misma. Asimismo, los resultados obtenidos podrán ser aplicados en poblaciones similares del Estado Plurinacional de Bolivia.

5. Fundamentación e importancia de la investigación

La presente investigación tiene las siguientes justificaciones:

Justificación jurídica

La puesta en vigencia de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (CPE) ha generado el reconocimiento de Bolivia como un estado plurinacional. La misma establece en su Artículo. 3. La nación boliviana está conformada por la totalidad de los bolivianos y bolivianas, las naciones y pueblos indígena originario campesinos, y las comunidades interculturales y afrobolivianas que en conjunto constituyen el pueblo boliviano⁴". En virtud a esa conformación que se detalla en el cuerpo normativo constitucional se hace también referencia a la salud, es así que se considera que la base legal para realizar la presente investigación tiene su fundamento en la CPE que establece en el Artículo 35. II. Que establece **"El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos"**⁵ y La Ley No. 459 Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana que establece en su Artículo 1. La presente ley tiene por objeto: Regular el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud⁶.

Justificación social

El hecho de que la sociedad recurra en muchos casos a la medicina tradicional para curar sus dolencias permitiendo que en el área rural la misma prevalezca por encima de la medicina científica, el hecho de que su uso y la importancia que tiene en lo que refiere a protección de la salud hace necesario que la misma pueda ser el objeto de estudio en cuanto a la interrelación que la misma pueda tener con la medicina científica⁷. Es así que teniendo la información que se

⁴ GACETA OFICIAL DE BOLIVIA Constitución Política del Estado de 7 de febrero de 2009. Art. 3.

⁵ GACETA OFICIAL DE BOLIVIA Constitución Política del Estado de 7 de febrero de 2009. Art. 35. II.

⁶ GACETA OFICIAL DE BOLIVIA Ley 459 Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana de 2013. Art. 1.

⁷ France 24. *"La medicina tradicional de los indígenas de Bolivia está en auge en las ciudades por la crisis del Covid-19. El Gobierno y los médicos aconsejan su uso para los síntomas respiratorios leves y*

recolecto se va a realizar una contribución a efectos de dinamizar el cuidado de la salud, exponiendo las ventajas que se puede adquirir de la mencionada integración estableciendo cuan productivo puede resultar esa nueva dinámica en cuanto al cuidado de la salud se refiere y que a través de la misma la confianza de la población en el sistema de salud boliviano mejore.

6. Objetivos del tema de tesis

6.1. Objetivo general

- **Proponer** un anteproyecto de ley de participación interinstitucional y multiministerial que permita de forma efectiva la implementación de la medicina tradicional al sistema de salud en su primer nivel.

6.2. Objetivos específicos

- **Analizar** de qué manera se ha manifestado el desarrollo histórico normativo de la medicina tradicional en Bolivia y su efecto en el cuidado de la salud.
- **Identificar** cual es el tratamiento normativo que se ha estructurado en los Organismos Internacionales y en la legislación extranjera con respecto a la incorporación de la medicina tradicional al sistema de salud y los resultados de dichas normativas.
- **Explicar** cuál es el criterio sociocultural que permite la vigencia de la medicina tradicional hasta la actualidad.

7. Marcos de referencia

Los marcos de referencia son aquellos elementos que cumplen funciones específicas en el proceso investigativo y tienen como objetivo ayudar de manera genérica a describir, organizar, analizar, interpretar y sistematizar el objeto de estudio, para contrastar con los resultados que se obtengan del marco práctico (Catari Yujra & Catari Yujra , 2019).

moderados, pero recuerdan que el coronavirus aún no tiene cura”. de 30 de agosto de 2020. Visto en web: <https://www.minsalud.gob.bo/5641-salud-inicia-campana-para-estimular-el-uso-de-la-medicina-tradicional-para-combatir-la-covid-19>

Al presente se realizará una breve explicación de lo que se está tomando en cuenta en los marcos histórico, conceptual, teórico y jurídico en lo que refiere a la medicina tradicional como objeto de estudio.

7.1. Marco histórico

Se hace un análisis del recorrido histórico que ha tenido la medicina tradicional contemplando la época precolonial fundamentalmente las civilizaciones Aymara, Tiwanacota, Inca quienes conforme detalla la historia han tenido un destacable desarrollo, en lo que corresponde a nuestro objeto de estudio que es la medicina tradicional se tiene que el conocimiento ancestral en medicina tradicional fue utilizado, practicado y transmitido de generación en generación. Resaltando también que cada cultura ha tenido su particularidad en cuanto al uso que se daba a la MT. De igual forma se toma en cuenta la época de la colonia en la que se continuo con la práctica de la medicina tradicional a pesar de las dificultades que se presentó por la transmisión de conocimientos que se tuvo por parte de la corona española. La etapa republicana es también analizada, sobre todo en lo que respecta a la normativa que se fue desarrollando en torno a la medicina tradicional. Finalmente se toma en cuenta el Estado Plurinacional de Bolivia que establece la conformación de un estado plurinacional, intercultural reconociendo las tradiciones, costumbres de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos que conforman el estado.

Se realiza además un análisis del recorrido histórico y normativo de la medicina tradicional en el ámbito internacional tomando en cuenta los organismos internacionales principales en salud como Organización Mundial de la Salud su aporte en lo que refiere nuestro objeto de estudio, asimismo se hace un breve enfoque del desarrollo e influencia de la medicina tradicional en países latinoamericanos y del continente de Asia.

7.2. Marco conceptual

Considerando que el conocimiento ancestral en medicina tradicional data de hace muchos años atrás y teniendo presente que la misma fue transmitida de generación en generación a través los lenguajes originarios, considerando también que la terminología que se utiliza como denominación para quienes practicaban y practican dichos conocimientos puede ser desconocida, ya que la mayoría están en lengua aymara y quechua, es para tener una mejor comprensión que se realiza una conceptualización de a lo que se refiere cada termino. De igual forma en función a la propuesta de la presente investigación que tiene como objetivo la articulación de la MT en el Primer Nivel

del Sistema de Salud se tiene variedad de términos en lo que a los establecimientos del Sistema de Salud se refiere. En ese contexto se realiza una breve explicación que permite la diferenciación entre una u otra instalación en donde se brinda atención médica.

7.3. Marco teórico

Habiendo hecho una revisión de la bibliografía correspondiente se realiza una fundamentación teórica sobre la articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud en el marco del pluralismo jurídico y la interculturalidad que se manifiesta en el ámbito de la salud. Tomando como referencia la teoría tetradimensional que establece el estudio sincrónico de cuatro categorías: norma, valor, hecho e historia. En ese contexto en el presente trabajo de investigación están presentes estos elementos. La historia que se desarrolla en los antecedentes históricos, el valor se contempla en lo que hace a los principios y valores para la articulación de la MT al sistema de salud en el marco teórico, en lo que respecta a lo normativo se hace un análisis de las leyes pertinentes en el marco jurídico y una propuesta normativa de participación interinstitucional y multiministerial en la propuesta jurídica, en lo que respecta al hecho se evidencia el mismo en los datos obtenidos en la interacción con nuestra población encuestada.

7.4. Marco jurídico

Dentro del marco jurídico se tomó en cuenta normativa nacional e internacional para un desarrollo óptimo del trabajo:

La Constitución Política del Estado plurinacional de Bolivia, en sus artículos pertinentes 18, 30, 35, 42 y 100.

La ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana del 19 de diciembre del 2013, en sus artículos 1 y 12.

Decreto Supremo D.S. No. 2436, en su artículo 18.

Declaración de Alma-Ata de septiembre de 1978.

Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25.

El Convenio No. 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) del 27 de junio de 1989, en su artículo 25.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 16 de septiembre de 2007, en su artículo 24.

Asimismo, se realizó una comparación normativa referente a la MT entre las legislaciones de los países de Perú, Chile, Guatemala y Suiza. El análisis de toda la normativa referida es el sustento jurídico para la propuesta normativa de una Ley de Participación Interinstitucional y Multiministerial que permita la articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud boliviano.

8. Hipótesis del trabajo de investigación

“La incorporación de una norma jurídica que establezca la participación interinstitucional y multiministerial, permitirá una efectiva aplicación de la Ley No. 459, en cuanto al cumplimiento del objetivo de articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana en el sistema de salud.”

8.1. Variables

8.1.1. Variable independiente.

La incorporación al sistema normativo de una norma jurídica que contemple la participación interinstitucional y multiministerial.

8.1.2. Variable dependiente.

Efectiva aplicación de la Ley No. 459.

- Para el cumplimiento del objetivo de articulación de la medicina ancestral boliviana en el sistema de salud.

8.2. Nexos lógicos

Permitirá

8.3. Unidades de análisis

- Ley No. 459
- Medicina tradicional
- Sistema de Salud

9. Métodos que fueron utilizados en la investigación

9.1. Métodos generales

Los métodos generales “son aquellos que se aplican en casi todas las disciplinas científicas y responden a las características particulares del objeto de estudio” (Moreno et al, 2013, p. 51).

9.1.1. Método deductivo.

Es “un razonamiento que va de lo general a lo particular” (Witker, 1996, p. 16). Este método fue utilizado en la investigación en la etapa de elaboración del Marco teórico y en la totalidad de la investigación.

9.1.2. Método inductivo.

Se entiende que el método inductivo consiste en la obtención de conocimientos que conduce de lo particular a lo general, establece al respecto Moreno et al. (2013) “esta forma de pensar intenta extraer conclusiones generales o generalizaciones a partir del análisis de hechos particulares o singulares” (p. 52). Este método fue utilizado en la investigación en la etapa de elaboración del Marco teórico y en el capítulo correspondiente al Análisis de los datos obtenidos.

9.1.3. Método histórico.

“Supone el análisis de los antecedentes, las causas, el contexto y las condiciones históricas en las que surge y se desenvuelve un determinado hecho o un proceso” (Moreno et al, 2013, p. 54). Este método fue utilizado en la investigación en la etapa de elaboración de los Antecedentes históricos, teóricos y normativos de la medicina tradicional.

9.1.4. Método comparativo.

“Permite establecer las diferencias o semejanzas que existen entre dos o más objetos de estudio de la misma naturaleza” (Pozo, 2017, p. 17). Este método fue utilizado en la elaboración del Marco jurídico y en el Análisis de los datos obtenidos.

9.1.5. Método analítico.

A través del proceso de separación o descomposición de los elementos que conforman un todo, se puede lograr averiguar la identidad de tales elementos y las funciones que cumplen (Pozo, 2017, p. 17). Este método fue utilizado en el Marco Jurídico y en el Análisis de los datos obtenidos.

9.2. Métodos específicos.

9.2.1. Método teleológico.

Consiste en interpretar a partir del propósito para el que fue creada determinada norma. En ese entendido se establece que “corresponde al fin de la disposición normativa” (Mallea Rada & Patzi Condori, 2019, p. 167). Este método fue utilizado en la investigación en la etapa de elaboración del Marco jurídico.

9.2.2. Método histórico del derecho.

Permite efectuar en la retrospectiva del hecho o fenómeno jurídico estudiado, tiene por propósito describir hechos jurídicos expresados en la realidad pasada (Pozo, 2017, p. 28). Este método fue utilizado en los Antecedentes históricos, teóricos y normativos de la medicina tradicional.

10. Técnicas utilizadas en la investigación

Para el proceso de investigación se utilizarán las siguientes técnicas:

10.1. Técnica de entrevista.

Esta técnica “obtiene la información a través de preguntas orales o escritas” (Rios Ramirez , 2017, p. 101). La entrevista fue utilizada en el capítulo referente al Análisis de los datos obtenidos de la investigación.

10.2. Técnica de la encuesta.

“La encuesta se caracteriza por la recopilación de testimonios orales o escritos provocados y dirigidos con el propósito de averiguar hechos, opiniones o actitudes” (Witker, 1991, p. 105). Se aplico la encuesta a la población mayor de edad al azar, entendiendo que la totalidad de la población alguna vez tuvo alguna dolencia. Se utilizo para la realización del Análisis de los datos obtenidos en la investigación.

10.3. Técnica del testimonio

“Basada en el testimonio del objeto de estudio” (Pozo, 2017, p. 34). Se aplico los testimonios, experiencias recogidas de forma oral o escrita de la población para la elaboración del Análisis de los datos obtenidos.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS, TEÓRICOS Y NORMATIVOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL

“La medicina tradicional, la curación y la complementación de lo espiritual en varias regiones de Bolivia han tomado un papel muy importante y necesario, sobre todo para aquellos sectores pobres de la sociedad quienes acuden a la medicina natural”

Elizabeth Rocabado

1.1. El recorrido histórico de la medicina tradicional

La medicina tradicional estuvo siempre presente en lo que a curación, prevención de dolencias, enfermedades se refiere, fue tal el impacto que tuvo, que su uso, practica se fue transmitiendo de generación en generación, muchas veces esa transmisión se da por una cuestión de tradición, costumbre o creencia y en la mayoría de los casos esa transferencia de conocimientos ancestrales se dio por la efectividad que tuvo cuando se la uso y dicho efecto positivo hizo necesaria su comunicación a quienes pudiesen tener un similar síntoma o aflicción.

1.1.1. A cerca de lo ancestral.

Cuando se hace referencia a la categoría de conocimiento ancestral, se está dando una indicación a la forma de entender la vida de parte las generaciones pasadas, sus reglas, costumbres, vivencias, creencias y normas, que tenían por objeto conservar la vida a nivel colectivo e individual. Al respecto algunos de estos modos de vida, de estos conocimientos por diferentes razones como su efectividad, trascendencia perduran hasta la fecha, otros por su falta de practica pasaron a ser olvidados. En lo que refiere a los conocimientos que perduran hasta nuestros días se debe entender que muchos de esos conocimientos ancestrales forman parte de un patrimonio familiar, de un patrimonio de la comunidad y hasta algunos o muchos de ellos a nivel nacional, es por dicha situación que la práctica de los mismos en la actualidad sigue en vigencia.

La **medicina tradicional**, conjuntamente otros conocimientos ancestrales perduran a la fecha ¿Por qué perdura el conocimiento ancestral en medicina tradicional? diversos son los motivos que hacen que la medicina tradicional subsista y a esta subsistencia hay que sumarle el factor de confianza que se tiene para con la misma, por todo ello Álvarez Quispe ha identificado algunas de las razones que hacen que la MT siga manteniéndose vigente:

- La utilidad que se tiene principalmente en el área rural, en donde el sistema de salud no está en pleno desarrollo.
- La eficacia en cuanto a resultados, la práctica que se ha hecho en base a la MT para la curación, prevención de enfermedades genero resultados en algunos casos por demás positivos y esa efectividad genero un incremento de confianza y dicha confianza no solo fue de parte del sector que dio inicio y promociono su uso, sino que además produjo un efecto positivo en la población externa.
- La armonía con el medio ambiente.

El conocimiento ancestral en MT en su génesis tuvo como característica el uso y la exploración de las propiedades curativas de las plantas, frutos, raíces y animales esta actividad fue realizada a partir de un instinto de sobrevivencia, de subsistencia de su comunidad “su instinto de conservación alimento su curiosidad para el aprovechamiento de minerales, plantas y elementos de la fauna poniéndolos a su servicio” (Otero, 1991, p. 15).

Dicha exploración de las propiedades tuvo como efecto el conocimiento cuasi profundo de las plantas, frutos, raíces analizando el para que puede y es útil y es través de ello que se realizó una clasificación empírica a cerca de la utilidad que se le podría dar a determinado producto más allá del uso cotidiano que se le da para la alimentación misma. Esta clasificación fue realizada con un objeto informativo en el intento de que no haya dudas de el para que sirve determinado producto y que este sea utilizado con absoluta certeza de que lo que se está consumiendo no va a generar problemas a futuro.

1.1.2. Periodo precolonial.

En lo que respecta a la historia de nuestro país Bolivia el conocimiento ancestral en medicina tradicional tuvo gran importancia y relevancia desde la antigüedad, es preciso destacar su uso por parte de las diferentes civilizaciones que forman parte nuestra historia y la influencia que la misma tuvo en cuanto al cuidado de la salud, la curación de dolencias y la prevención de enfermedades, tal fue su valor que fue transmitida de generación en generación, la transmisión se dio con respecto al conocimiento de las propiedades medicinales de las plantas, animales, frutos y raíces.

La cultura aymara se dice seria la pionera en la práctica del conocimiento ancestral en medicina tradicional en el occidente del país siendo los descendientes de estos los callahuayas, se plantea que la adquisición de conocimientos es producto del nomadismo en el que se desarrollaron, a raíz de ello además de darse la recolección de frutos y de la practica en la agricultura que derivo en el conocimiento de las plantas naturales y sus propiedades, es así que estos individuos realizaban las curaciones, diagnósticos en base a su percepción, experiencia de vida. Respecto a la transmisión de conocimientos en principio era interna, familiar llegando a considerar a este conocimiento un patrimonio familiar pasible de ser heredado (Otero, 1991).

Otra de las civilizaciones más importantes de la historia boliviana cuyos vestigios arquitectónicos siguen perdurando hasta la fecha fue la cultura tiwanacota⁸ que se desarrolló en el periodo de tiempo correspondiente a el 1500 a. C. hasta el año 1150 d. C. cuya duración aproximada fue 25 siglos, conforme nos detalla la historia los pobladores se dedicaban además de a la ganadería, escultura, artesanía, desarrollaron también actividades en el área de la agricultura, en ese aspecto es importante destacar que el desarrollo en la agricultura fue muy importante, por ende su influencia en todo lo que refiere al uso de las plantas como producto medicinal también fue relevante, ya que los pobladores de la mencionada cultura tenían la lógica de que el alimento que se consuma debía ser producido por ellos, es decir que se tenía una preferencia por la cultivación propia de sus alimentos (Mamani Lopez & Colque Arias, 2021). Esas reglas que se tenían para con la alimentación hacen presumir que sus habitantes gozaban de una vida equilibrada, es decir que ya en esa época se tenía un habito que tenía que ver con la prevención eso conforme detalla el historiador Corzon (citado por Mamani Lopez & Colque Arias, 2021) “No hay vestigios arqueológicos de violencia en la época de tiwanaku, conquistaba a las otras naciones culturales y hasta estados, pero de manera pacífica con la táctica de dones contra dones” (p. 13).

Otra cultura de igual importancia que se desarrollo fue la cultura Inca⁹ la cual se desarrolló a partir del año 1438 al 1540 d.C. aproximadamente, dicha cultura realizo también uso de las plantas y su usanza fue para diferentes actividades al respecto establece Rocabado Imaña, (2021) “de todos estos usos el más importante fue con fines medicinales” (p. 12).

Además del uso de las plantas medicinales, se tiene que en la cultura Inca ya se tenían especialistas con conocimientos médicos, esas personas que se dedicaban a la práctica médica realizando curaciones a base de plantas. Siendo que la cultura Inca se desarrolló a orillas del Lago Titicaca y a partir de la transmisión de generación en generación, en la actualidad en las poblaciones que actualmente se desarrollan a orillas del lago se sigue con la aplicación de los remedios que se usaban los incas en aquel entonces (Otero, 1991).

⁸ El origen de la cultura de Tiwanaku se da a partir de un proceso de sedentarismo en la que el ser humano inicia con la domesticación de plantas y animales y ello le permite ubicarse en determinado espacio geográfico. Inicialmente la cultura de Tiwanaku se conforma en pequeños ayllus cuya base económica se da a base de la agricultura, pesca y ganadería, la misma tuvo un desarrollo que se divide en periodos: aldeano, urbano, imperial. Centellas Marco 2011.

⁹ Cultura Inca fue la de mayor extensión en América, surgió a fines del siglo XII, se conformó de cuatro suyos: Chinchasuyo, Collasuyo, Antisuyo, Contisuyo, se atribuye a Manco Kapac como el fundador del imperio Inca. Centellas Marco 2011.

1.1.3. Periodo colonial.

El periodo colonial que tiene como característica principal el control político, administrativo del territorio boliviano por los españoles. En esta etapa de la historia se ve afectado el desarrollo cultural que se tenía hasta ese entonces, esa afectación se traduce en la interrupción de todas las prácticas en el aspecto cultural, religioso, tradicional que se tenía, mismo que se ve invadido por otras costumbres, creencias que son implementadas por la corona española, ello entendiéndose que el territorio boliviano casi en su totalidad era dominado por los españoles. En ese contexto el conocimiento ancestral en MT no es la excepción, es decir también fue limitado para con su práctica, más sin embargo no fue posible la extinción de dicho conocimiento, al contrario, esta práctica curativa en base a plantas, animales, frutos hasta fue imitado y solicitado por quienes en su momento tenían el control del territorio boliviano. Pues se tiene que el Virrey Solon en comunicación con el Monarca de España expresaba la asimilación de parte de los médicos que hubiesen llegado de España a cerca de los conocimientos en MT e informando además que se habrían escrito libros en los cuales detalladamente se explicaba las propiedades de cada una de las plantas (Otero, 1991).

Por otra parte se tiene que el mal estado de los hospitales también fue algo relevante en la época de la colonia y quienes más sufrían de atención médica eran siempre quienes habitaban en las poblaciones más alejadas o quienes por su situación económica no podían acceder a los hospitales tal cual sucede en la actualidad, tal era la precariedad en la cual sobrevivían los habitantes de ese entonces que si llegaban a enfermar y al no recibir auxilio pues muchos solo se resignaban, hasta que la muerte en algunos casos les llegaba. Y para evitar las pérdidas humanas por falta de hospitales o difícil acceso al mismo las familias optaron por acudir al MT, se dice que fue la “edad de oro para los callahuayas” quienes optaron por efectuar el uso de las plantas como producto medicinal y es preciso destacar que dicho uso no solo fue en favor de los pobres, sino que también los españoles se beneficiaron de las propiedades curativas (Otero 1991).

Contrariamente también hubo quienes se opusieron a la práctica de la MT, ahí se puede evidenciar a las misiones evangélicas de ese tiempo quienes rechazaron la MT desvalorizando y negando la efectividad de todos los conocimientos ancestrales (Vidaurre de la Riva, 2006, p. 281). Pese a todas las dificultades se evidencia que la MT siguió vigente en la época de la colonia.

1.1.4. Republica.

El periodo republicano que tiene como característica la independencia de Bolivia de la corona española. Teniendo en cuenta que con la independencia se dio fin a la colonización, se debe resaltar que con respecto a la MT no hubo cambios, ya que la recuperación de las tradiciones, costumbres en materia de medicina tradicional no fueron fundamentales por parte de quienes en ese entonces detentaban el poder político. La independencia de Bolivia el año 1825 en sus primeros años no fue determinante para la MT entendiendo que para la época habría temas más importantes. Pero como se describió líneas arriba si la práctica de la MT se dio aun en la colonia, con mayores libertades por así decirlo la población indígena continuo con ese habito en la época de la república más allá de si se hubiese generado políticas para darle la importancia correspondiente, es decir tanto la población que vivía alejada de las ciudades capitales y la población del área urbana siempre tuvieron presente entre sus principios, tradiciones culturales que debiera perdurar sus conocimientos ancestrales por la efectividad de sus medicinas en base a plantas y animales.

Con el pasar de los años en lo que respecta a la MT se establecieron normas acordes al momento histórico:

Para el año 1979

Se creo la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA)

Posteriormente en la gestión 1987

Se aprueba la **Resolución Ministerial No. 00231** que establece en su Artículo Único. Aprobar el **Reglamento para la práctica de la Medicina Naturista – Tradicional de Bolivia**, dicho reglamento consta de nueve partes, estableciendo además que estará sujeto a revisiones periódicas para introducir modificaciones que sean detectadas en el curso de su aplicación.

En el referido reglamento se establecen los deberes y obligaciones de quienes practican la medicina naturista tradicional, así como de la capacitación que deberán recibir los mismos en cuanto a medicina y detección de enfermedades, de igual forma se establece que el arancel de quienes practican la medicina naturista deberá estar sujeto a lo que determine la autoridad de salud, finalmente se establecen sanciones para con las personas que practican la medicina naturista tradicional cuando ellos hubiesen incurrido en los ilícitos que establecía el reglamento de la práctica de la medicina naturista-tradicional de Bolivia.

Se aprueba la **Ley No. 0928 de Creación del Instituto de Medicina Tradicional Kallawaya** de 9 de abril de 1987 que establece Artículo 1. Crease el Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawaya, con autonomía propia y gestión administrativa, cuyas actividades están enmarcadas dentro de las políticas nacionales formuladas por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública como cabeza de sistema. Artículo 2. Las funciones básicas del Instituto Boliviano de Medicina tradicional Kallawaya son las siguientes: Promover, orientar y coordinar la investigación científica de los recursos naturales de la flora nativa utilizados en la medicina tradicional. Identificar los principios activos responsables de sus propiedades curativas, contribuyendo a la aplicación y divulgación de los mismos en la práctica médica. Preservar y extender los cultivos de la flora relacionada con la medicina tradicional.

Consecutivamente el año 1992

Se aprueba la **Ley No. 1333 del Medio Ambiente** que establece en su Artículo 56. El Estado promoverá programas de desarrollo en favor de las comunidades que tradicionalmente aprovechan los recursos de flora y fauna silvestre con fines de subsistencia, a modo de evitar su depredación y alcanzar su uso sostenible. Artículo 62. En la administración de las áreas protegidas podrán participar entidades públicas y privadas sin fines de lucro, sociales, comunidades tradicionales establecidas y pueblos indígenas. Artículo 64. La declaratoria de áreas protegidas es compatible con la existencia de comunidades tradicionales y pueblos indígenas, considerando los objetivos de la conservación y sus planes de desarrollo.

Mediante el **Decreto Supremo No. 24676** que establece en su Artículo 1. Mediante el presente Decreto Supremo se aprueba el Reglamento de la Decisión 391 de la Comisión del Acuerdo de Cartagena y el Reglamento sobre Bioseguridad, con sus respectivos Anexos que forman parte integrante de los mismos.

En ese contexto se hace referencia en la **Decisión 391 del Régimen Común de Acceso a los Recursos Genéticos** y establece en su Artículo 3. Para efectos de lo dispuesto por el inc. b) del Artículo 4. de la decisión 391, no requiere la suscripción de un contrato de acceso previo, el intercambio de los recursos genéticos, sus productos derivados, los recursos biológicos que los contienen o el componente intangible asociado a estos, efectuado por los pueblos indígenas y comunidades campesinas para su propio consumo y basadas en prácticas consuetudinarias. Artículo 5. inc. c) Garantizar el reconocimiento de los Derechos de los Pueblos Indígenas y Comunidades

Campesinas como proveedores del componente intangible asociado a los recursos genéticos, en coordinación con la Secretaria Nacional de Asuntos Étnicos, Genero y Generacionales y las organizaciones representativas de dichos pueblos indígenas y comunidades campesinas. Artículo 15. De igual manera, cuando se involucren comunidades campesinas o indígenas, como proveedores del componente intangible asociado al recurso genético al que se quiera acceder, se acordara la participación de estos sectores en los beneficios derivados del acceso al recurso genético a través de sus organizaciones representativas.

Seguidamente el año 1993

Se promulga la **Ley 1493** establece en su Artículo 19. Compete al Ministro de Desarrollo Humano actuar en todo lo inherente al desarrollo, la formación, el bienestar y calidad de vida de la persona, asegurando la compatibilidad de sus actos con las estrategias probadas por el Presidente de la República, y en particular: formular, instrumentar y fiscalizar políticas y programas en salud incluyendo la prevención, protección y recuperación de la salud, así como nutrición, saneamiento e higiene; en el desarrollo rural y social de las comunidades y pueblos originarios, preservando su identidad y organización; en el desarrollo urbano con el estímulo de la construcción de la vivienda social, y atender los problemas de la marginalidad urbana y rural.

Finalmente, el año 1997

Se promulga la **Ley No. 1737 Ley de Medicamentos** establece en su Cap. II Artículo 2. La presente ley regula la fabricación, elaboración, importación, comercialización, control de calidad registro, selección, adquisición, disposición, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, así como de medicamentos especiales, como biológicos, vacunas, hemoderivados, alimentos de uso médico, cosméticos, productos deontológicos, dispositivos médicos, productos homeopáticos y productos medicinales naturales. Artículo 4. A los fines reglamentarios de los medicamentos reconocidos por ley son entre otros: Los productos de origen vegetal, animal o mineral que tengan propiedades medicinales.

De igual forma se aprueba el **Reglamento de la ley de medicamentos Resolución Suprema No.25235** establece en su Capítulo XIX referente a los Medicamentos Naturales tradicionales Artículo 131. Se someten a registro sanitario específico y el correspondiente control de calidad, los medicamentos naturales y tradicionales elaborados a base de recursos naturales, cuyo uso justifica

por una tradición que ha dado cuenta de su eficacia y seguridad y que se refuerza con la investigación nacional e internacional.

1.1.5. Estado plurinacional.

La proyección del Estado Plurinacional tiene como fundamento la descolonización del Estado-Nación monocultural, homogéneo, colonial, republicano y neoliberal, el cual produjo la exclusión política, social, económica, jurídica y cultural de los pueblos indígenas originarios campesinos, los modelos de desarrollo de saqueo de los recursos naturales, por ende, de mayor pobreza, marginación y racismo a sus instituciones. Es preciso afirmar que el reconocimiento de la existencia de una diversidad cultural que es el fundamento de la conformación del Estado Plurinacional establece que el pluralismo y la interculturalidad constituyen los ejes bajo los cuales se proyecta el nuevo estado plurinacional. Y es precisamente que a partir del pluralismo y de la interculturalidad que se traduce en el reconocimiento de la existencia de diversas culturas en el territorio nacional que se da la refundación del Estado Plurinacional de Bolivia que tiene a bien la consolidación, la construcción colectiva del Estado, en el marco de la cual la plurinacionalidad y el pluralismo cultural producen una cultura jurídico-social basada en la vigencia, garantías, respeto de derechos individuales y derechos colectivos.

Es así que las transformaciones del Estado boliviano necesariamente tienen que proyectar transformaciones en el derecho y en el sistema jurídico plural, en el reconocimiento de la cosmovisión, tradición, cultura y que ello tenga que ir relacionado con el pluralismo jurídico, tomando en cuenta las disposiciones de la CPE que serán la guía para el establecimiento y reconocimiento de todos los derechos. En ese entendido el pluralismo jurídico, genera como efecto en el modelo de estado, la consagración de un pluralismo de fuentes jurídicas debe ser entendido como la superación del estado monista, pues en el Estado Plurinacional, como nueva organización política, conviven en condiciones de igualdad y respeto las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos es así que si bien a partir de la puesta en vigencia de la CPE se logró reencaminar, recuperar, fortalecer, promocionar los saberes ancestrales en medicina tradicional la práctica misma no ha cambiado, ya que el acceder a un servicio basado en medicina tradicional sigue siendo un servicio privado y entremezclado con otras funciones que no generan confianza en la población.

1.2. La medicina tradicional en el ámbito internacional entre la normativización y la práctica

La práctica de la MT no solo fue utilizada o practicada en Bolivia o países del hemisferio sur de nuestro continente, también se desarrolló en países del continente asiático (China, India), quienes, a pesar de tener un desarrollo de la medicina científica, también han acudido a la MT como alternativa. De igual forma los organismos internacionales como la OMS no dejaron de lado la existencia de la medicina tradicional.

1. Declaración de Alma-Ata

Se realizó en septiembre de 1978, es una reunión de 134 países que observan las deficiencias en cuanto al acceso a la salud cuya prioridad es “SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000” y se consideró que para alcanzar esa prioridad se debe profundizar en la atención primaria en salud, esto para que a partir de ahí se puedan prestar los servicios **preventivos**.

Establece en su cap. **VII** La atención primaria de salud: 4. entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores. 7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y su aporte a la medicina tradicional

La importancia que tuvo la MT a nivel internacional siempre fue importante y en ese contexto que el máximo órgano en cuanto a salud se refiere (OMS) no haya dejado de lado la emisión de normas, estrategias, propuestas en cuanto al fomento, investigación, práctica, promoción de la medicina tradicional, ello fundamentalmente con el objetivo de que se logre una “integración” para que dichas prácticas ancestrales puedan también ser consideradas a momento de requerir una prestación en salud.

OMS 1977

En cuanto a las normas referentes a MT en la 30va. Asamblea Mundial de la Salud específicamente en la 14va. sesión realizada en fecha 14 de mayo de 1977 la OMS realizando una observación a la

atención médica primaria la cual se consideró que llegaba a una mínima parte de la población, además de entender que cada comunidad tenía para con el cuidado de la salud una tradición que se transformaba muchas veces en un patrimonio, considerando además que en los países en desarrollo con la MT se brindaba asistencia sanitaria y con el objeto de aprovechar todos aquellos conocimientos es que se establecieron las siguientes Resoluciones que iban encaminadas hacia el Fomento y desarrollo de la formación y de las investigaciones en materia de medicina tradicional y al respecto se estableció lo siguiente:

- Con satisfacción de los esfuerzos desplegados por la OMS para promover estudios sobre el empleo de los sistemas médicos tradicionales en conjunción con la medicina moderna.
- Insta los gobiernos interesados a que otorguen una importancia adecuada al empleo de sus sistemas médicos tradicionales con una reglamentación apropiada y acorde con sus sistemas nacionales de salud.
- Solicita al Director General que ayude a los Estados Miembros a organizar actividades de enseñanza e investigación y a conceder becas para formar personal en materia de técnicas de investigación, estudiar los sistemas de asistencia sanitaria e investigar los procedimientos tecnológicos relativos a los sistemas médicos tradicionales e indígenas.
- Pide además al Director General y a los Directores Regionales que den una gran prioridad a la cooperación técnica para estas actividades y que examinen la posibilidad de financiarlas de manera adecuada¹⁰.

Asimismo, el mismo año a través de un estudio realizado por UNICEF/OMS misma que entre sus conclusiones recomendaba la movilización y el adiestramiento de los médicos empíricos para que los mismos puedan tener participación en la atención médica primaria en la salud, a raíz de dichas recomendaciones es que los Estados miembros establecieron las medidas que se tomarían desde la

¹⁰ Organización Mundial de la Salud *Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud No. 240*, 30va Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra 2-19 de mayo de 1977.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108753/WHA30_A-Conf.Paper-19_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

OMS con respecto a la MT, y en un otro documento se emitieron las pautas para lograr la integración de la medicina tradicional a la atención primaria de salud¹¹:

1. Acopio de toda la información disponible sobre curanderos y sistemas de medicina empírica (resultados de encuestas e investigaciones, de estudios sobre prácticas tradicionales y de programas de adiestramiento de curanderos tradicionales y médicos empíricos).
2. Análisis de la información disponible para determinar la importancia de la medicina tradicional en relación con las necesidades de atención primaria de salud que tienen las diversas poblaciones.
3. Estudio directo de los sistemas existentes de medicina tradicional o empírica en cada Región.
4. Indicación de los principales procedimientos que se han de seguir, en especial en lo que se refiere al adiestramiento de curanderos tradicionales y su utilización en el sistema de salud.
5. Indicación por los Estados Miembros y por la Secretaría de la OMS de las ulteriores medidas que deben adoptarse.

Políticas 2003-2005 Organización Mundial de la Salud (OMS)

En la estrategia de la OMS correspondiente a las gestiones 2003 a 2005 que debía ser contemplada por los Estados miembros.

La OMS definió a la MT como: *“prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades¹²”*

La OMS en su pretensión de que la MT sea bien aprovechada en su estrategia para los años 2003 a 2005 estableció 4 objetivos:

¹¹ Organización Mundial de la Salud *Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud No. 243*, Actividades de la OMS 1976-1977 Informe Bienal del Director del Director General de la Salud y a las Naciones Unidas, OMS Ginebra 1978.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95350/Official_record243_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y p. 49.

¹² Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina Tradicional 2002-2005.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf?sequence=1

1. La implementación de la MT en los sistemas de salud; este objetivo fue planteado para que cada estado pueda permitirse la implementación de una política en torno a la MT y para ello se planteó que los estados puedan reconocer la importancia de la MT en cuanto a la mejora y mantenimiento de la salud y a partir de ello que cada país pueda realizar inversiones que permitan que la MT se desarrolle.

2. Seguridad, eficacia y calidad de la MT; la confiabilidad en la MT era un objetivo y para ello se pretendía llevar adelante políticas que establezcan un estudio a cerca de las propiedades de las hiervas utilizadas para las curaciones, ello para que el uso que se le dé sea más efectivo y por ende la población no corra riesgos cuando opte por la MT.

3. Accesibilidad; Atendiendo la necesidad de la población a la protección de su salud, se planteó la interacción entre los quienes practican la MT y la medicina científica con el objeto de generar una mayor confianza en el uso de las plantas medicinales y al mismo tiempo establecer mecanismos de protección para con las plantas o hiervas que realmente tengan una bondad curativa, ello para que la población requirente pueda acceder sin impedimento alguno a las mismas.

4. Uso racional; se consideró que el uso que se le dé a las plantas como instrumento de curación sean utilizados de forma correcta, con esto se quiere decir que no se utilice con otros fines errados y para ello se planteó incentivar a la capacitación de quienes practiquen la curación con MT, ello para dar seguridad a quienes requieran los servicios en MT.

3. Continente de África y la medicina tradicional

La MT en el continente de África tuvo una gran utilidad, ello por diversos factores, uno de ellos fue el económico que consecuentemente no permitió el acceso a la medicación correspondiente y a su vez obstaculizó el desarrollo de la medicina científica, este último deriva en que la mayoría de países solo cuenten dentro de su sistema de salud con la práctica de la MT, que fue aprovechada por al menos el 80% de la población¹³.

4. Latinoamérica y la medicina tradicional

¹³ Organización Mundial de la Salud *Actas Oficiales de la Organización Mundial de la Salud No. 243*, Actividades de la OMS 1976-1977 Informe Bienal del Director del Director General de la Salud y a las Naciones Unidas, OMS Ginebra 1978.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95350/Official_record243_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

En América Latina, la MT se ha desarrollado al igual que en Bolivia, es decir reconociendo normativamente en parte, aun cuando la utilización por parte de la población ha sido constante, es preciso establecer que la normativización no coincide con la práctica es por tal motivo que se evidencia que la MT siempre ha sido relegada a un segundo plano a pesar de los resultados positivos que se tiene de la misma.

Perú

La experiencia de la práctica de la MT en el Perú ha tenido un paso por el tiempo similar al boliviano en sus primeras épocas, ello se debe a que ambos países además de compartir frontera, también tienen como característica similar el desarrollo de la cultura Inca entre sus territorios, del mismo modo se entiende que la importancia que se le dio a la MT en época de la colonia dentro del territorio del Perú tuvo gran trascendencia, eso se evidencia a partir de que quienes fueran autoridades en época de la Colonia hubieran realizado escritos, informes que hacían referencia a la existencia de una alternativa médica o en su defecto se la consideraba también un elemento negativo. Tal es el caso de un informe realizado por Polo de Ondegardo que detalla a la MT como “los errores y supersticiones de los indios”, en esta parte del informe se detalla los conocimientos en salud que tenían los Incas¹⁴. Posteriormente ya en la época posterior a la colonia, específicamente en la independencia del Perú la MT en cuanto a su práctica fue relegada. Ya para el año 1957 se volvió a la práctica de la MT y fue a través de “la sanación de reumatismo de una rodilla con el uso de hierba¹⁵” a partir de ese momento se volvió con más frecuencia a la práctica de las curaciones con plantas, pero aún no se tenía una reglamentación sobre lo que MT refiere (Devoto Bazan, 2016).

Otro aspecto a destacar que para el año 1990, por influencia de la Declaración de Alma-Ata de 1978 se realiza el Primer Congreso de Medicina Tradicional en 1979 realizado en Lima y un Segundo Congreso de Medicina Tradicional realizado en 1988. Posterior a la realización de los congresos mismos que hubieran contado con la participación de varios países en 1990 se crea el Instituto Nacional de Medicina Tradicional a través del **Decreto Legislativo No. 584** que establece:

Art. 31 El Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) es el organismo encargado de coordinar y proponer la política de medicina tradicional, así como desarrollar

¹⁴ Devoto, Erick *Apuntes para la elaboración de una historia de la medicina tradicional andina*, p. 86

¹⁵ Ibid. p. 91

la investigación, docencia, normación y la integración de la medicina tradicional con la medicina académica para contribuir a elevar el nivel de salud de la población.

Ecuador

Hacer referencia a la MT en el Ecuador es tener claro que su data no es reciente, más al contrario tiene una significativa antigüedad misma que se entiende que su transmisión se debe a que la misma es producto de la práctica constante, vale decir que sus inicios se remontarían a la época de la civilización Incaica.

Así también para el año 1990 se tiene la existencia de una interrelación entre lo que es la MT y la medicina científica a través del *Jambi Masaric* que significa (lo que en salud buscamos). Este proyecto tenía el objetivo de lograr la interrelación entre lo que es la MT y la atención de la salud con respecto a la atención primaria y estaba orientado hacia el cuidado de la salud materno-infantil. En cuanto a su implementación la misma consistía en la capacitación a través de un intercambio de conocimientos entre profesionales en salud y conocedores en medicina tradicional es así que fundamentalmente se realizó el intercambio de conocimientos en la curación o prevención de enfermedades respiratorias, diarreicas, detección de embarazos, la preparación de medicinas a base de hierbas¹⁶.

Para el año 2002 se tiene otra experiencia de interrelación entre lo que es la MT y la medicina científica o convencional en el hospital Andino de Atención Alternativa de Chimborazo, este proyecto tiene el objetivo de brindar atención al paciente teniendo personal que pueda brindar servicios en medicina alopática, otro personal que tenga conocimientos en medicina tradicional y que haya otro servicio en torno a la medicina alternativa. En ese contexto habiendo tres opciones que el paciente pueda ser libre de elegir con que medicina tratarse ¹⁷.

Para el año 2003 una nueva experiencia de interrelación se tiene a partir de la Fundación Taitas y Mamas *Yachacks* del Ecuador, dicho ente que promueve la medicina tradicional tiene como objetivo la certificación, licenciamiento y acreditación de la práctica de la MTI por un consejo de hombres y mujeres de sabiduría¹⁸.

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA). p. 420

¹⁷ Idem.

¹⁸ Ibidem. p. 421

Costa Rica

Como en todos los países la MT de algún modo tuvo su presencia y en lo que articulación con la medicina científica se refiere se tuvo un pequeño avance es así que para el año 1996 a efectos de lograr la articulación entre lo que es la medicina tradicional y la salud pública se realizó la capacitación de los practicantes en MT en los centros de salud a efectos de que se nutran de conocimientos en la medicina científica y a su vez para que puedan también lograr identificar con mayor facilidad las enfermedades en los pacientes que les toque atender (Omote Ferrufino, 2013).

México

Siendo que la práctica de la MT nunca se dejó de lado, en lo que respecta a una articulación entre lo que es la MC y la MT se tuvo también indicios, en ese entendido el Instituto Mexicano del Seguro Social partiendo de la premisa que la MT es también importante creó la Unidad de Investigación Biomédica Tradicional y Herbolaria la unidad tenía la premisa de que pueda existir una colaboración entre ambas medicinas y a partir de ello se recuperen los conocimientos ancestrales que como en la totalidad de los países se fueron practicando casi de forma clandestina (Omote Ferrufino, 2013).

Para el año 1981 en esa búsqueda de la interrelación en el estado de Chiapas se realizó una prueba piloto que incluía a 20 médicos con formación académica universitaria en MC y 321 médicos tradicionales además se subdividido a los médicos tradicionales por especialidades, dicha prueba quería lograr encontrar que cuales eran las dolencias que más afectaban a la población y como se trataban las mismas con los medicamentos tradicionales y si todos los médicos tradicionales usaban lo mismo para curar dicha aflicción. Para el año 1983 se realizó una segunda etapa que solo tenía el objetivo de tratar enfermedades gastrointestinales y los instrumentos que utilizaban los médicos tradicionales¹⁹.

5. El continente de Asia y su desarrollo en medicina tradicional

En el marco de la MT se puede establecer que dentro el continente asiático la medicina tradicional China y la medicina tradicional India han tenido un desarrollo por demás importante, son estos países quienes han logrado una relativa integración de la MT en sus sistemas de salud y que a su

¹⁹ Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana *Medicina Tradicional en México*, p. 362.

vez han tenido el logro de exportar sus conocimientos en MT, además de los productos que utilizan como medicina al resto de los países.

China

La MTC data de hace 3000 años atrás aproximadamente, es la que mejor se ha adaptado al sistema de salud siendo el estado chino quien ha puesto en vigencia la articulación entre lo que es la medicina científica y la medicina tradicional. Es en ese contexto respetando sus tradiciones, su filosofía y normas consuetudinarias la MTC parte del hecho de que la enfermedad no existe, lo que existe es el enfermo, ello basado en el paradigma holístico de que el ser humano en sus dolencias no puede ser tratado por partes, sino que el cuerpo es un todo indivisible y partiendo de esa premisa consideran que debe ser tratado en su totalidad, es decir se considera que el ser humano está compuesto por cuerpo y alma y la coexistencia entre ambas es necesaria. Es así que la MTC se funda más que nada en percepciones filosóficas como el “*Ying* y el *Yang*” que no es más que la existencia de contraposiciones en todas las cosas y la ciclicidad de la vida cuya representación simbólica se traduce en la existencia de los cinco elementos madera, fuego, tierra, metal y agua (Ardila Jaimes, 2015).

Es preciso destacar que la MTC ha realizado significativos aportes para el cuidado de la salud mismos que se sintetizan en la prevención, es decir que todas las prácticas de prevención tienen que ver principalmente con el cuidado nutricional que debe tener el ser humano y es en la alimentación donde aplican el precepto de la filosofía del *ying-yang* dando a conocer que si una persona consume algo caliente pues posteriormente deberá consumir algo frío, es ahí donde se efectiviza la idea de la existencia de la contraposición. La prevención de las enfermedades es un concepto fundamental dentro de la MTC y esa práctica preventiva ha sido adoptada en gran parte de los países, tal es el caso que en los diferentes países se realiza la práctica de la *Acupuntura*, *Moxibustión*, *Tui-na*, *Fitoterapia* (Ardila Jaimes, 2015). En Bolivia se puede evidenciar que las practicas que son parte de la MTC han sido adoptadas por una parte de la población.

India

La medicina tradicional India que tiene una data de hace 2000 años aproximadamente, al igual que en las demás realidades que se han ido evidenciando esta medicina se la practica en cumplimiento de las tradiciones que se tiene. A la medicina tradicional India se la denomina como la medicina

Ayurvedica, que es la que acoge a todas las practicas originarias de medicina tradicional de dicho país, dentro de esas prácticas se tiene al yoga que consiste en la meditación, la naturopatía que no es más que la preparación de medicamentos a base de hierbas. La denominación de ayurveda tiene su composición en dos palabras que *ayu* que significa vida y *veda* que significa ciencia, la denominación hace referencia al cuidado de la vida. El objetivo que tiene la medicina *ayurvedica* es la detección de temprana de enfermedades ello estaría relacionado con la prevención, esta localización de la enfermedad se establece que se la realiza en base al modo de vida de la persona, otra finalidad que tiene es la de interactuar en la recuperación del paciente cuando el mismo haya acudido a recibir atención en un centro médico de medicina científica. Este trabajo es realizado por los *vaidyas* quienes son aquellas personas que tienen un nutrido conocimiento en medicina tradicional (Junge, 2012).

Al respecto de la normativa se tiene que el año 1995, se creó el Departamento de Sistemas Indios de Medicina y Homeopatía. Posteriormente hubo una reestructuración la cual se realizó el año 2003 cuya denominación fue Departamento de Ayurveda, Yoga y Naturopatía, Unani, Siddha y Homeopatía (AYUSH), esta reestructuración tenía como objeto la inclusión de todas las prácticas en medicina tradicional de la India²⁰. De igual forma algunas de las prácticas tradicionales como el yoga se practican en varios países.

²⁰ Web: <http://indianmedicine.nic.in/>

CAPTULO II

FUNDAMENTOS CONCEPTUALES UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

“No tiene por qué haber conflicto entre la medicina tradicional y la medicina occidental. En el marco de la atención primaria, ambas pueden combinarse de forma armoniosa y beneficiosa en un sistema que aproveche lo mejor de cada una y compense también las deficiencias de cada una”

Dra. Margaret Chan

2.1. Diferencias en tipos de medicina y la similitud que tienen

El desarrollo de la humanidad trajo consigo muchas formas de prácticas médicas y para entender las mismas es preciso definir las a grosso modo.

1. Medicina científica o biomedicina

Es la práctica médica reconocida dentro del nuestro Sistema de Salud boliviano, es preciso decir que es la que más aceptación tiene a nivel mundial. Esta medicina tiene como objetivo la conservación y el restablecimiento de la salud, es quizá por eso la denominación de científica ya que tiene la función de prevenir, cuidar y lograr la recuperación de los pacientes y todo ese proceso que abarca desde la prevención, hasta la rehabilitación es ciencia, debido a que el personal de salud debe identificar con certeza la afección que aqueja al individuo y poner en práctica sus conocimientos en procura de lograr un resultado óptimo (Leon Barua & Berendson Seminario, 1996).

Respecto a la denominación de biomedicina es preciso contemplar que hace referencia al estudio de la medicina misma que guarda una relación con lo que es la biología, entendiendo que el objetivo de un estudio médico-biológico sería lograr desarrollar nuevos fármacos, nuevas formas de tratamientos que resulten del estudio de las enfermedades²¹.

2. Medicina tradicional

La ley de medicina tradicional ancestral boliviana define a la MT de la siguiente forma:

“Es un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes y prácticas milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, como parte del Sistema Nacional de Salud²²”.

Entendiendo que la MT no solo se la practica en el estado boliviano sino en diferentes regiones del mundo, se tiene también otra apreciación de lo que es la MT y la OMS la define como:

²¹ Clase Qsl. Visto en web: <https://www.encyclopediasalud.com/categorias/ecologia-biologia-y-biomedicina/articulos/que-es-la-biomedicina-definicion-concepto-y-objetivos>

²² Ley No. 459 Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

“La medicina tradicional como practicas enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades²³”.

En conclusión, el conocimiento ancestral en medicina tradicional no solo se debe entender como la curación de las dolencias, sino el entendimiento del mismo debe ser más amplio considerando que lo principal es lograr un equilibrio en el ser humano, protegiendo a los individuos antes de que aparezcan los síntomas, interviniendo en su alimentación, en su estado emocional y ello se traduce en lo que se denomina prevención.

3. Medicina comunitaria

No es más que una diferente apreciación de lo que es la MT que era más bien utilizada anteriormente o que conlleva a una definición más familiar. Y se la define como: “Especialidad médica que trata el estudio y la solución exhaustiva de problemas sanitarios de la comunidad²⁴”.

4. Medicina popular

Respecto a este término guarda similitud con lo que es la MT, visto desde un punto de vista más restrictivo y se la define como “Tratamiento de las enfermedades en el hogar con remedios y técnicas transmitidos de generación en generación²⁵”.

5. Medicina naturista

En este caso se entra más a una diferenciación en cuanto a lo que se usa para la curación, como se ha podido notar en los conceptos que se tiene sobre la MT se evidencia una mayor amplitud en cuanto a los elementos, productos que se utilizan para la curación o prevención. Es así que la MN se limita solamente a lo que son las plantas y las propiedades de las mismas, así como de la búsqueda de un equilibrio con el medio ambiente. En ese contexto la MN tiene un análisis de la enfermedad que contempla al ser humano como una unidad corporal-anímica-espiritual y en base

²³ Estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre Medicina Tradicional 2002-2005. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf?sequence=1

²⁴ Diccionario Medico Mosby, 2011, España, p. 577.

²⁵ Idem.

a ello la curación se la realiza con remedios que los proporciona la naturaleza además de adaptar la naturaleza al hombre para que le sirva manteniendo siempre una armoniosa relación con el medio ambiente (Saz, 1996).

2.2. Diferencia terminológica sobre la práctica de medicina tradicional

Es preciso realizar una diferencia en cuanto al personal y las funciones que los mismos ejercen en la práctica de los conocimientos ancestrales y los conocimientos en MT esto a efectos también de dar una mayor objetividad a la investigación que tiene como objeto el uso de la medicina tradicional como **PREVENCION** en el cuidado de la salud y no así otros derivados que son considerados por algunos como parte de la MT pero que una vez identificada su labor no guardan relación con lo que respecta el cuidado y prevención de la salud.

1. Qulliri

El término “*qulliri*²⁶” es un término de origen aymara que describe a aquel individuo que realiza la labor de curación, dada su cualidad podríamos decir que su principal función se centra en el ejercicio de la curación, se refiere a quienes por el transcurso del tiempo han adquirido ciertos y determinados conocimientos que hacen que sea un experto en la materia de la curación. Y las investigaciones los consideran como los “individuos que ejercen el curanderismo principalmente por medio de la aplicación y suministro de plantas y raíces medicinales” (Otero, 1991, p. 135). Para la propuesta de la presente investigación el *qulliri* sería el personal de medicina tradicional que debería ser tomado en la articulación de la MT con el Sistema de Salud, debido a que su función misma tiene que ver con la utilización de plantas y raíces.

2. Laiqas

“Brujos y hechiceros, individuos que por medio de la coca y otros métodos se dedican a quitar la salud de las personas, causarles daño” “producir actos tramaturgicos²⁷” (Otero, 1991, p. 135). Los “*laiqas*²⁸” termino de origen aymara, hace referencia a aquellas personas que si bien tienen conocimientos ancestrales la función que cumplen es distinta a la de los qulliris, ya que como se

²⁶ Pairumani, Felix *Diccionario Bilingüe Aymara-Castellano (2004) traduce “Qulliri - Persona que cura”* p. 149.

²⁷ Otero define a los actos tramaturgicos “especie de milagros o hechos extraordinarios”

²⁸ Pairumani, Felix *Diccionario Bilingüe Aymara-Castellano (2004) traduce “Layqa - hechizero”* p. 248.

evidencia en la definición la función sería más espiritual, lo que no va en armonía con lo que es la búsqueda de la salud.

3. Jatiris

Personas cuyo oficio tiene como raíz los factores externos o sobre naturales de adivinación, es así que llegarían a ser “individuos que sirviéndose de la intuición y conjeturas por determinadas señales exteriores pueden llegar a predecir sucesos favorables o infaustos” “ejercen las artes del sortilegio que les permite leer por medio de sus métodos propios la suerte de los seres humanos” (Otero, 1991, p. 136). Su actividad de igual forma estaría más relacionada con el ámbito espiritual.

4. Chamakanis

Personas nocturnas “hace sesiones nocturnas y convoca espíritus conocidos quienes se apoderan de su cuerpo y hablan a través de él” (Rocabado Imaña, 2021, p. 28). La función se centra nuevamente en un aspecto ajeno a lo que se propone la presente investigación, que tiene que ver con otro tipo de sesiones.

5. Amawta

El amawta es aquella persona que debido a los conocimientos que tiene llega a obtener cierto liderazgo en determinada comunidad es decir que se lo considera “sabio o filósofo” (Rocabado Imaña, 2021, p. 28).

6. Parteras

Como su nombre lo dice son las personas, principalmente mujeres que se dedican exclusivamente a coadyuvar a nacimiento de seres humanos “médicos tradicionales especializados en atender procesos de partos” (Vidaurre de la Riva, 2006, p. 270). La actividad está sobre todo relacionada con la colaboración a traer nuevos ciudadanos, lo cual tiene que ver con la salud, ya que se encargan del cuidado inicial de los recién nacidos y de las madres que podrían tener un estado de salud vulnerable y es este aspecto completamente afín a la propuesta de la investigación.

7. Yatiris

Hace referencia a aquellas personas de origen aymara cuya virtud se centra en el conocimiento de las propiedades curativas que tienen las plantas y poniendo en práctica dichos conocimientos realizan la curación de enfermedades (Vidaurre de la Riva, 2006). Estos individuos que dedican su

actividad exclusivamente a coadyuvar con los cuidados médicos por lo que su función se relaciona con la propuesta de investigación.

8. Callahuayas

Se define como callahuaya a aquel individuo que por sí mismo se engrandece y ese engrandecimiento se sustenta en los conocimientos que tienen de poder curar o adivinar, además de que los callahuayas tenían la tendencia de perfeccionar ciertas actitudes que tenían como objetivo el que las personas que requerían de sus servicios no lleguen a dudar de ellos (Otero, 1991, p. 43). Desde la antigüedad estas personas ponían al servicio de la comunidad sus conocimientos ancestrales para curar las aflicciones en salud y a la fecha su actividad no se ha modificado en gran medida.

2.3. Categorías necesarias del Sistema de Salud y las características propias de cada uno

Es preciso definir los diferentes tipos de atención médica que existe en el Sistema de Salud boliviano, ello a efectos de entender cuál es la función del nivel de salud en el que se propondrá la implementación de la MT como alternativa en la atención médica.

1. Centro de salud

Es el establecimiento de salud que brinda servicios y atención de salud básica, basada en la atención primaria y urgente, como la promoción de salud y prevención de las enfermedades, consulta ambulatoria médica con carácter resolutivo o para estabilización y referencia, no dispone de gran tecnología. Dependiendo de sus prestaciones atiende partos eutócicos, internación de parto y posparto con adecuación cultural, internación de tránsito, atención odontológica y cuenta con laboratorio básico²⁹.

Este nivel de atención es el inicio de la atención médica, se puede decir que es aquí donde se identifica las aflicciones, síntomas de las personas.

²⁹ Ministerio de Salud "Norma nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel" 2013 pág. 24

2. Primer nivel de atención médica

Es la unidad básica operativa integral de la Red Funcional de Servicios de Salud, se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud, con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de personas, familias y comunidades, mediante las funciones de atención integral intercultural de salud, docencia asistencial e investigación, gestión participativa y control social de la salud³⁰.

Respecto a la propuesta de articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud boliviano como se puede apreciar es este nivel por el cual el paciente tiene su ingreso, entendiendo que es por esta vía donde se identifica las dolencias de cada individuo, en ese caso a efectos de materializar la propuesta de integrar la MT con un objetivo preventivo sería viable, considerando que en este punto las enfermedades no están tan evolucionadas y podrían controlarse.

3. Segundo nivel de atención médica

Es la instancia de referencia de los establecimientos de primer nivel de atención en el ámbito de su Red Funcional de Servicios de Salud, de mayor capacidad resolutive; ofrece servicios de medicina general, odontología y especialidades de Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría, Anestesiología y otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico local y avalado técnicamente por el SEDES según normativa vigente; cuenta con unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento, recursos humanos, equipamiento, medicamentos, insumos, estructura física, medios de transporte y comunicación que le permite prestar servicios de manera ininterrumpida las 24 horas del día durante los 365 días del año. Aplica la atención integral intercultural y la gestión participativa y control social en salud, ejerce funciones de docencia asistencial e investigación, se articula con el primer y tercer nivel y la medicina tradicional mediante el componente de referencia y contrarreferencia³¹.

Este nivel del Sistema de Salud cumple una función mucho más avanzada a comparación del Primer Nivel, en cuyo caso se puede establecer que el paciente al ser transferido a esta etapa, tiene más complejidades, por lo tanto, necesita mayor atención.

³⁰ Idem, pág. 22

³¹ Idem

4. Tercer nivel de atención médica

Es la instancia conformada por hospitales e institutos con mayor capacidad resolutive de la Red Funcional de Servicios, su misión es la de resolver problemas de salud de la persona, familia y comunidad, ofrece servicios ambulatorios y de hospitalización en especialidades, subespecialidades apoyo diagnóstico y tratamiento, funciones de docencia asistencial e investigación; cuenta con recursos humanos, equipamiento, medicamentos, insumos, estructura física, medios de transporte y comunicación que le permite prestar servicios de manera ininterrumpida las 24 horas del día durante los 365 días del año. Aplica la atención integral intercultural y la gestión participativa y control social en salud, se articula con el primer nivel (en casos de emergencia), con el segundo nivel, y la medicina tradicional mediante el componente de referencia y contrarreferencia³².

Este nivel es mucho más avanzado aun en comparación con los otros dos, los pacientes derivados a este requieren atención especializada, en determinadas áreas de su aflicción, siendo la función del personal de este nivel más específico y de mayor cuidado para con la población que lo requiere.

5. Redes funcionales de servicios de salud

Es el conjunto de recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel, organizados y articulados según criterios sociales, culturales, técnicos y administrativos de implementación y sostenibilidad para garantizar la capacidad resolutive en salud con pertinencia, idoneidad, oportunidad y efectividad desarrollando acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y daño³³.

Hace referencia al Sistema de Salud en su totalidad contemplando todos los niveles, además de contemplar todas las áreas inclusive las áreas administrativas que están al servicio de la comunidad en su función de brindar atención médica.

³² Idem

³³ Idem

2.4. Categorías y elementos que dan sentido a la implementación de la medicina tradicional al sistema de salud.

1. Articulación

Se pretende establecer la definición del término articulación, porque es el objeto principal a demostrar en la presente investigación, es así que en la normativa referida a la MT Ley 459 establece en su Art. 12. Las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias reconocidas en la Constitución Política del Estado, se encuentran facultadas para generar las mejores condiciones de infraestructura, equipamiento y recursos humanos necesarios, destinados a la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en los establecimientos de salud y las redes del Sistema Nacional de Salud con enfoque intercultural³⁴. Entendiendo el fin de la normativa se define articulación según Ossorio (2008) como “En general, coordinar, ensamblar. Trazar un plan” (p. 100).

De lo establecido en la norma y entendiendo que tiene que ver con la coordinación. La articulación, en virtud a la universalización de la salud propone que el Sistema de Salud pueda lograr una atención a todos y todas tomando en cuentas las tradiciones, cultura, cosmovisión de cada individuo, por lo que se hace necesario que en los Centros de Salud de Primer Nivel puedan los ciudadanos tener una alternativa de medicación, atención medica que aglutine a la población en general.

2. Prevención

En términos médicos se define como: Agente o elemento que actúa para evitar la aparición de algo, como una enfermedad, o para proteger frente a ella³⁵. En un término más jurídico Ossorio (2008) Preparación, disposición anticipada de lo necesario para un fin. Anticipado conocimiento de un mal o perjuicio (p. 763).

De todo ello y haciendo una contrastación con la propuesta investigativa, se debe entender que la prevención tiene como función la anticipación a futuras complejidades. En el caso de la MT y la articulación al Sistema de Salud, la prevención es lo que se debe lograr, a efectos de evitar la saturación de los centros hospitalarios de pacientes con enfermedades evolucionadas. En ese

³⁴ GACETA OFICIAL DE BOLIVIA Ley 459 Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana de 2013. Art. 12.

³⁵ Diccionario Medico Mosby, 2011, España, p. 782.

contexto conseguir la integración en la salud en la que la MT y la medicina científica se complementen y den como resultado para el paciente de un cuidado mixto y asesorado cumpliría el fin preventivo.

3. Cultura

Define Alzamora (1987) “Constituyen cultura todos aquellos productos que nacen de la actividad objetivamente del hombre, cuya variedad es verdaderamente infinita, tales como el lenguaje el mito, el arte, la ciencia, la filosofía, la técnica, el derecho” (p. 35). En base a todo ello se puede establecer que la cultura no nace con el hombre, es una creación de él, pero no en términos individuales sino mediante la acción colectiva de una comunidad. Es posible que personas puedan en forma independiente, en un momento dado, producir un cambio importante, pero ese cambio sólo será parte de la cultura si es que es aceptado por la colectividad³⁶ (Malo Gonzales , 2002)”. Es preciso establecer que la cultura es un conjunto de características, costumbres que identifican a determinada comunidad, dichas particularidades han sido establecidas a partir de los conocimientos que los habitantes fueron adquiriendo por el transcurso del tiempo tomando en cuenta su experiencia, formación intelectual, valores que definen el modo de vida de determinado grupo social, podría decirse que el termino cultura hace referencia al patrimonio de una comunidad, estado. Siendo que la cultura es una característica individual y colectiva, en el ámbito medico también existe una identificación cultural, ya que cada región tiene su forma de proceder ante la enfermedad y eso es lo que debe ser comprendido a momento de establecer políticas estatales.

4. Multiculturalidad

Establece Salazar (2009) Es la acción de reconocimiento pleno del carácter multilingüe, multiétnico y pluricultural de un país o nación. Esta acción da origen a políticas y programas educativos, de salud, de participación ciudadana, de asistencia jurídica, trabajo social y otras, con el fin de responder a las necesidades e intereses de las diversas comunidades culturales lingüísticas y étnicas que conforman la nación, en un marco de democracia multicultural (p. 15).

Partiendo del término cultura que hace alusión a características que tiene determinado grupo social o población. En tal sentido se debe establecer que en un Estado se tiene la existencia de múltiples

³⁶ Malo Gonzales Claudio *Cultura e Interculturalidad* p. 2
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/531/1/RAA-02-Malo-Cultura%20e%20interculturalidad.pdf>

culturas mismas que identifican a cada pueblo o región, es así que a esa coexistencia de varias culturas se la denomina multiculturalidad dicho termino hace referencia a la convivencia de distintas culturas en un mismo espacio geográfico, ese reconocimiento multicultural también debe existir en la salud puesto que se hace necesario conocer el enfoque cultural a efectos de brindar una atención adecuada. Para finalizar se entiende que el multiculturalismo es aquel fenómeno que supone la coexistencia de varias culturas en un mismo espacio, esta expresión antigua está encontrando su auge en los tiempos actuales, debido a que las diferentes culturas han adquirido la necesidad de preservar sus tradiciones y que las mismas puedan ser conocidas por el resto de la comunidad (Huanca Ayaviri, 2014).

5. Pluriculturalidad.

La pluriculturalidad o pluralismo cultural es una categoría que es propia de una sociedad democrática, se traduce en la coexistencia de diversas culturas, tendencias ideológicas, grupos sociales que se desarrollan en un mismo territorio (Bernabé Villodre, 2012).

La pluriculturalidad es un término de similar significado al multicultural que sugiere la convivencia de dos o más culturas donde las personas no necesariamente estarían interactuando. Es decir, una convivencia entre múltiples culturas, se podría decir que es la antesala para lo que en adelante se denominara interculturalidad.

6. Descolonización

Teniendo en cuenta que la colonización tiene que ver con el sometimiento de grupos de la sociedad en el ámbito económico, político, administrativo y cultural aun contra la voluntad misma de los individuos. Entonces la descolonización tiene como objetivo la desarticulación de ese sometimiento es decir la liberación y posterior reconstrucción de los conocimientos, costumbres que por un momento se han distorsionado (Herrera Miller, 2015). La descolonización debe llegar a concretarse en todas las áreas de la vida, en este caso en el área de la salud, contemplando que el sometimiento muchas veces a más de ser productivo es un límite que evita un óptimo desarrollo de la vida en sociedad.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO

“El derecho tiene un carácter omnipresente, se ha repetido tantas, al igual que el aire está en todas partes. No podemos prescindir de él si queremos entender nuestro mundo actual”

Julio Mallea e Israel Patzi

3.1. El pluralismo jurídico y la interculturalidad jurídica

Bazurco Osorio & Exeni Rodriguez (2012) La construcción del pluralismo jurídico en el estado plurinacional requiere no solo imaginar los posibles reajustes estructurales de los sujetos que hacen a lo plurinacional, o el nuevo anclaje de lo propiamente indígena en el marco del horizonte intercultural, sino también la creación intercultural de valores o derechos (p. 141).

El pluralismo jurídico refiere a una múltiple existencia de formas de resolución de administración de justicia, en ese contexto las normas que se emitan deben tener relación con el valor fundamental de la justicia social. Y eso nos lleva a reconocer la interculturalidad que debe existir en nuestro Estado, considerando que la interculturalidad se traduce en un aprendizaje de las prácticas positivas de cada grupo social.

Vargas Flores (2017) El pluralismo y la interculturalidad jurídica guardan una estrecha relación, debido a que existe un grado de complementariedad que permite comprender el sentido y alcance por el respecto a la identidad cultural de los pueblos, con la finalidad de evitar la supraculturalidad o el dominio de una cultura sobre la otra, debido a que teóricamente no debería existir en la interculturalidad la “Supraculturalidad” porque para la interculturalidad prima la igualdad cultural (p. 314).

Del entendimiento de que el Estado Plurinacional de Bolivia es diverso en cuanto a las expresiones culturales, lo es también en lo que respecta a las prácticas médicas, por lo que se hace necesario que a efectos de lograr un equilibrio en la salud se promuevan normas que permitan una implementación igualitaria de la atención médica, evitando de esta forma lo que sería la supraculturalidad en el Sistema de Salud.

3.1.1. El tetradimensionalismo jurídico.

Mallea Rada & Patzi Condori (2019) establecen que “También en el derecho pudiera hablarse de un tetradimensionalismo, es decir, de una experiencia jurídica integrada por tres (sociedad, norma, valor) más una (historia) dimensiones” (p. 56).

En la presente investigación se utilizó el carácter tetradimensional que hace a la norma jurídica. Entendiendo que se tiene un desarrollo histórico de la MT y las normas que se fueron promulgando

en función de dicho conocimiento ancestral, además de analizar en el presente marco los valores que deben tomarse en cuenta para efectivizar una articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud, ello habiendo tomado en cuenta lo que es la percepción que la sociedad tiene y a la cual debe ir dirigida la integración y universalización de la salud. En ese contexto es que se hace evidente que la complementación de la norma, valor, sociedad e historia está presente en el trabajo de investigación.

3.1.2. La igualdad intercultural.

Es aquel instituto que tiene como objetivo equiparar, igualar, a las personas ya sean individuales o colectivas, es decir ponerlos en un mismo nivel, para ello es necesario respetar la identidad cultural de cada miembro de la sociedad. En tal caso podría darse que en virtud a la autodeterminación cada individuo o comunidad tenga un modo de vida diferente o pensamiento diferente en virtud de una experiencia vivida. (Noguera Fernández, 2014). Trasladando este enfoque a nuestra investigación se debe considerar su adecuación puesto que en el ámbito de la salud también se debe pensar en una igualdad intercultural que permita que todos los pacientes dependiendo su lugar de origen, su desarrollo cultural deben tener los mismos derechos es decir que sean considerados iguales ante el sistema de salud.

3.2. Principios y valores que fundamentan la implementación de la medicina tradicional al sistema de salud.

Se hace preciso tomar en cuenta los principios y valores que a partir de una existencia y convivencia multicultural hacen necesaria la articulación de la MT en el Sistema de Salud.

Interculturalidad

La interculturalidad es el proceso de relacionamiento de dos o más culturas diferentes donde se llega a realizar un intercambio de saberes, tradiciones, conocimientos y experiencias.

El ministerio de salud establece que “La interculturalidad parte del reconocimiento de lo diverso, es decir, de que diferentes grupos sociales tienen diferente cultura, pero que ninguno es mejor otro. La interculturalidad no busca que el otro distinto se vuelva como uno. Mas bien es una relación para aprender del otro, para enriquecerse, para conocer más³⁷”.

³⁷ Ministerio de Salud *Guía reflexionando sobre la interculturalidad en salud*. Primera parte, p. 30.

Contemplando la variedad de definiciones sobre lo que es la interculturalidad podemos tomar en cuenta una definición en sentido amplio y con referencia a nuestro objeto de estudio.

Negron Rospilloso (2014) “Es la complementariedad y reciprocidad entre las personas, familias y comunidades urbanas y rurales, indígena, originario, campesinos, y afrobolivianas, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires, saberes, conocimientos y prácticas, experiencias, para reconocerse y enriquecerse, promoviendo una interacción armónica, horizontal y equitativa con la finalidad de obtener relaciones simétricas de poder y contextualizar territorial y culturalmente las redes de salud, mediante la gestión participativa de salud (p. 95)”.

La interculturalidad tiene que ver con la convivencia armoniosa que debe existir entre los representantes de las diferentes culturas y esa interacción debe ser el inicio para poder lograr un aprendizaje óptimo de los aspectos positivos que tiene cada grupo.

Giménez (citado por Salazar, 2009) propone nueve características que son importantes para que se promueva una efectiva relación de interculturalidad la cual se lleve en armonía entre las culturas y se concrete un intercambio positivo y beneficioso.

- **Confianza.** Es un comportamiento positivo que se establece a partir del conocimiento de la cultura de origen y esa conducta se traduce en la creencia, certidumbre, seguridad y confiabilidad de la persona en su identidad cultural, para que a partir de ahí se pueda dar un relacionamiento con personas de otras culturas y se dé un relacionamiento armonioso.
- **Reconocimiento mutuo.** Es el respeto, reconocimiento del otro, aceptando y valorando costumbres, capacidades, conocimientos, formas de vida, cosmovisión, formas de organización social y patrones de crianza. Este reconocimiento debe ser mutuo y todas las acciones entre miembros de determinada cultura deben ser recíprocos, concibiendo que en determinado espacio geográfico se tiene la coexistencia de varias culturas (multiculturas) y que todas las prácticas, creencias culturales son válidas.
- **Comunicación efectiva.** Entendiendo la existencia multicultural en determinado espacio geográfico, se debe tener en cuenta que la comunicación, interacción entre las mismas es necesaria y en ese encuentro es donde se da el intercambio de conocimientos, creencias. Lo opuesto a esta comunicación efectiva se da cuando en una nación pluricultural se implementa una política monocultural negando la multiculturalidad.

- Diálogo y debate. La característica relevante es la igualdad entre las diferentes culturas dentro de un estado no existiendo un predominio entre las mismas, lo que se debe tener en cuenta es que solo existen diferencias entre las mismas en cuanto a sus prácticas en los diferentes aspectos, teniendo en cuenta ello se debe realizar una comunicación entre los miembros de las diferentes culturas en la búsqueda de fortalecerse.
- Aprendizaje mutuo. Partiendo de lo que es el reconocimiento mutuo los miembros de culturas diferentes y tomando siempre en cuenta la igualdad y equidad subsistente entre las mismas el aprendizaje mutuo debe ser considerado como un factor que favorecerá para un mejor desarrollo de las culturas además de que permitirá un conocimiento más profundo de las más fundamentales características de cada cultura, eliminando de esta forma también la discriminación.
- Intercambio positivo. Consiste en el aporte que cada comunidad cultural realiza por medio de sus integrantes, con lo mejor de sí mismos para un mejor establecimiento de la vida social dentro de un estado.
- Resolución pacífica del conflicto. Habiendo comprendido que los estados son siempre pluriculturales, se debe tener en cuenta que existirá de algún modo un interrelacionamiento entre las diferentes culturas es así que entre medio puede darse el hecho del surgimiento de conflictos que pueden darse al interior de cada cultura o entre comunidades culturales. Y es ahí donde cada cultura debe poner en práctica sus métodos de resolución pacífica de conflictos ello a efectos de tener una convivencia armoniosa en sociedad, resaltando que debe existir un mutuo entendimiento.
- Cooperación. En base a los principios de solidaridad, complementariedad y reciprocidad, la interculturalidad tiende a proyectar un crecimiento común, y es en ese contexto que debe existir colaboración entre los miembros de las diferentes culturas.
- La convivencia. Se fundamenta en el respeto mutuo y la aceptación de las normas, costumbres, tradiciones, reglas que tienen las diferentes culturas que con el transcurrir del tiempo por la efectividad o la influencia que llegan tener se vuelven comunes dentro el estado y el respeto se traduce en una convivencia que beneficie al común de la sociedad.

En conclusión, es preciso establecer una existencia pluricultural dentro del Estado Plurinacional de Bolivia y el relacionamiento intercultural necesario entre las mismas es el fundamento para la implementación de la MT en la salud. Asimismo, como se evidencio líneas arriba la historia

principalmente en el área rural donde la cultura occidental si bien tuvo su influencia, los mecanismos adoptados no fueron los necesarios para satisfacer las necesidades en salud de la sociedad, por lo que se hace necesaria tal interacción en salud, así como se la está realizando en el Área de la Justicia con lo que se denomina JIOC.

Complementariedad

La complementariedad como principio nos conduce a conformar una integración, nutrirse de lo que hace falta y que es necesario, en ese contexto en torno a la salud se entiende que “La articulación-complementariedad entre la medicina tradicional y la académica se la puede dar a través de diferentes acciones, que pueden comprender la coordinación cotidiana de actividades, la atención conjunta en tanto la población lo demande y la referencia y retorno entre el personal de salud y los médicos tradicionales. La articulación-complementariedad debe ser horizontal y reciproca³⁸”.

Del entendimiento de que todas las personas a pesar de ser distintos en cuanto a su naturaleza y a sabiendas de que todos somos iguales ante la ley, la exigencia del respeto a sus derechos es importante, en ese contexto la complementariedad debe ser entendida como un principio fundamental que nos proporciona un entendimiento de hacia dónde debe encaminarse la salud, ello contemplando que todos tienen derecho a la salud y que además todos sus conocimientos ancestrales en MT deben ir en beneficio de la sociedad en su conjunto.

Intersectorialidad

La intersectorialidad tiene que ver con la integración entre diferentes instancias en la búsqueda de un objetivo común.

A groso modo el Min. Salud establece que “Es la intervención coordinada entre las comunidades urbano rurales (indígena, originario, campesino, interculturales y afrobolivianas) con los diferentes sectores en base a alianzas estratégicas, con el fin de actuar sobre las determinantes: educación, agua, tierra-territorio, medio ambiente, producción, cultura, vivienda, justicia, defensa, organización social y otras, en el marco de la corresponsabilidad³⁹”.

³⁸ Ibidem., p. 32

³⁹ Ministerio de Salud, *Documento técnico-estratégico. Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)*, 2009., p 12

En conclusión, es preciso comprender que la salud es un bien común al cual tienen derecho todas las personas, y entendiendo a que refiere la intersectorialidad, es importante que se aplique también a lo que es salud de manera coordinada entre los diferentes niveles de gobierno y no solo el gobierno central a través del min. de Salud se dedique a la implementación de la MT, sino también los demás niveles del estado ello para que la integración de la MT en el sistema de salud se desarrolle con mayor efectividad.

Integración

No es más que la constitución de un todo, reuniendo sus partes. Composición de un conjunto homogéneo mediante elementos antes separados y más o menos distintos (Ossorio, 2008). De ello se puede deducir que la salud debe ser tratada, practicada como un todo, es decir que la atención en salud no solo contemple a los conocimientos en medicina científica sino también se tenga una alternativa en cuanto al tratamiento y prevención la misma que se traduce en los conocimientos ancestrales en MT.

3.2.1. Descolonización de la salud.

La descolonización de la salud tiene que ver con la no dependencia de un solo mecanismo de cuidado de la salud, es decir que en la actualidad tiene mayor importancia en cuanto a prevención, curación de enfermedades la medicina que en el presente trabajo de investigación se la denomino medicina científica. Es por tal razón que se debe repensar la salud buscando una real integración de los conocimientos ancestrales en medicina tradicional al sistema de salud.

Si bien el estado ha implementado normas, reglamentos que intentan promover la interculturalidad en la salud no son suficientes, ya que hasta la fecha la MT como alternativa esta plasmada pero en la práctica no se ha visto reflejada en el sistema de salud como alternativa, por ello es que las deficiencias de la estructura sanitaria no podrán ser resueltas si la actual reforma no va acompañada de voluntad política para modificar profundamente las condiciones de los servicios de salud y los recursos humanos que atienden esos servicios. El actual sistema de salud no está en condiciones de responder a las múltiples demandas de la población, por lo que la participación social en salud termina convirtiéndose en una frustración para las comunidades y los ciudadanos. La participación comunitaria es importante siempre y cuando la base de la sanidad pública disponga de condiciones sólidas y cuente con capacidad resolutiva (Ramirez Hita, 2014).

3.2.2. La interculturalidad en la salud

La CPE del 2009 establece que Bolivia es un Estado Plurinacional reconociendo la existencia de 36 Pueblos y Naciones Indígena Originario Campesinos y es preciso entender de esta forma que cada nación o pueblo indígena tuvo una forma propia de desarrollarse en las diversas áreas que la vida exige por lo que se determina una existencia pluricultural y multicultural, y a partir de ello es que se hizo necesario un relacionamiento intercultural reconociendo los saberes ancestrales de cada comunidad. En ese entendido el tema de la salud no fue ajeno a tal relacionamiento intercultural que por diversas razones la MT se fue desarrollando siendo en algunos casos predominante y ello se evidencia sobre todo en el área rural que es nuestro campo de estudio. En el aspecto de la salud es necesario desarrollar un enfoque intercultural y para ello se considera que debe haber una adecuada comunicación basada en el respeto cultural entre todos los actores dedicados a la salud es decir los representantes de la medicina científica, los de la MT y el paciente, dejando de lado el bloqueo cultural que muchas veces existe entre los distintos actores, esa interacción tiene que desencadenar en la recuperación (sanación) del paciente (Albo Corrons, 2004). Hablar de interculturalidad en salud es poner en relieve la integración de la medicina tradicional y como esta debe actuar en el sistema de salud.

El ministerio de salud establece que “La interculturalidad busca revalorizar, articular y complementar las medicinas existentes en el país (particularmente las medicinas indígenas originarias campesinas), tanto en la atención como en su interacción, mediante la aceptación, el respeto y la valoración de sus conocimientos y prácticas⁴⁰”.

En ese entendido es que el Min. Salud. contemplo la necesidad de fortalecer la MT a través de los siguientes aspectos:

- Revalorización de saberes, conocimientos y prácticas tradicionales en salud.
- Registro y acreditación de médicos tradicionales, naturistas y parteras.
- Investigación sobre las cualidades curativas de plantas minerales y animales.
- Transformación y producción de plantas medicinales.
- Fortalecimiento a las capacidades de los médicos tradicionales, naturistas y parteras.
- Fortalecimiento de organizaciones de médicos tradicionales, naturistas y parteras.

⁴⁰ Ibidem., p 31

3.2.3. Políticas de interculturalidad en salud en Bolivia.

En lo que respecta a políticas de salud en el Estado Plurinacional de Bolivia se identifica la implementación de la SAFCI que establece:

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural es la política pública oficial del Ministerio de Salud y Deportes, busca reducir la exclusión social en salud a través de mejorar la calidad de los servicios de salud y transformar las determinantes sociales de la salud.

La SAFCI se traduce en una estrategia que tenía como objetivo lograr la interculturalidad en la salud, proponiendo una participación del personal de salud, autoridades y conglomerado social cuyo objetivo era lograr una atención optima en los servicios de salud, es preciso destacar que esta Política Publica estaba a cargo solamente del Ministerio de Salud.

Los objetivos que tiene la presente política sanitaria SAFCI son:

- Contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud; esta meta se la pretende realizar 1. reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud. 2. Brindando servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad. 3. **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

Que tiene el siguiente enfoque:

PRIMERO La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) establece la implementación de intervenciones basadas en necesidades, con enfoque biopsicosocial, espiritual, cultural y ambiental.

SEGUNDO La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) establece la oferta de prestaciones de salud para lograr la satisfacción de las personas y sus familias, basada en una atención integral intercultural.

TERCERO La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) establece la articulación y complementariedad del equipo de salud con los Médicos Tradicionales.

CUARTO La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) establece la aplicación de la referencia y retorno entre los equipos de salud, y de éstos con la medicina tradicional.

3.3. Políticas publicas

Previamente se debe considerar a que refiere una política pública.

(Rosso Morales , 2013) Las políticas públicas generalmente se definen desde el punto de vista de la "decisión" del gobierno, que opta por aplicar o no determinadas acciones a favor de la sociedad. Por lo que se puede aser que éstas son el conjunto de decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el gobierno consideran prioritarios (p. 26).

Siendo que el gobierno es el encargado de la implementación de las políticas públicas, que van desde la formulación, puesta en marcha y ejecución de las mismas, se hace necesario que en el tema que corresponde a nuestro objeto de estudio deba ser tratado con tal importancia que pueda cumplirse el objetivo de la Ley No. 459 en lo que refiere a la articulación.

En el contexto de que las políticas públicas son la respuesta a un problema existente en determinado momento, es así que para implementar una política pública como respuesta se debe primero conocer que es lo que se pretende dar solución, y quienes son las partes afectadas por el mismo y el interés que tienen de resolverlo. En conclusión, la detección del problema, es fundamental porque permitirá reconocer la presencia de demandas, amenazas u oportunidades para orientar las políticas presentes y futuras (Vargas Arebalo, 2007).

Para Rosso Morales (2013) las condiciones que debe cumplir una política pública son:

- **Fundamentación legal:** deben ser diseñadas y gestionadas en el marco del respeto a las normas constitucionales de un país.
- **Apoyo político:** dada la vulnerabilidad de las políticas públicas, éstas deben tener respaldo y consenso político, sobre todo si son conflictivas o suponen grandes transformaciones económicas y sociales.

- Viabilidad administrativa: para el diseño y gestión de las políticas públicas las organizaciones estatales deben gestionarse con eficiencia, transparencia y responsabilidad social y, asimismo, debe existir estabilidad laboral de sus funcionarios.
- Racionalidad económica: dado que los recursos son escasos y las necesidades múltiples, el diseño y gestión de las políticas públicas debe darse en un marco de racionalidad económica; es decir, meditando y midiendo los efectos de la política y la inversión de los recursos financieros asociados a resultados e impactos que beneficien a la ciudadanía y al país en su conjunto.

3.3.1. Características de las políticas públicas.

Se ha podido identificar características que generalmente tiene la mayoría de las políticas públicas:

a) debe tener un contenido que viabilice la movilización de recursos. b) Un programa a partir de la identificación e integración de problemas y actividades que se consideran esenciales para su resolución. c) Una orientación normativa representada por leyes que regulan la acción gubernamental. d) Un factor de coerción que se traduce en la capacidad de imposición de la decisión gubernamental. e) Una competencia social formada por el conjunto de fuerzas que compiten por una decisión. f) Unos resultados/efectos, que permiten obtener una serie de decisiones productos y los respectivos efectos resultados. g) Una territorialidad, ya que las políticas públicas se implementan en espacios geográficos concretos. Cada vez más, las políticas tienen tendencias multinivel: nacional, sub nacional y supranacional (Rosso Morales, 2013).

Haciendo énfasis en las características de las políticas públicas se tiene que la propuesta de la presente investigación cumple con todas, entendiendo que la articulación de la MT en el Primer Nivel del Sistema de Salud se hace viable y necesaria. Resaltando que dicha interrelación sería la solución al fundamental problema del acceso a la salud para la población, se debe tomar en cuenta que hay normativa general que respalda la existencia del dicho conocimiento ancestral y el destinatario de tal política sería la sociedad que se beneficiaría con la real universalización de la salud respetando las costumbres, identidad cultural, tradiciones de todas las comunidades del Estado Plurinacional de Bolivia.

3.4. La necesaria articulación de la medicina tradicional en el Sistema de Salud en el primer nivel

La necesidad de articular la MT en el Sistema de Salud radica en el factor principalmente de la PREVENCIÓN, por lo que se debe comprender que una interrelación, una complementación entre la biomedicina y la medicina tradicional coadyuvarían en el mejoramiento de la salud.

3.4.1. Fortalecimiento del primer nivel del Sistema de Salud.

Debemos entender que el primer nivel es el conjunto de establecimientos de salud cuya principal función es servir de punto de contacto inicial, permanente y privilegiado de personas, familias y comunidades con el Sistema de Salud y brindar el acceso más cercano posible a la atención sanitaria. Realiza sobre todo actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero también ofrece servicios de atención médica general, enfermería y de acuerdo al tipo de establecimiento, consulta especializada ambulatoria, odontológica, internación y exámenes complementarios de baja complejidad, suficientes para resolver la mayoría de los problemas de salud más frecuentes⁴¹.

Siendo importante el primer nivel de atención y como se evidencia es el filtro necesario que tiene como objetivo la identificación de las enfermedades, dada dicha importancia es imprescindible el mejoramiento del Sistema de Salud en el primer nivel, para ello nos remitimos a lo que establece el Min. de Salud. “Sera imprescindible el mejoramiento de la capacidad resolutoria del primer nivel de atención para responder a la epidemia y otras morbilidades con el fin de disminuir la demanda a los hospitales de referencia y evitar su saturación⁴²”.

La importancia del Primer Nivel del Sistema de Salud se hace evidente, ya que es ahí donde se identifica la enfermedad y es a partir de ello que se puede dar inicio con la prevención que es fundamental a la hora de evitar posteriores complicaciones para con el paciente y saturación de los centros de salud y para evitar esas posibles dificultades la MT complementaria y fortalecería la atención médica inicial.

Al mismo tiempo establece que:

“países con sistemas de salud con acceso universal, integrados, han enfrentado mejor la epidemia. Igualmente, países con una estrategia de APS (Promoción, Prevención, Recuperación, Rehabilitación) y un primer nivel de atención con mayor capacidad

⁴¹ GACETA OFICIAL DE BOLIVIA Ley No. 1152 Sistema Único de Salud Bolivia

⁴² Ministerio de Salud *Estrategia de vigilancia comunitaria activa. Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19.* p. 64

resolutiva no han sufrido el colapso de los servicios hospitalarios. El sistema resiliente deberá estar estructurado no solo para resolver la epidemia actual, sino para enfrentar futuros desafíos. El sistema deberá entonces refundarse en APS, un modelo de atención de base poblacional territorial y un primer nivel de atención robusto”⁴³.

3.4.2. La medicina tradicional como prevención.

Dada la importancia de la medicina tradicional y por el uso que se le dio en el transcurso del tiempo. Se hace necesario destacar que su uso en la PREVENCIÓN sería fundamental, por lo que se considera que la misma podría tener una interrelación eficaz con la medicina científica.

Rocabado Imaña (2021) “La actividad terapeutica de la medicina natural se refiere mas a la prevención, puesto que los curanderos y curanderas no identifican claramente el tipo de afeccion, simplemente los y las expertas de la medicina natural alivian los sintomas de las enfremdades y la modifica o regula, y benefician complementando con una alimentacion sana, y sobre todo el estado de animo y espiritual de la o el paciente. La medicina tradicional basada en plantas medicinales es efectivamente preventiva (p. 55)”.

Los conocimientos ancestrales en MT por su naturaleza tienen su base de elaboración en plantas, raíces, frutos, animales. Eliminando a los animales como producto medicinal o terapéutico dando cumplimiento de esta forma a la Ley No. 700, lo que queda sería productos a base de plantas, en ese contexto en las dosis correctas las plantas llegarían a ser productos preventivos, que fortalecerían de alguna u otra forma el sistema inmunológico de las personas, se tiene experiencia de ello en las frutas (naranjas, mandarinas) que proporcionan al cuerpo humano vitamina C, de igual forma en las plantas se tienen nutrientes que coadyuvarían al fortalecer las defensas del ser humano de esta forma protegerse de enfermedades que podrían estar latentes, esto podría realizarse a través de mates, vapores que no contravengan las recetas médicas, más al contrario que ayuden, complementen a dichos insumos de la biomedicina.

3.5. La medicina tradicional y su relevancia

Bolivia al ser un Estado Plurinacional que tiene como característica una diversidad cultural y biológica, es esa variedad que hace posible la existencia de múltiples conocimientos a cerca de la MT, es decir cada cultura tiene su propia forma de ver, entender y practicar la MT, en ese contexto

⁴³ Ibidem., p 72

la importancia radica en que la curación con plantas medicinales está inmersa en las diversas formas de vida de la población, se llega a esa conclusión debido a la antigüedad de ese conocimiento ancestral y el que siga perdurando hasta la actualidad, además de que se tiene otro elemento que tiene que ver con la armonía, con el medio ambiente entendiendo que su práctica tiene como objeto la conservación de las plantas y el no deterioro de la naturaleza (Vidaurre de la Riva, 2006).

Rocabado Imaña (2021) establece que el rol de la medicina tradicional no debe interpretarse solo de la perspectiva de la eficacia farmacológica de los remedios naturales (vegetales, minerales, animales), sino de lo que en antropología se denomina como “eficacia simbólica”. Cuando el enfermo recurre al curandero, está afirmando su fe en el sistema medico tradicional, está solicitando una respuesta que el considera eficaz dentro de su cultura (p. 24).

Desde que una planta en su estado natural no maltrata el medio ambiente, hasta los resultados que se han hecho evidentes, la MT ha cobrado gran relevancia sobre todo en el área rural en donde las personas tienden a combinar con la medicina científica o en otros casos solamente acudir a la MT, el área urbana tampoco ha sido la excepción puesto que hay serios indicios de su uso.

Asimismo, se debe tomar en cuenta que la MT tiene la lógica de que la salud es parte de un equilibrio. En ese sentido establecen elementos esenciales en la vida del ser humano que deberían estar en constante equilibrio son la mente, cuerpo, entorno social y natural, la vulneración a este orden generaría un desequilibrio (Mamani Lopez & Colque Arias, 2021).

3.5.1. Razones por las que hoy en día se tiene un conocimiento en medicina tradicional.

Resaltando la antigüedad que tienen los conocimientos ancestrales en MT y precisamente que a la fecha la población tenga una idea, noción a cerca de la aplicación de ese conocimiento hace necesario que nos remitamos a entender cómo es que esos conocimientos han perdurado por tanto tiempo. Al respecto se establece que la transmisión se fue dando de forma vertical padres a hijos, Girault 1987 (citado por Vidaurre de la Riva, 2006) “los kallawayas transmiten sus conocimientos y el derecho a ejercer la medicina por afiliación exclusiva a los hijos varones, sin discriminación de edad” (p. 280).

Se establece también que se dan otras formas de transmisión que no serían necesariamente de forma vertical sino este estaría dentro de la familia ampliada, al respecto nos dice Giménez 1996 (citado

por Vidaurre de la Riva, 2006) “transmiten los saberes sobre plantas medicinales a nivel familiar, donde las mujeres también comparten activamente estos conocimientos” (p. 280). Puede darse también el hecho de una transmisión oblicua, que consiste en la enseñanza a un tercero aficionado para que ponga en práctica dicho traspaso de conocimiento.

3.6. La salud como Derecho Humano

A la fecha el acceso a la salud no es igual para todos, se hace dificultoso por diversos factores: informativos, sociales, económicos y a pesar de la existencia de normas que tienen por objeto establecer un acceso a la salud para todos, las mismas se tornan ineficaces a momento de buscar una opinión médica⁴⁴.

La posición de considerar a la salud como un derecho humano se fundamenta en el cumplimiento de las características que se considera que tiene los derechos humanos a tal efecto se entiende que los derechos humanos tienen las siguientes características:

1. Universalidad. Con respecto a los derechos humanos, la universalidad hace referencia a que todo ser humano sin excepción es titular del derecho, vale decir un derecho tiene la característica de universal cuando es pasible de que cualquier habitante puede ejercerlo. Y vinculado al tema de la salud podemos destacar que todo habitante, todo ser humano tiene derecho al acceso a servicios de salud, protección de su salud sin que para ello medie algún requisito que deba cumplirse. Al respecto el Observatorio DESC “la universalidad supone también que deben eliminarse las barreras que impiden el ejercicio del derecho en condiciones dignas”⁴⁵.

2. Interdependencia. La Comisión Nacional de Derechos Humanos⁴⁶ “Todos los derechos se encuentran vinculados y requieren de su respeto y protección recíproca” es decir que la salud como derecho y de su efectivización depende el ejercicio de otros derechos y viceversa.

3. Indivisibilidad. Hace referencia la protección, respeto de los derechos, integridad del derecho, es decir que si se respeta un derecho se lo debe hacer en su integridad y no parte del derecho. “no

⁴⁴ Observatorio DESC – Bolivia. *Derechos Humanos y Políticas de Salud*. Edición, Capítulo Boliviano de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo. Elab. Maldonado Ana, Reimpresión 2008, p.9.

⁴⁵ Ibidem p. 15.

⁴⁶ Comisión Nacional de Derechos Humanos de México. (2018). *Aspectos Básicos de derechos Humanos*. Ciudad de México, México. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/07-aspectos-basicos.pdf>

se puede fragmentar su respeto”⁴⁷. Con respecto a la salud no se puede atender una dolencia y otra no, o simplemente a una parte de la sociedad y a la otra no.

4. Imprescriptibles. Los derechos humanos “nunca prescriben, nunca perdemos nuestros derechos, ni por edad, salud, ignorancia u otra razón que pueda alegarse” (Linares Araiz & Arranz Sanz, 2006, p. 12). Es decir que un ser humano mientras tenga vida podrá gozar de todos sus derechos.

5. Intransferibles. Los derechos son personales y su ejercicio no se lo puede transferir a otras personas.

6. Irrenunciables. Respecto a esta característica “Una vez que un determinado derecho ha sido formalmente reconocido como inherente a la persona humana queda definitiva e irrevocablemente integrado a la categoría de aquellos derechos cuya inviolabilidad debe ser respetada y garantizada” (Nikken, p. 24). Es decir que un ser humano siempre va a gozar de los derechos que le corresponde, no pudiendo rechazarlos.

7. Progresivos. “Los logros alcanzados en relación a los derechos humanos son irreversibles”⁴⁸. en el ámbito de la salud todos los logros alcanzados en torno a la salud deben ser respetados y no se puede negar su existencia, es así que la MT su uso, su transmisión, es un logro en el área de salud la protección de la salud y su reconocimiento y establecimiento como tal debe hacerse efectivo.

Desde la perspectiva que otorgan las características de los DDHH se considera que la salud es un derecho humano, es por ello que el Estado en sus diferentes niveles está en la obligación de promover políticas públicas en torno al cuidado de la salud. es decir que el derecho a la salud es un derecho humano, porque el mismo está enmarcado dentro de las características que hacen a un DDHH. En ese contexto la salud necesita ser de tratamiento primordial en las políticas que son formuladas y aplicadas por el Estado. Ahora bien, a efectos de mejorar esa calidad en la atención medica es que se propone la articulación que permitirá un acceso equitativo y para todos en la búsqueda de la salud.

⁴⁷ Idem

⁴⁸ Observatorio DESC – Bolivia. Op. Cit. p.15.

3.6.1. La salud como bien común.

El bien común, beneficio de la mayoría dentro la sociedad, tiene que ver con la expresión del fin o razón de ser de una comunidad determinada, consecuentemente tendría relación con el cumplimiento, satisfacción de los intereses de la mayoría al interior de la sociedad (Poole, 2008). Bajo esa lógica el gozar de un buen estado de salud entraría en el marco del bien común.

Establece Vidaurre de la Riva (2006) “Cuando pensamos en la salud, involucramos conocimientos y practicas relacionadas con el contexto sociocultural dentro del cual nos desenvolvemos. Las plantas medicinales son importantes herramientas del paradigma de la medicina tradicional y se enfrentan a políticas públicas estructuradas sobre la ciencia de una cultura dominante que opaca su accionar” (p. 270).

El contexto actual post pandemia del COVID-19 ha hecho que la medicina tradicional cobre la importancia que por momentos se le negaba, porque la efectividad de los conocimientos ancestrales en MT ha hecho que la sociedad confié en los resultados que de ella obtiene y por ende su uso se hizo más frecuente pasando a ser tomadas en cuenta por autoridades e instituciones nacionales y hasta internacionales que promueven su práctica.

Quintero (2020) “Para las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva”. La visión de familia, de unidad que se tiene en la comunidad hace necesario que en el tema de salud también se busque un bienestar colectivo, entendiendo que si uno se encuentra enfermo pues puede causar efectos negativos en los demás miembros de la comunidad y para evitar eso es que hay un cuidado de todos sus miembros.

3.7. La Organización Mundial de la Salud y su enfoque a futuro.

Siendo la OMS una importante institución a nivel internacional en el tema de salud, no dejó de lado la MT, habiendo proyectado un plan estratégico correspondiente a las gestiones 2002 – 2005, a la fecha se tiene otro plan estratégico que deben desarrollar los países miembros el mismo fue proyectado contemplando las gestiones 2014 – 2023. En el documento correspondiente a la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional se hace énfasis en la importancia que tiene la medicina tradicional complementaria denominación que le da la OMS, además de la trascendencia

histórica que la misma tiene en el tratamiento, prevención de las enfermedades, asimismo, se establece que desde la OMS se brindara su apoyo a los Estados para que:

- Puedan aprovechar el potencial de la MTC.
- Promuevan la utilización segura y eficaz de la MTC a través de la reglamentación y la investigación. Además, se promueve la incorporación de productos de la medicina tradicional, profesionales en el área en los sistemas de salud.

De igual forma se establece que los estados miembros en colaboración con la OMS deben desarrollar políticas que tengan por objetivo reforzar el rol de la MT en la prevención y curación de enfermedades, consiguientemente se debe desarrollar en las siguientes áreas: Política: se debe procurar implementar la MT en los sistemas de salud. Seguridad, eficacia y calidad: ampliar los conocimientos a quienes practican la MT. Acceso: procurar mejorar la disponibilidad y calidad de los productos de la MT para que lleguen a todos. Uso racional: promover el uso terapéutico de la MT.

3.7.1. Apreciaciones a cerca de la integración de la medicina tradicional a los sistemas de salud.

La OMS en procura de promover la implementación de la MT a los sistemas de salud, revalorizando el aporte en la salud, ha identificado dificultades en cuanto a la promoción, uso, disponibilidad de la MT. En ese contexto ha hecho evidente la falta de INTEGRACION de la MT en la atención primaria de salud, resalto la falta de investigación y desarrollo en MT, la falta de capacitación de profesionales en MT. Es así que para dar solución a las mencionadas dificultades la OMS plantea: la construcción de una base de conocimientos en torno a la MT. Fortalecimiento de la garantía de calidad, seguridad y uso adecuado de la MT a través de reglamentos. Y la que va relacionada con nuestra propuesta de investigación, fomentar la cobertura sanitaria universal a través de la integración de la MT en la prestación de servicios de salud para de esta forma aprovechar la contribución que brinda la medicina tradicional.

La OMS a través de la Dra. Magaret Chan sobre la integración de la medicina tradicional en los diferentes sistemas de salud debe tener el fin fundamental de lograr una cobertura sanitaria universal en la que todos los habitantes de los diferentes estados puedan acceder a un servicio de salud que contemple una prevención, recuperación optima y que no pueda afectar a los mismos económicamente. Entendiendo que hay diferentes impedimentos para que se pueda acceder a un

servicio de salud óptimo como el aspecto económico, geográfico, organizacional y cultural, y ante esas dificultades una MT de calidad puede ser de gran aporte. Para coadyuvar con la salud.

Haciendo referencia a los aspectos económico, geográfico, organizacional y cultural son categorías sobre las que se debe hacer énfasis internamente en nuestra realidad, ya que económicamente hay parte de la población que no puede cubrir los servicios de salud, geográficamente en especial en el área rural la población debe recorrer largas distancias para acudir a un centro de salud, el organizacional tiene que ver con la demora administrativa en los hospitales públicos para poder realizar muchas veces un registro, para designar un médico, para la realización de un examen, en lo que refiere al cultural muchas veces los pacientes no se sienten comprendidos por el personal médico y no comprenden tampoco al personal médico en cuanto a su desarrollo cultural lo cual dificulta muchas veces el interrelacionamiento entre ambos. Todo ello desencadena en que los pacientes eviten acudir a los centros de salud o asistir simplemente cuando muchas veces la enfermedad está demasiado evolucionada.

Asimismo, la OMS refiere que no debería existir conflicto en la integración de la medicina tradicional y la medicina científica y que esta debería darse en la atención primaria, en el presente trabajo de investigación conforme nuestra normativa se denomina articulación en el Primer Nivel de Sistema de Salud, consiguientemente establece que ambas medicinas podrían combinarse de una forma armoniosa y sobre todo con el fin de que los beneficios que brinde esta integración puedan ser aprovechados.

La OMS a efectos de lograr una eficiente integración de la medicina tradicional en los sistemas de salud establece parámetros generales que pueden seguir los estados miembros, considerando previamente que cada estado debe tomar en cuenta sus particularidades en cuanto a cultura, tradición y experiencias. Tomando en cuenta ello se tiene que se debe profundizar en:

- El estudio de la utilidad de la MT, analizando las ventajas y riesgos que la misma puede traer.
- Tomar en cuenta el factor económico, además de los recursos humanos.
- Fortalecer las políticas públicas, además de formular normas adecuadas.
- Promover un acceso equitativo a la salud y a la integración de la MT en el sistema de salud.

De lo anteriormente detallado se puede establecer que en el Estado boliviano se está ante una articulación que versa entre lo inclusivo y lo tolerante ya que, si bien existe normativa que reconoce y fomenta la práctica de la MT las mismas no generan una obligatoriedad en cuanto a la implementación misma en el sistema de salud. Eso evidenciando que quienes brindan los servicios de MT lo hacen de forma independiente y eso es realizado no porque haya un fundamento, protección legal, más al contrario lo hacen porque es un modo de vida, en este caso se hace referencia a que la práctica es más por costumbre.

3.8. Eficacia o ineficacia en la aplicación de la Ley 459 de Medicina Ancestral Tradicional Boliviana respecto a la articulación de la medicina tradicional y el Sistema de Salud

De lo establecido en la Ley No. 459, que hace referencia a la articulación de la MT en los establecimientos de salud. Teniendo en cuenta lo que se proponía con la puesta en vigencia de la norma señalada es preciso plantear la ineficacia de la norma a nueve años de su promulgación. Ello haciendo énfasis en lo que respecta a la salud que es un derecho de todos los habitantes del estado que se encuentra también establecido en la CPE en su Art. 35 I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios públicos⁴⁹.

3.8.1. Eficacia.

Da Silva (2003) “El alcance de los objetivos de la norma constituye la efectividad. Esta es por tanto la medida de la extensión en que el objetivo es alcanzado, relacionándose con el producto final (p. 52). Se puede deducir que la eficacia tiene que ver con el cumplimiento de la finalidad para la que fue establecida determinada norma. Al respecto nos dice Ossorio (2008) “consiste en el logro de la conducta prescrita; en la concordancia entre la conducta querida por el orden y la desarrollada de hecho por los individuos sometidos a ese orden” (p. 354). De la comprensión que la efectividad de una norma tiene que ver con el logro de los objetivos establecidos en la misma, se llega a la deducción de un cumplimiento parcial de la Ley 459, quedando inconcluso un fundamental objetivo.

Si bien la eficacia tiene que ver con el cumplimiento del objetivo o finalidad para el que fue promulgada determinada ley, es preciso determinar también que la eficacia de una norma depende

⁴⁹ GACETA OFICIAL DE BOLIVIA Constitución Política del Estado de 7 de febrero de 2009 Art. 35.

de la aplicación de la misma, en ese entendido es deber de la autoridad, institución competente el aplicar la ley, es decir que de una ley podrá determinarse su eficacia o ineficacia únicamente si esta fue aplicada (Navarro & Moreso, 1996). El análisis correspondiente a la no aplicación de la norma puede deberse a factores de importancia, siendo que para quienes administran la cosa pública hayan previsto el cumplimiento de otras necesidades que a su criterio pueden ser más necesarias, es así que debido a ello pueda haberse dejado de lado el cumplimiento en parte de la Ley 459.

Por su parte Peña Chacon (2016) establece que no solo se debemos limitarnos a hablar de eficacia en una norma, sino que a partir de la puesta en vigencia de una norma se debe tomar en cuenta tres categorías diferentes que son: eficacia, efectividad y eficiencia, demostrando que entre dichos términos existirían diferencias conceptuales que deben ser tomadas en cuenta a la hora de establecer el cumplimiento de los objetivos de una norma jurídica.

- **Eficacia** se da a partir de la entrada en vigencia de la norma, es decir que la entrada en vigor de una norma determina que la misma producirá efectos jurídicos a futuro.
- **Efectividad** está vinculada al logro de la totalidad de objetivos y metas trazados por el ordenamiento jurídico, así como a su aplicación, observancia y cumplimiento.
- **Eficiencia** implica la capacidad para lograr los objetivos y metas impuestos por la normativa promulgada empleando los mejores medios disponibles.

Habiendo desarrollado lo que se debe entender por eficacia de una norma y resaltando además la amplia normativa existente en torno a la MT, se tiene que el objetivo trazado en la Ley No. 459 no ha sido logrado, ya que como se puede evidenciar la ley en su Art. 1 (Objeto) La presente ley tiene por objeto: 1. Regular el ejercicio de la práctica y la **articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el sistema nacional de salud**, en lo que respecta al cumplimiento de la norma no se puede establecer su efectividad.

La norma referente a la Medicina Ancestral Tradicional Boliviana establece en su Art. 12 (Articulación) Las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias reconocidas en la Constitución Política del Estado se encuentran facultadas para generar las mejores condiciones de infraestructura, equipamiento y recursos humanos necesarios, destinados a la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en los establecimientos de salud y las redes del sistema nacional de salud con enfoque intercultural.

Teniendo en cuenta lo que refiere con respecto a articulación de la MT en el sistema de salud en la norma señalada se debe tomar en cuenta lo establecido en el:

Art. 81 par. III conforme las competencias concurrentes establecen para con los Gobiernos Autónomos Municipales en su inc. c) administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural⁵⁰.

Corresponde hacer evidente que el Gobierno Autónomo Municipal de Copacabana no cumplió con la implementación de la infraestructura (ambiente) para la práctica de la medicina tradicional.

Asimismo, en el marco de las competencias compartidas establecidas en el Art. 81 par. II conforme las competencias compartidas inc. b) Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del sistema único de salud, se puede establecer que se recuperó a través del establecimiento de normas y reglamentos emitidos por el nivel central del estado que permitió el reconocimiento y practica de la medicina tradicional.

Con respecto a la atención de la salud en el Primer Nivel a la cual está orientada nuestra propuesta de investigación nos remitimos al Informe de la Defensoría del Pueblo a objeto de determinar la ineficacia, incumplimiento de la norma y los aspectos a tomar como referencia son los que nos establece la Ley No. 459 en torno a la articulación: infraestructura, equipamiento y recursos humanos.

⁵⁰ GACETA OFICIAL DE BOLIVIA Ley 031 Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez” de 2010. Art. 81.

3.8.2. Área urbana.

Infraestructura

No.	Centro de Salud	Radiología, ecografía	Sala de esterilización	Baños	Consultorios médicos y odontológicos	Enfermería	Salas de apoyo Psicológico	Consultorio MT
1	Bella Vista	X	X	X	X	X		
2	Chasquipampa		X	X	X	X		
3	Asistencia Publica		X	X	X		X	
4	Villa Nueva Potosí		X	X	X	X	X	
5	Pampahasi	X	X	X	X	X		
6	El Tejar	X		X	X	X		

Fuente: elaboración propia en base a Informe defensorial, situación de los centros de salud integrales de primer nivel.

Equipamiento

No.	Centro de Salud	Equipos	Equipos para MT
1	Bella Vista	En lo que respecta a equipos médicos la mayoría de los consultorios de atención cuentan con: lámparas de ganso, tensiómetros, martillo de reflejos, tensiómetro pediátrico, estetoscopio	No se tiene registros que
2	Chasquipampa		

3	Asistencia Publica	doble campana, detector ultrasónico de latido fetal, equipo para ginecología, equipo para inserción de DIU, mesa de examen ginecológico, separadores de ambientes y gradillas de dos peldaños en buenas condiciones. En cuanto al consultorio odontológico que consiste en lámpara de fotocurado, compresor dental, esterilizador eléctrico de mesa seco de 30 litros, equipo para odontología, equipo instrumental de curaciones, equipo instrumental de endodoncia, equipo instrumental para exodoncia; la mayoría de los centros cuentan con el equipamiento en buen estado	establezcan la existencia de equipos para la práctica de la MT
4	Villa Nueva Potosí		
5	Pampahasi		
6	El Tejar		

Fuente: elaboración propia en base a Informe defensorial, situación de los centros de salud integrales de primer nivel.

Recursos humanos

No.	Centro de Salud	Médicos y Odontólogo	Encargado de farmacia	Laboratorista	Ecógrafo	Enfermera (s)	Personal administrativo	Servicio de limpieza	Médicos tradicionales
1	Bella Vista	X	X	X	X	X	X	X	
2	Chasquipampa	X	X	X		X	X	X	
3	Asistencia Publica	X	X	X			X	X	
4	Villa Nueva Potosí	X	X	X		X	X	X	
5	Pampahasi	X			X	X	X	X	
6	El Tejar	X	X			X	X	X	

Fuente: elaboración propia en base a Informe defensorial, situación de los centros de salud integrales de primer nivel.

Del detalle de los cuadros se puede evidenciar que ninguno de los centros de salud de primer nivel del área urbana que son el objeto del informe defensorial cuenta con infraestructura, equipamiento, recursos humanos en lo que respecta a la medicina tradicional, poniendo en evidencia la ineficacia de la norma en cuanto a su aplicación, asimismo a efectos de aplicar la política SAFCI que pretende la interculturalidad en salud el informe detalla que se capacitó solo a los centros de salud de Pampahasi, Bella Vista, Asistencia Pública.

3.8.3. Área rural.

Infraestructura

No.	Centro de Salud	Radiología, ecografía	Sala de internación	Baños	Consultorios médicos y odontológicos	Enfermería y esterilización	Farmacia institucional	Consultorio MT
1	Copacabana	X		X	X	X	X	
2	Corpa	X	X	X	X	X	X	
3	Tiahuanacu	X		X	X	X	X	
4	Desaguadero	X		X	X	X	X	
5	Irupana	X	X	X	X	X	X	
6	Guaqui	X		X	X	X	X	

Fuente: elaboración propia en base a Informe defensorial, situación de los centros de salud integrales de primer nivel.

Equipamiento

No.	Centro de Salud	Equipos	Equipos para MT
1	Copacabana	En lo que corresponde a equipos los centros de Copacabana y de Corpa son los únicos que disponen de lámpara de ganso, tensiómetro, martillo de reflejos, tensiómetro pediátrico,	No se tiene registros que
2	Corpa		

3	Tiahuanacu	estetoscopio doble campana, detector ultrasónico de latido fetal, equipo para ginecología, equipo para inserción de DIU, mesa de examen ginecológico, separador de ambiente y gradilla de dos peldaños. Respecto al equipo de consultorio odontológico consistente en lámpara de fotocutocurado, compresor dental esterilizador eléctrico de mesa seco de 30 litros, equipo para odontología, equipo instrumental de curaciones, equipo instrumental de endodoncia, equipo instrumental para exodoncia, la mayoría de los centros cuentan con el equipamiento.	establezcan la existencia de equipos para la práctica de la MT
4	Desaguadero		
5	Irupana		
6	Guaqui		

Fuente: elaboración propia en base a Informe defensorial, situación de los centros de salud integrales de primer nivel.

Recursos humanos

No.	Centro de Salud	Médicos y Odontólogo	Encargado de farmacia	Laboratorista	Ecógrafo	Enfermera (s)	Personal administrativo	Servicio de limpieza	Médicos tradicionales
1	Copacabana	X	X	X		X	X	X	
2	Corpa	X	X	X		X	X	X	
3	Tiahuanacu	X	X	X		X	X	X	
4	Desaguadero	X	X	X		X	X	X	
5	Irupana	X	X	X	X	X	X	X	
6	Guaqui	X	X	X	X	X	X	X	

Fuente: elaboración propia en base a Informe defensorial, situación de los centros de salud integrales de primer nivel.

Respecto a la formación en el Modelo SAFCI, los centros Desaguadero, Guaqui y Copacabana recibieron capacitación sobre el tema; los demás establecimientos no precisaron información.

Del informe emitido por la Defensoría del Pueblo se establece que tanto en el área rural y urbana existe por parte de las autoridades una preferencia por la medicina científica, como se puede evidenciar en el aspecto de infraestructura no se toma en cuenta lo que es la medicina tradicional lo que pone en evidencia que no habría ambientes que promuevan la atención intercultural en los centros de salud del área urbana y rural. Asimismo, en lo que respecta a equipamiento se evidencia también la no relevancia de equipamiento que evidencie una atención con medicina tradicional y respecto a nuestro último ítem que estaría relacionado con recursos humanos se evidencia solamente que se tendría capacitación sobre las normas SAFCI a los médicos que practican la medicina científica, pero no se tendría la práctica intercultural en lo que respecta a la incorporación de médicos tradicionales al sistema de salud, es en virtud a ello que se determina la ineficacia de la norma en lo que a articulación de la medicina ancestral tradicional boliviana con el Sistema de Salud se refiere.

3.9. El Sistema de Salud y la medicina tradicional antes y después de la pandemia del COVID-19

El Sistema de Salud debe ser entendido en dos momentos: antes y después de la pandemia, porque no ha sido homogénea ha habido cambio de uno a otro momento por diferentes situaciones que se presentaron.

3.9.1. El Sistema de Salud boliviano antes del COVID-19.

Para hacer referencia al Sistema de Salud boliviano se toma como base el documento emitido por el Ministerio de Salud⁵¹ que establece: El Sistema de Salud se divide en tres subsistemas (público, seguridad social y privado), reconoce también que la segunda década del siglo XXI se realizó la emisión de normas y políticas gubernamentales que tienen como objetivo el lograr una cobertura universal, en ese contexto se tiene que no se ha podido materializar el fin último de una salud universal para la población boliviana. Asimismo, en el mencionado documento se ha identificado limitantes que hacen dificultoso el cumplimiento de los objetivos propuestos en las normas emitidas

⁵¹ Ministerio de Salud *Estrategia de vigilancia comunitaria activa. Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19.*

y esas dificultades pasan desde la falta de coordinación entre las autoridades en salud, hasta el presupuesto que se considera sería insuficiente.

Con respecto a la compleja coordinación entre autoridades se establece que de los tres subsistemas existentes en el Sistema de Salud boliviano el público y el de seguridad social conformarían las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), de igual forma entendiendo que existen tres niveles de atención médica, la responsabilidad sobre el primer y segundo nivel sería de los municipios y el SEDES y el Ministerio de salud del tercer nivel y conforme esa organización se estima que la comunicación sería complicada y obstaculizaría los fines perseguidos. Históricamente se tiene que el Sistema de Salud boliviano fue ampliando su cobertura de atención en 1998 se creó el Seguro Básico de Salud en 1998, para el mismo año se creó el seguro Médico Gratuito de Vejez, en 2003 se crea el Seguro Universal Materno infantil (SUMI), el año 2006 se presenta la política SAFCI, el 2019 se promulga la Ley 1152 hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito (SUS), se establece también que la Seguridad Social cubre al 38% de la población boliviana y el seguro privado al 3% de la población. También en dicho documento se identifica otra dificultad que tiene que ver con los RRHH indicando la existencia insuficiente de personal médico además de resaltar una mala distribución de los ya existentes, siendo que la mayoría cumple funciones en centros de tercer nivel y una minoría en el primer nivel, asimismo, se hace referencia a la capacidad estableciendo que el personal más capacitado estaría en el área urbana y los menos calificados por así decirlo en las áreas urbanas.

3.9.2. El Sistema de Salud, la medicina tradicional y su importancia como protección en la pandemia del COVID-19.

Es inevitable hacer una reseña referente a la pandemia del COVID-19 y el derecho humano a la salud, habiendo afectado la pandemia a la mayor parte de la población mundial y siendo que la mayoría de países producto de dicha pandemia sufrió una emergencia sanitaria que llevo a establecer políticas públicas de protección de la salud, en ese contexto la medicina tradicional no fue desconocida a momento de establecer las medidas sanitarias.

Del documento emitido por el Ministerio de Salud⁵² se tiene que para el 10 de marzo de 2020 en Bolivia se tiene confirmación de los dos primeros casos de COVID-19, en ese contexto en fecha 21 de marzo de 2020 el gobierno declara “Situación de emergencia nacional”, estableciendo una

⁵² Idem.

cuarentena total, habiéndose dado dicho escenario se produjo la adecuación de los establecimientos de salud para la atención a pacientes contagiados del COVID-19, el eje central consistía en el fortalecimiento de la coordinación al interior del Sistema de Salud y un fortalecimiento al primer nivel de atención en salud, es importante establecer que se debía continuar también con la atención de las regulares aflicciones ajenas a la pandemia.

“Es así que la epidemia del COVID-19 ha mostrado la debilidad del Sistema de Salud boliviano, pero presenta una oportunidad para repensar, transformar y afianzar el Sistema de Salud para los próximos años, el Sistema de Salud deberá refundarse en un modelo de atención de base poblacional, territorial y universal. Un modelo que fortalezca la prevención de enfermedades al mismo tiempo que mantenga y promueva la salud. Un modelo que mejore la cobertura pero que también reduzca las inequidades en el acceso. Se renueva la necesidad de salud comunitaria”⁵³

Desde la aparición de la pandemia del COVID-19, el saturado Sistema de Salud, el desconocimiento de la enfermedad como factores relevantes que hicieron insostenible un adecuado servicio de salud, la MT tuvo un rol importante en la asistencia médica, es así que a nivel nacional se ha emitido medidas que toman en cuenta al uso de la medicina tradicional, como una alternativa en la búsqueda de salud.

El documento emitido por el Min. de Salud establece: el Estado boliviano reconoce y protege la diversidad étnica y cultural, así como las naciones y pueblos indígenas originario-campesinos. Igualmente asume la interculturalidad como el respeto por las diferencias culturales y el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que las integren a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales alternativos y complementarios⁵⁴.

En ese contexto se establece que la atención médica a los pueblos indígenas contemplara dos características:

a) la vulnerabilidad epidemiológica. b) la atención medica respetando el contexto intercultural y al respecto se realizarán las siguientes actividades: Promover la vigilancia comunitaria definiendo

⁵³ Ibidem., p. 69

⁵⁴ Ibidem., p.63.

actores de las comunidades indígenas (líderes, *jilaqatas*⁵⁵, entre otros) para la notificación y reporte inmediato. Garantizar la información en salud según la cosmovisión y respetando los usos y costumbres de cada grupo indígena, en lo posibles en su lengua propia y con lenguaje claro y sencillo que facilite la interacción y la comprensión efectiva de los mensajes. Permitir, en el marco de la atención integral en salud, el uso de prácticas tradicionales, siempre y cuando estas no representen un riesgo para la salud e integridad del paciente⁵⁶.

Se emitió asimismo por el Min. de Salud la Guía de medicina tradicional para el abordaje de la COVID-19, en este documento se describe las propiedades y modos de preparación de cada planta medicinal, así como las dosis de administración y precauciones de los productos naturales artesanales para contribuir con la prevención, contención, coadyuvar con el tratamiento y la rehabilitación de la COVID-19.

La Guía de medicina tradicional⁵⁷ establece también recomendaciones a momento de consumir los productos de la medicina tradicional: El consumo de los remedios naturales debe respetar los usos y costumbres de los usuarios de la medicina tradicional, considerando las diferentes regiones de nuestro país. De ser posible recurrir a un prestador de la medicina tradicional boliviana para recibir las orientaciones y recomendaciones en el uso de las plantas medicinales. Consumir productos naturales tradicionales artesanales que cuenten con registro sanitario en la AGEMED o el SENASAG. No exceder la dosis indicada.

La Ley No. 1293 Para la prevención, contención y tratamiento de la infección por el coronavirus. El Órgano Ejecutivo a través del Ministerio de Salud, podrá recurrir a la medicina tradicional para la prevención y contención de la infección por el coronavirus. El Decreto Supremo No. 4404 establece que se promocionará e incentivará la práctica de la medicina tradicional y medicina alternativa para la prevención, contención, tratamiento y rehabilitación de la COVID-19. Se impulsará la producción, transformación y comercialización de los productos naturales de la medicina tradicional, para la prevención, contención, tratamiento y rehabilitación de la COVID-19. El Decreto Supremo No. 4451 establece que el Ministerio de Salud y Deportes a partir de la publicación del presente Decreto Supremo, emitirá y difundirá las guías para orientar a la

⁵⁵ Pairumani Felix Diccionario Aymara – Catellano Jilaqata: jefe autoridad principal del ayllu o comunidad.

⁵⁶ Ministerio de Salud *Estrategia de vigilancia comunitaria activa. Plan de contención, mitigación y recuperación post confinamiento en respuesta a la COVID-19.*

⁵⁷ Ministerio de Salud Guía de medicina tradicional para abordaje de la COVID-19. p. 22

población, en el uso de la medicina tradicional y la medicina alternativa en la prevención y tratamiento de la COVID-19 y promoverá la investigación para la elaboración de protocolos.

El ámbito internacional también se tomó en cuenta lo que es la MT, es así que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, estableció que se deben extremar medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas en el marco de la pandemia del COVID-19, tomando en consideración que estos colectivos tienen derecho a recibir una atención en salud con pertinencia cultural, que tome en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales”⁵⁸. La misma institución en otro documento establece que en el tratamiento y atención de las personas indígenas con COVID-19, debe tomarse en consideración que estos colectivos tienen derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, que tome en cuenta sus cuidados preventivos, sus prácticas curativas y sus medicinas tradicionales, del mismo modo, los Estados deben asegurar un adecuado enfoque intercultural en el tratamiento y atención de las comunidades afrodescendientes tribales”⁵⁹

Mas allá de las normas emitidas para el uso, promoción de la MT como protección del COVID-19, se tiene experiencias de la población ante la pandemia y como se protegió la salud personal y colectiva, realizando además aportes significativos que fueron comunicados a toda la población, ello con el objetivo de prevenir los contagios o que los mismos no sean muy letales, comprendiendo que el Sistema de Salud tuvo complicaciones a momento de brindar una efectiva atención a la población el recurrir a la medicina tradicional fue la solución, la alternativa por la que la ciudadanía opto, para protección de su salud o bien como complemento a los servicios recibidos en un Centro de Salud⁶⁰.

Es preciso destacar el uso de los productos naturales como la huiira huiira, el eucalipto, el matico, raíz de valeriana y otros productos, además de los preparados de combinaciones de plantas y otros productos que daban como resultado la cura para el kari-kari han sido utilizados por la población boliviana para combatir los síntomas del COVID-19, en ese momento no se tenía el respaldo científico sobre la efectividad de los productos utilizados como medicina, más sin embargo a pesar

⁵⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos “Derechos Humanos de las Personas con COVID-19” Resolución 1/2020.

⁵⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos “Derechos Humanos de las Personas con COVID-19” Resolución 4/2020.

⁶⁰ Cepal El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina – Abya Yala. Entre la invisibilización y la resistencia colectiva.

de ello la población opto por utilizar y confiar en los menjurjes, ungüentos, plantas, raíces que eran utilizados en el ambiente de sus hogares y otros como infusiones. La utilización que se daba era en algunos casos como uso exclusivo y en otros como complemento a los medicamentos convencionales recetados (Salazar, 2022).

CAPITULO IV

MARCO JURIDICO

“Se escribe sobre algo porque se cree en ello, no cuando no se tiene ninguna esperanza en el significado de una determinada área del pensamiento o del acontecer social”

Miguel Carbonell

4.1. Legislación Nacional

4.1.1. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia (CPE).

Artículo 1. Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario, libre, independiente, soberano, democrático, **intercultural**, descentralizado y con autonomías. **Bolivia se funda en la pluralidad** y el pluralismo político, económico, **jurídico, cultural** y lingüístico, dentro del proceso integrador del país.

Artículo 9. Son fines y funciones esenciales del Estado, además de los que establece la Constitución y la ley: **5. Garantizar el acceso** de las personas a la educación, **a la salud** y al trabajo.

Artículo 18. I. Todas las personas tienen derecho a la salud. **II.** El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. **III.** El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, **intercultural**, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 30. II. En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos: **13.** Al sistema de **salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.**

Artículo 35. I. El Estado, en todos sus niveles protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. **II.** El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 42. I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y practica de la medicina tradicional, resaltando os conocimientos y practicas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos. **II.** La promoción de la medicina tradicional incorporara el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su

conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 100. II. El Estado protegerá los saberes y los conocimientos mediante el registro de la propiedad intelectual que salvaguarde los derechos intangibles de las naciones y pueblos indígena originario campesinas y las comunidades interculturales y afrobolivianas.

La Constitución boliviana establece de forma primigenia que se constituye en un estado plurinacional, pluricultural, intercultural. En segundo lugar, establece que todos los bolivianos y bolivianas tienen derecho a la salud y acceso al mismo, reconoce también que la salud debe establecerse bajo los principios de integridad, interculturalidad. Además de promover el uso, respeto, investigación y práctica de la medicina tradicional y proteger todos esos conocimientos ancestrales en salud.

4.1.2. Ley No. 459 Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana⁶¹.

La norma establece una articulación de la medicina tradicional al sistema de salud, es así que siendo que la norma data de la gestión 2013, no ha habido tal “articulación”⁶².

Artículo 1. Objeto: La presente Ley tiene por objeto: 1. Regular el ejercicio, la práctica y **la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud.** **Artículo 3.** Ámbito de aplicación: La presente Ley tiene como ámbito de aplicación a los órganos del **nivel nacional, las entidades territoriales autónomas** y las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación de la medicina tradicional ancestral boliviana. **Artículo 12.** Articulación: Las **entidades territoriales autónomas**, en el marco de sus competencias reconocidas en la Constitución Política del Estado, se encuentran facultadas para generar las mejores condiciones de infraestructura, equipamiento y recursos humanos necesarios, destinados a la **articulación de la medicina tradicional** ancestral boliviana, en los establecimientos de salud y las redes del Sistema Nacional de Salud con enfoque intercultural.

⁶¹ GACETA OFICIAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, Ley No. 459 de 19 de diciembre de 2013, Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

⁶² Ossorio, Manuel (2008) en su obra *Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales* 33va edición define Articular: coordinar, ensamblar. Trazar un plan.

4.1.3. Decreto Supremo No. 2436 Reglamento a la Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

Artículo 6. Promoción: **I.** La promoción de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, es el desarrollo de procesos de fortalecimiento, investigación, uso y práctica en base a los valores y conocimientos ancestrales de los Prestadores de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana. **II.** El Ministerio de Salud a través del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, mediante políticas y estrategias, **implementará y promoverá la Medicina Tradicional** Ancestral Boliviana. **III.** Revalorización y promoción de alimentos ancestrales de alto valor nutritivo propios de las naciones y pueblos indígenas originario campesinos y afrobolivianos de manera orgánica y libre de transgénicos, así como su uso en la prevención y tratamiento de enfermedades. **Artículo 7.** Articulación de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana en el Sistema Nacional de Salud: **I.** Los procesos de articulación de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana en el Sistema Nacional de Salud, incluyen a servicios públicos, de la seguridad social de corto plazo y privado con y sin fines de lucro. **II.** Los **procesos de articulación de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana en el Sistema Nacional de Salud, se darán a partir de la generación de documentos técnico normativos**, emitido por el Ministerio de Salud, que permitan el fortalecimiento, la coordinación, la atención conjunta, la referencia y contra referencia, entre Prestadores de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y el personal de salud de servicios públicos, de la seguridad social de corto plazo y privado con y sin fines de lucro. **III.** Los servicios públicos de la seguridad social de corto plazo y privado con y sin fines de lucro, deben **implementar procesos de adecuación cultural de infraestructura, equipamiento, insumos y procedimientos, a partir de la demanda de la población**, tomando en cuenta la cosmovisión de las prestadoras y los prestadores de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana según pisos ecológicos.

La presente ley y su correspondiente reglamento son las que más relevancia tienen en el análisis jurídico puesto que a través de estas se reglamenta, promueve, el ejercicio, la práctica, el uso de la MT dentro el territorio nacional. Lo que se destaca de estas normas además de ser una de las únicas en el continente que de manera independiente regulan el conocimiento ancestral en medicina tradicional, es el establecimiento de la articulación de la medicina tradicional en el Sistema de Salud Boliviano.

4.1.4. Ley No. 300 Ley marco de la madre tierra y desarrollo integral para vivir bien⁶³.

Artículo 13. Saber alimentarse para vivir bien: El Estado Plurinacional de Bolivia promover el derecho a la alimentación y a la salud con soberanía y seguridad alimentaria, considerando complementariamente en el saber alimentarse todos los objetivos del Vivir Bien. **Artículo 14.** Promover hábitos de consumo sustentables: El Estado Plurinacional de Bolivia impulsara un cambio gradual hacia el establecimiento de hábitos de consumo sustentables del pueblo boliviano, mediante los siguientes aspectos principales: **5.** Promover la investigación científica de la interrelación entre la alimentación y salud.

Dicha normativa va dirigida principalmente al cuidado de la alimentación. En ese contexto y contrastando con una de las características de la MT que tiene a bien establecer que un buen estado de salud, tiene que ver con los alimentos que se consume. En ese contexto esta norma va relacionada con lo que es el cuidado de la salud a partir de un buen, sano y equilibrado consumo de alimentos lo cual deriva en la función principal que es la prevención de enfermedades.

4.1.5. Ley No. 1152 Ley modificatoria a la a la Ley No. 475 de 30 de diciembre de 2013. de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia modificada por Ley No. 1069 de 28 de mayo de 2018. “Hacia el sistema único de salud, universal y gratuito”

Artículo 1. Objeto: La presente ley tiene por objeto modificar la Ley No. 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley No. 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito. **Artículo 2.** Principios: Gratuidad, Integralidad, Interculturalidad, Intraculturalidad, Intersectorialidad. **13.** Acceso universal a medicamentos y tecnologías en salud. Es prioridad del Estado asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias adecuadas, eficaces, seguras y de calidad, prescritos dispensados y utilizados correcta y racionalmente, contemplando la medicina tradicional ancestral boliviana. **Artículo 3.** Definiciones: **7.** Primer Nivel de Atención en Salud. Es el conjunto

⁶³ GACETA OFICIAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, Ley No. 300 de 15 de octubre de 2012, Ley Marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para Vivir Bien.

de establecimientos de salud cuya principal función es servir de punto de contacto inicial, permanente y privilegiado de personas, familias y comunidades con el sistema de salud y brindar el acceso más cercano posible a la atención sanitaria. Realiza, sobre todo, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero también ofrece servicios de atención médica general, enfermería y, de acuerdo al tipo de establecimiento, consulta especializada ambulatoria, odontología, internación y exámenes complementarios de baja complejidad, suficientes para resolver la mayoría de los problemas de salud más frecuentes. **Artículo 6.** Atención en salud: La atención en salud universal y gratuita, se prestará con base en Productos en Salud de manera progresiva, en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI y protección financiera de salud, de acuerdo a Reglamento específico del Ministerio de Salud.

La presente ley tiene entre sus objetivos la universalización de la salud, ello enmarcados en los principios de gratuidad, integralidad, interculturalidad que hace referencia a una armoniosa convivencia a partir de la articulación y complementariedad de todas las medicinas que existen en nuestro Estado. Se hace énfasis en la integralidad puesto que este principio está orientado al fortalecimiento del Sistema de Salud, respeto de la identidad cultural. Respecto al principio intersectorial este tiene que ver con una coordinación entre los diferentes niveles del Estado y la sociedad boliviana.

4.1.6. Ley No. 450 Ley de protección a naciones y pueblos indígenas originarios en situaciones de alta vulnerabilidad.

Artículo 1. Objeto y finalidad: La presente Ley tiene por objeto, establecer los mecanismos y políticas sectoriales e intersectoriales de prevención, protección y fortalecimiento, para salvaguardar los sistemas y formas de vida individual y colectiva, de las naciones y pueblos indígena originario en situación de alta vulnerabilidad, cuya sobrevivencia física y cultural esté extremadamente amenazada. **Artículo 7.** **Ámbito de salud: I.** Ante enfermedades y epidemias que amenacen la salud y existencia, de los titulares de la presente Ley, en el marco del modelo Plurinacional de salud, deben adoptarse medidas relacionadas a su situación de alta vulnerabilidad, activándose los siguientes mecanismos de prevención: **1.** Ejecutar estrategias particularizadas y contextualizadas de salud intercultural integral, que contemplen acciones sistemáticas, sostenidas y rigurosas para evitar la muerte y el deterioro

de la salud de los titulares de la presente Ley, priorizando la atención de las mujeres, niñas, niños, adolescentes y adultos mayores. **3.** Ejecutar programas y proyectos de fortalecimiento y articulación de los conocimientos ancestrales en medicina tradicional con la medicina académica. **Artículo 15.** **Ámbito de recuperación y regeneración de sistemas de vida:** **11.** Promover el rescate de las costumbres milenarias vinculadas a la ritualidad, la medicina tradicional, las expresiones religiosas y festivas, apoyando su conservación y difusión como estrategia del vivir bien.

Rescatando los valores del pluralismo jurídico, interculturalidad e intersectorialidad la presente ley tiene como objetivo la protección en todo momento a través de políticas que promuevan un cuidado, prevención de la salud de los miembros de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos.

4.1.7. Ley No. 031 Marco de autonomías y descentralización “Andres Ibañez”

Artículo 81. Salud: **I.** De acuerdo a la competencia del Numeral 17 del Parágrafo II del Artículo 298 y la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado, el nivel central del Estado tendrá las siguientes competencias: **1.** Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud. **4.** Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género. **11.** Coordinar con las instituciones de educación superior mediante el sistema de la Universidad Boliviana y el Ministerio de Educación, la formación de los recursos humanos de pre y postgrado, en el marco de la política sanitaria familiar comunitaria intercultural.

II. De acuerdo a la competencia compartida del Numeral 3 del Parágrafo II del Artículo 304 de la Constitución Política del Estado se desarrollan las competencias de la siguiente manera: 1. Nivel central del Estado: **a)** Establecer la norma básica sobre la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígena originario campesinos, sobre prácticas, conocimientos y productos de la medicina tradicional para el registro y protección, con validez internacional. **b)** Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud. **2.** Gobiernos indígena originario

campesinos: **a)** Resguardar y registrar la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de la comunidad sobre los conocimientos y productos de la medicina tradicional, en sujeción a la legislación básica del nivel central del Estado. **b)** Desarrollar institutos para la investigación y difusión del conocimiento y práctica de la medicina tradicional y la gestión de los recursos biológicos con estos fines. **c)** Proporcionar información sobre la medicina tradicional desarrollada en su jurisdicción, al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran en aplicación del principio de lealtad institucional. **d)** Promover la elaboración de la farmacopea boliviana de productos naturales y tradicionales. **e)** Fomentar la recuperación y uso de conocimientos ancestrales de la medicina tradicional, promoviendo el ejercicio de esta actividad.

III. De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera: **1.** Gobiernos departamentales autónomos: **f)** Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural. **II)** Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.

2. Gobiernos municipales autónomos: **c)** Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. **f)** Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.

3. Gobiernos indígena originario campesinos autónomos: **a)** Formular y aprobar planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y riesgos, en el marco de la Constitución Política del Estado y la Política Nacional de Salud. **b)** Promover la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Del análisis de la presente ley se puede establecer que todos los niveles del Estado: central, departamental, municipal e indígena originario campesino, tienen competencias en la salud.

Asimismo, se debe hacer énfasis en la orientación de que deben tener las políticas mismas que deben ir enmarcadas tomando en cuenta la interculturalidad.

4.1.8. Ley No. 1293 Para la prevención, contención y tratamiento de la infección por el coronavirus (COVID-19).

Artículo 10. Medicina Tradicional: El Órgano Ejecutivo a través del Ministerio de Salud, podrá recurrir a la medicina tradicional para la prevención y contención de la infección por el coronavirus (COVID-19).

4.1.9. Decreto Supremo No. 4404.

Artículo 1. Objeto: El presente Decreto Supremo tiene por objeto establecer protocolos y medidas de bioseguridad, medidas para el Sistema Nacional de Salud, actividades económicas, jornada laboral y otras, para proteger la salud y la vida de la población ante la pandemia de la COVID19, en la etapa de recuperación y preparación ante un eventual incremento de casos. **Artículo 11.** Medicina tradicional y medicina alternativa: **I.** Se promocionará e incentivará la práctica de la medicina tradicional y medicina alternativa para la prevención, contención, tratamiento y rehabilitación de la COVID-19. **II.** Se impulsará la producción, transformación y comercialización de los productos naturales de la medicina tradicional, para la prevención, contención, tratamiento y rehabilitación de la COVID-19.

4.1.10. Decreto Supremo No. 4451 Disposiciones generales ante la pandemia de la COVID-19.

Artículo 6. Guías y protocolos de medicina tradicional y medicina alternativa para la COVID-19. El Ministerio de Salud y Deportes a partir de la publicación del presente Decreto Supremo, emitirá y difundirá las guías para orientar a la población, en el uso de la medicina tradicional y la medicina alternativa en la prevención y tratamiento de la COVID-19, y promoverá la investigación para la elaboración de protocolos.

Haciendo referencia a la pandemia del COVID-19 se emitieron normas de protección, prevención, cuidados y recuperación que la población debía y debe asumir en torno a evitar contagios. En ese contexto es preciso destacar que todas las normas emitidas incluyen la participación de la medicina tradicional y que la población puede usar como elemento fundamental de protección.

4.2. Legislación Internacional

4.2.1. Declaración de Alma-Ata.

Se realizó en septiembre de 1978, en una reunión se observan las deficiencias en cuanto al acceso a la salud cuya prioridad es “SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000” y se consideró que para alcanzar esa prioridad se debe profundizar en la **atención primaria en salud**, esto para que a partir de ahí se puedan prestar los servicios **preventivos**. **I** La Conferencia reitera firmemente que **la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social**, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. **V** Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social. **VII** La atención primaria de salud: **4.** entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores. **7.** Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

La Declaración de Alma-Ata de 1978 realizada entre los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud se centró fundamentalmente en la atención que se brinda en los diferentes

países en el Primer Nivel, y las deficiencias que la misma tiene, por lo que la declaración va enfocada hacia el fortalecimiento de esa fase de atención médica, con el objeto que la misma pueda responder de forma eficaz a las necesidades de quienes solicitan dicho servicio. Asimismo, en el documento emitido se toma en cuenta a la medicina tradicional que hace a cada país, indicando que la misma debe ser tomada en cuenta en el primer nivel de atención, haciendo evidente la fundamental colaboración que esta puede brindar a la población en cuanto a prevención, tratamiento y recuperación de los pacientes.

4.2.2. Declaración Internacional de Derechos Humanos.

Artículo 25. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. **2.** La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio tienen derecho a igual protección social.

Es la primera declaración sobre derechos humanos que fue establecida por los países miembros de las Naciones Unidas y reconoce a la salud como un derecho humano.

4.2.3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Artículo 12. 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Es la reafirmación de reconocimiento de la salud como derecho humano por parte de la DUDH.

4.2.4. Convenio 169 de la OIT.

Artículo 25. 1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. **2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos**

interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. **3.** El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y **centrarse en los cuidados primarios de salud**, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria. **4.** La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

El convenio 169 de la OIT entro en vigencia mediante la Ley N° 1257 que ratifica el Convenio y este fue un antecedente para que la constitución de 1967 con su reforma del 1994 por Ley N° 1585 establezca en el **Artículo 1.** Que Bolivia es un país multiétnico y pluricultural, sin embargo, muchos de los derechos que se consagran en este convenio no pasaban de meras enunciaciones. Con el establecimiento del Estado Plurinacional de Bolivia, además de ratificar dicho convenio se comienza a tomar en cuenta algunas categorías establecidas en dicho documento, se legislan sobre temas que en el pasado no tenían la menor relevancia, ej. la medicina tradicional.

4.2.5. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.⁶⁴

Artículo 24.1. Los pueblos indígenas **tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud incluida, la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico.** Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales de salud. **2.** Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los estados tomaran las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho. **Artículo 41.** Los órganos y organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas y otras organizaciones intergubernamentales contribuirán a la plena realización de las disposiciones de la presente Declaración mediante la movilización, entre otras cosas, de la

⁶⁴ Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, elevado a rango de Ley 3760 del 7 de noviembre de 2007.

cooperación financiera y la asistencia técnica. Se establecerán los medios de asegurar la participación de los pueblos indígenas en relación con los asuntos que les conciernan.

La Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante Resolución No. 61/295, ratificado por la Asamblea Legislativa Plurinacional y elevado a rango de Ley 3760. De la presente declaración es preciso destacar además del Artículo 24 y 41 los siguientes: Art. 5 referente al derecho de los pueblos indígenas a conservar y reforzar sus propias instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales. Art.11. Los pueblos indígenas tienen derecho a practicar y revitalizar sus tradiciones y costumbres culturales. Ello incluye el derecho a mantener, a proteger y desarrollar las manifestaciones pasadas, presentes y futuras de sus culturas.

4.2.6. Organización Mundial de la Salud (OMS).

La más importante institución en salud a nivel internacional establece en la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023⁶⁵ objetivos estratégicos, orientaciones estratégicas y medidas estratégicas que deben ser implementadas por los estados miembros en torno a la MT.

Los objetivos son:

- Aprovechar la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar, la atención de salud centrada en la persona y la cobertura sanitaria universal.
- Promover la utilización segura y eficaz de la MTC mediante la reglamentación, investigación e integración de sus productos, prácticas y profesionales en los sistemas de salud, según proceda.

Las medidas son:

- Los Estados miembros deberán definir y comprender mejor la MTC en el marco de su propia situación nacional, para lo cual deberán identificar las formas de MTC utilizadas y sus usuarios, examinar los motivos de su utilización y determinar las necesidades presentes y futuras. Básicamente, los países deberán elaborar sus propios perfiles nacionales en relación con la MTC.

⁶⁵ Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023
https://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html

- En función de sus perfiles nacionales, los Estados miembros deberán desarrollar políticas, reglamentos y directrices concernientes a las formas de MTC que satisfagan las necesidades y preferencias de salud de sus poblaciones. Si bien pueden existir temas y prioridades comunes a algunos Estados miembros, se deberán elaborar enfoques nacionales para satisfacer las necesidades individuales de los países. Evidentemente, esos enfoques estarán sujetos a los marcos jurídicos, las creencias culturales sobre la MTC y las estructuras de supervisión de los productos, las prácticas y los profesionales.

Los objetivos estratégicos a cumplir son:

- Desarrollar la base de conocimientos para la gestión activa de la medicina tradicional complementaria por medio de políticas nacionales apropiadas.
- Fortalecer la garantía de calidad, la seguridad, utilización adecuada y la eficacia de la medicina tradicional complementaria mediante la reglamentación de sus productos, prácticas y profesionales.
- Promover la cobertura sanitaria universal por medio de la apropiada integración de los servicios de medicina tradicional complementaria en la prestación de servicios de salud y autoatención de salud.

La OMS como institución rectora de la salud hace énfasis en la integración de la medicina tradicional y los sistemas de salud de los estados miembros, asimismo dicho ente proporciona instrumentos teóricos y técnicos los cuales deben ser tomados en cuenta por los estados miembros a momento de mejorar la atención a la salud. Es preciso destacar que la organización adquiere de forma unilateral la responsabilidad de colaborar a los países que pretendan integrar la MT a su sistema de salud a lograr dicho cometido, otro aspecto relevante es que desde la OMS se destaca la importancia y eficacia que ha tenido esa práctica y que muchas veces la población mundial prefiere acudir a esa forma de medicina.

4.2.7. Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Establece en su **Artículo XII. Salud y bienestar:** **1.** Los pueblos indígenas tendrán derecho al reconocimiento legal y a la práctica de su medicina tradicional, tratamiento, farmacología, prácticas y promoción de salud, incluyendo las de prevención y rehabilitación. **2.** Los pueblos indígenas tienen el derecho a la protección de las plantas de uso medicinal, animales y minerales, esenciales para la vida en sus territorios tradicionales.

3. Los pueblos indígenas tendrán derecho a usar, mantener, desarrollar y administrar sus propios servicios de salud, así como deberán tener acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general. **4.** Los Estados proveerán los medios necesarios para que los pueblos indígenas logren eliminar las condiciones de salud que existan en sus comunidades y que sean deficitarias respecto a estándares aceptados para la población en general.

La CIDH estableció durante la pandemia del COVID-19 normas referentes al cuidado de la salud y en dicha normativa tomo en cuenta lo que es la MT.

Resolución 1/2020⁶⁶ Parte Resolutiva **56.** Extremar las medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas en el marco de la pandemia del COVID-19, tomando en consideración que estos colectivos tienen derecho recibir una atención de salud con pertinencia cultural, que tome en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. **75.** Garantizar el acceso a servicios de salud pública integral de forma oportuna a personas afrodescendientes y comunidades tribales, incorporando un enfoque intercultural y garantizando a esta población información clara, accesible e inclusiva sobre los procedimientos médicos que se les practiquen.

Resolución 4/2020⁶⁷ Parte resolutiva **17.** En el tratamiento y atención de las personas indígenas con COVID-19, debe tomarse en consideración que estos colectivos tienen derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, que tome en cuenta sus cuidados preventivos, sus prácticas curativas y sus medicinas tradicionales. Del mismo modo, los Estados deben asegurar un adecuado enfoque intercultural en el tratamiento y atención de las comunidades afrodescendientes tribales.

La importancia de tomar en cuenta a la CIDH es por la normativa relacionada a la medicina tradicional, que si bien se tenía, fue fundamental el aporte jurídico emitido por la mencionada institución durante la pandemia del COVID-19, que establecía un acceso a la salud oportuna, eficiente a todos, incluyendo entre sus resoluciones la importancia de la atención medica

⁶⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas* Resolución 1/2020.

⁶⁷ Comisión Interamericana de Derechos Humanos *Derechos Humanos de las Personas con COVID-19*, Resolución 4/2020.

respetando el aspecto cultural, además de fomentar el uso, la práctica de la medicina tradicional como un mecanismo importante que coadyuve en la protección de posibles contagios o más allá de eso en la curación propiamente a en base a los conocimientos ancestrales en medicina tradicional.

4.2.8. Derecho Comparado.

1. Chile

El año 2004 se emite el **Decreto Supremo No. 42 Reglamento para el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan.**

Artículo 1. Se entenderá por Prácticas Médicas Alternativas a todas aquellas actividades que se lleven a cabo con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico y mental de las personas, mediante procedimientos diferentes a los propios de la medicina oficial, que se ejerzan de modo coadyuvante o auxiliar de la anterior. Las prácticas médicas alternativas podrán denominarse indistintamente como prácticas médicas alternativas y complementarias. **Artículo 2.** La medicina popular tradicional chilena, entendida como las actividades y procedimientos de recuperar y mantener la salud, de origen sociocultural autóctono en el país, ejercida por sanadores formados tradicionalmente en sus propias comunidades de pertenencia y que gozan del respeto de éstas, quedará al margen de la aplicación de este reglamento.

De los artículos precedentes en principio se debe hacer referencia a la denominación que se le hace (prácticas médicas alternativas). Partiendo de ello se debe resaltar de la presente norma que ya se toma en cuenta las practicas medicas alternativas como opción a su sistema de salud oficial, afirmando de esta forma la existencia de otro tipo de medicinas que son además propias de las comunidades indígenas pero que estas también están puestas al servicio del resto de la población.

Artículo 4. El reconocimiento y regulación señalado en el artículo precedente será gradual y de acuerdo con prioridades específicas que el Ministerio de Salud determinará respecto de cada práctica médica alternativa. La determinación de tales prioridades considerará su demanda poblacional, los eventuales riesgos que involucran sus procedimientos de administración, su eficacia terapéutica, su concordancia con los programas sanitarios vigentes y la disponibilidad de infraestructura técnica asequible que sustente su normalización.

En el Art. 4 ya se vislumbra una posibilidad de interacción de la medicina alternativa, ello previa determinación de la autoridad en salud en base a factores de eficacia, necesidad, que se evidencie de la práctica de medicina alternativa. Además de considerar el elemento de similitud terapéutica que sería esencial, entendiendo que esta concordancia de tratamientos y los fines de los mismos, resaltando también estos tratamientos tienen como base un tratamiento que nace de lo natural, estos hechos abrirían más espacios para una interrelación entre la medicina oficial y la alternativa.

El año 2009 se aprueba la **Resolución No. 548 Aprobación de Medicamentos Herbarios Tradicionales.**

1. Aprueba el documento titulado “Listado de Medicamentos Herbarios Tradicionales”, texto de 55 páginas, el que será archivado en la Oficina de Partes del Ministerio de Salud y quedará en custodia de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, entidad a la que corresponderá gestionar su inclusión en la página web del Ministerio de Salud para efectos de su conocimiento público, debiendo velar porque las copias o reproducciones que se emitan guarden estricta concordancia con el texto original. **2.** La Nómina de Medicamentos Herbarios que se aprueba en virtud de la presente resolución, entrará a regir a contar de la fecha de la publicación de este acto administrativo en el Diario Oficial.

Esta resolución debe ser entendida como un elemento legal de protección a los conocimientos ancestrales, culturales y prácticas en medicina tradicional. Siendo que este documento acoge a todos los productos considerados medicinales.

2. Perú

El año 2000 se promulga la **Ley No. 27300 Ley de aprovechamiento sostenible de plantas medicinales.**

Artículo 1. Objeto de la ley: La presente ley tiene por objeto regular y promover el aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales en armonía con el interés ambiental, social, sanitario y económico de la nación. **Artículo 7.** Investigación de plantas medicinales: **7.1.** El Ministerio de Salud, a través del Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA), con la participación de las universidades y organismos vinculados a la materia, es el encargado de la investigación y de la divulgación de los usos farmacológicos, toxicológicos, clínicos y formas de consumo adecuados de las plantas

medicinales. **Artículo 8.** Enseñanza de asignaturas sobre las propiedades de las plantas medicinales: Las universidades e institutos superiores promoverán la inclusión en las estructuras curriculares de sus Facultades, Escuelas Académicas y similares de agronomía, biología, farmacia, química, medicina y afines, asignaturas referentes a las plantas medicinales, su identificación, biología y usos con énfasis en aquellas producidas en nuestro país.

De la legislación peruana se destaca que en su norma se promueve usar las plantas medicinales de manera que beneficien a la población. Se incentiva también a la realización de investigaciones, estudio de las plantas y sus beneficios medicinales a las universidades y las instituciones se dedican al rubro de la biomedicina y que los resultados obtenidos a partir de estos estudios sean socializados. Otro aspecto importante y destacable consiste en que las universidades, las facultades del área de la salud deberán ajustar sus mallas curriculares con el objetivo de incorporar las materias en las que se estudie a las plantas medicinales y de manera prioritaria las plantas propias del país de Perú.

Artículo 9. Farmacopea herbolaria nacional: **9.1.** Encárguese al Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) la promoción, la elaboración y aprobación de la Farmacopea Herbolaria Nacional, conforme a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con el correspondiente estudio monográfico de cada planta. **9.3.** El INMETRA elaborara la guía terapéutica de Plantas medicinales, a fin de sistematizar su uso en beneficio de la salud.

El año 2006 mediante **Decreto Supremo No. 013-2006-SA Aprueban Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.**

Artículo 1. Apruébase el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo que consta de ciento treinta y cuatro artículos, quince disposiciones complementarias y un anexo.

El Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo establece en su **Artículo 1.** El presente Reglamento establece los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la

verificación, control y evaluación de su cumplimiento. **Artículo 85.** Clasificación de los servicios médicos de apoyo Los servicios médicos de apoyo son unidades productoras de servicios de salud que funcionan independientemente o dentro de un establecimiento con internamiento o sin internamiento, según corresponda, que brindan servicios complementarios o auxiliares de atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en el diagnóstico y tratamiento de los problemas clínicos. Son servicios médicos de apoyo: **j)** Centros de medicina alternativa

Dicha norma fundamentalmente tiene el objetivo de otorgar los permisos para el funcionamiento de centros de atención que realicen practicas medicas en base a la medicina tradicional.

El año 2011 mediante **Resolución Ministerial No. 207/2011/MINSA Constituyen Comisión Sectorial de Medicina Alternativa y complementaria COMAC, para que proponga marco normativo en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.**

Artículo 1. Constituir una comisión sectorial de medicina alternativa y complementaria - COMAC, con el objeto de proponer un marco normativo para la adecuación y articulación de la medicina alternativa y complementaria en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

3. Ecuador

El año 2008 se promulga la **Constitución de la Republica del Ecuador** establece

Artículo 32. La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. **Artículo 57.** Se reconoce y garantizará a las comunas, comunidades, pueblos y nacionalidades indígenas, de conformidad con la Constitución y con los pactos, convenios, declaraciones y demás

instrumentos internacionales de derechos humanos, los siguientes derechos colectivos: **12.** Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora. **Artículo 358.** El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. **Artículo 362.** La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. **Artículo 363.** El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario. 2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura. 4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

La Constitución de la República del Ecuador es una de las más recientes de la región de Sud América al igual que la Constitución del Estado Plurinacional de Bolivia, el punto coincidente entre ambas constituciones es el reconocimiento del pluralismo, la pluriculturalidad, la interculturalidad. En ese marco el cuerpo normativo ecuatoriano reconoce de manera primigenia el derecho a la salud para todos sus habitantes a través de la universalización de la salud el cual deberá priorizar una atención eficiente y eficaz. Así también establece que la atención a la salud deberá ir acorde y respetando la diversidad cultural. En ese entendido de manera muy amplia se reconoce la

importancia de la medicina tradicional y como el Estado a través de sus políticas debe promocionar, fomentar las prácticas en función a ese conocimiento ancestral.

El año 2006 se promulga la **Ley 67 Ley Orgánica de Salud**

Artículo 1. La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Artículo 189. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas tradicionales, incorporarán el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud, e integrarán los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza - aprendizaje.

Artículo 190. La autoridad sanitaria nacional promoverá e impulsará el intercambio de conocimientos entre los distintos agentes de las medicinas tradicionales, fomentará procesos de investigación de sus recursos diagnósticos y terapéuticos en el marco de los principios establecidos en esta Ley, protegiendo los derechos colectivos de los pueblos indígenas y negros o afroecuatorianos.

Artículo 191. La autoridad sanitaria nacional implementará procesos de regulación y control, para evitar que las prácticas de las medicinas tradicionales atenten a la salud de las personas.

Artículo 192. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas alternativas en el marco de la atención integral de salud. Las medicinas alternativas deben ser ejercidas por profesionales de la salud con títulos reconocidos y certificados por el CONESUP y registrados ante la autoridad sanitaria nacional. Las terapias alternativas requieren para su ejercicio, el permiso emitido por la autoridad sanitaria nacional.

De la normativa se debe resaltar el fin de universalizar la salud basado en principios como la equidad, integralidad, solidaridad, pluralidad, eficiencia, interculturalidad. En el entendido de que la sociedad ecuatoriana está conformada por una pluralidad de culturas en el Art. 190 se hace referencia a que deberá existir un intercambio de conocimientos entre los representantes de las diferentes medicinas ello a efectos de encontrar punto de encuentro y desencuentro que puedan ser

favorables para la población. De igual forma instruye que todas las políticas en salud deberán estar enmarcadas en torno a la interculturalidad.

4. Guatemala

Ley del Sistema de Salud Popular y Tradicional.

Artículo 1. Objeto: La presente Ley reconoce las concepciones y prácticas del sistema de salud popular tradicional, promueve su diseminación y uso, regula su práctica y complementación paulatina con el sistema oficial de salud.

Cap. VI Complementación del Sistema Popular Tradicional al Sistema Oficial de Salud.

Artículo 22. Integración gradual: Es responsabilidad del ministerio incorporar gradualmente a las normas de atención del sistema oficial, los métodos de prevención, terapias, practicas curativas y medicamentos populares tradicionales, que estén debidamente validados y sea pertinente su inclusión, conforme lo dispuesto por el artículo 9 de esta Ley y lo establecido en su Reglamento. Asimismo, deben complementarse gradualmente a los modelos de provisión de servicios oficiales, los recursos humanos organizados e instituciones populares que practican la medicina popular tradicional.

Artículo 24. Sensibilización de los prestadores de servicios: El programa deberá promover una efectiva campaña de sensibilización dentro del personal sistema oficial de salud y los proveedores de medicina popular alternativa, para la comunicación y el intercambio de información con el fin de contribuir a la eficaz complementación de ambos sistemas de salud.

Artículo 25. Formación académica universitaria: El Ministerio promoverá ante las autoridades superiores de las universidades del país la inclusión de conocimientos del sistema popular tradicional en el pensum de estudios de la carrera de medicina y otras afines.

La norma del vecino país de Guatemala muy similar a la boliviana son las únicas en la región que cuentan con una ley individual sobre medicina tradicional. Del análisis de la normativa señalada se tiene que entre sus objetivos esta la integración de la medicina popular alternativa en el sistema de salud y para ello en su Art. 23 establece la integración gradual (poco a poco), proponiendo que de manera inicial se integren los medicamentos propios de la medicina popular, para que posteriormente el personal dedicado a la práctica de la ya mencionada practica medicinal pueda interactuar en lo que sería el sistema de salud. Esta interrelación que se propone tiene el fin de

lograr una complementación de ambos conocimientos médicos. Asimismo, se insta a las casas superiores de estudio previa coordinación con las autoridades estatales se pueda incorporar la materia de medicina popular dentro de su malla curricular.

5. Suiza

Constitución de Suiza de 1999

Artículo 118A. La confederación y los cantones, en el ámbito de sus competencias velaran porque se considere la medicina complementaria.

Ley Suiza de Medicamentos establece en su **Artículo 14.** Un proceso de autorización simplificado para los medicamentos de la medicina complementaria

Un aspecto a resaltar del país suizo es que para la incorporación de este artículo en su constitución tuvieron que someter a referéndum, realizada la consulta el 67 % de la población votante a través de una práctica democrática tomo la decisión de incorporar a su cuerpo normativo constitucional la MT. Tras ese hecho jurídico es Suiza el primer país en incorporar la MT en su constitución. Asimismo, es importante resaltar la incorporación al catálogo de prestaciones de servicios medico obligatorio la incorporación de terapias complementarias como: la medicina antroposofica, la homeopatía, la terapia neural, la fitoterapia, y la medicina tradicional China. También se optó por la otorgación de diplomas profesionales a quienes practican la MT para generar mayor confianza cuando brinden atención.

Capítulo V

ANÁLISIS DE DATOS OBTENIDOS

“El derecho como parte de la realidad social, tiene la noble misión de guiar, ordenar y regular la conducta humana en la vida social, orientada a garantizar la supervivencia de la especie mediante la regulación social, estableciendo derechos, obligaciones, garantías y formas de prevención a conductas contrarias a los principios, fines, valores y expectativas jurídicas que tiene el ser humano como persona individual y social, respetando la dignidad humana”

Arturo Vargas Flores

5.1. Tipo de estudio

La presente investigación parte de un enfoque mixto.

En lo que al enfoque cualitativo respecta y a efectos de alcanzar los objetivos propuestos se obtuvo los conocimientos a partir de la realización de entrevistas, observación de la percepción, experiencia de las vivencias y los sentimientos que tienen los expertos y nuestro grupo focal con referencia a nuestro objeto de estudio.

En lo referente al enfoque cuantitativo a objeto de cotejar la percepción de los expertos en medicina tradicional y demostrar el objetivo planteado se realizó una encuesta la cual fue previamente puesta a consideración y la misma fue aprobada por conocedores en el tema de salud y medicina tradicional dicha encuesta fue aplicada a la población seleccionada. De todo ello se realizó la centralización y tabulación de los datos obtenidos, la interpretación de los datos que tiene como objeto el comprobar la relación ya sea positiva o negativa existente entre las variables planteadas, para comprobar la aseveración o negación de la hipótesis planteada en el presente trabajo.

5.2. Entrevistas

5.2.1. Entrevista con el Director de Medicina Tradicional

1. ¿En su criterio la medicina tradicional que rol jugó antes de la pandemia del COVID-19 y durante la pandemia del COVID-19?

Importantísimo, todos hemos acudido a las plantas medicinales la saturación de los hospitales y el factor económico han sido determinantes también y por la efectividad que tiene se optó por los remedios naturales. Desde la Dirección de Medicina Tradicional se ha emitido el manual de plantas medicinales explicando en que dosis y como se debe tomar el tratamiento.

2. ¿Considera usted que existe dificultad en la implementación de la medicina tradicional al Sistema de Salud?

Hasta el día de hoy en algunos municipios se ha implementado las farmacias municipales sin mucho resultado porque lo ponen en la gaveta y no dicen esto también hay natural como alternativa. Prefieren hacer propaganda a los medicamentos convencionales porque se cree que son más efectivos, pero no dan la oportunidad de mostrar esa eficacia los productos elaborados a base de

hierbas naturales. También hay que resaltar que de parte de las alcaldías hay un desconocimiento normativo que permita efectivizar la articulación.

3. ¿Cuál es su opinión de sobre implementar la medicina tradicional al sistema de salud de manera permanente y si hay un mecanismo jurídico en su opinión?

Tendría que ser una normativa que englobe a varias instituciones, una intersectorialidad porque el Ministerio de Salud solo no puede con esto hay ramas que no se puede cubrir por las competencias mismas.

4. ¿Qué opina usted a cerca de una ley interinstitucional y multiministerial, estableciendo funciones específicas para cada institución con el objetivo de lograr la articulación de la medicina tradicional al Sistema de Salud?

Traería mejores resultados con respecto a lo que propone la Ley No.459 sobre la articulación ya que esto de la articulación es como construir un puente y muchas instituciones promueven políticas relacionadas con la medicina tradicional pero la construcción tienen que ser conjunta si se va a cimentar que se haga en bloque porque haciendo referencia a la construcción de un puente cada uno pone su material donde ve conveniente y de esa forma se hace dispersa esa política, eso no quiere decir que este mal, sino que si coordinamos podemos tener mejores resultados.

5. ¿Cree usted que la articulación de la medicina tradicional y el Sistema de Salud boliviano puede ser beneficioso para la población?

Evidentemente, porque ya sería una alternativa en el sistema médico y la población que ahora no acude ya asistiría, hasta por curiosidad asistirían y viendo más alternativas esto tendría resultados positivos porque reducirían las enfermedades graves, crónicas porque se detectaría a tiempo.

6. ¿Qué opinión tiene sobre la entrevista realizada y que temas adicionales propondría sobre la temática en cuestión?

Le agradezco por la entrevista y estamos dispuestos a colaborar en lo que se necesite y éxitos en su investigación y espero de aquí a un tiempo contar con el proyecto de ley que propone y quizá mejorar ideas, ya que en la dirección también se trabaja en la temática y a través de un trabajo conjunto podemos proponer algo solido a la Asamblea Legislativa Plurinacional.

5.2.2. Entrevista realizada al hermano Cancio Mamani Lopez. Exviceministro de Descolonización y experto en medicina tradicional.

1. ¿Qué opinión tiene sobre la situación actual del Sistema de Salud y si cree que existe una diferencia en el área urbana y el área rural?

El sistema de salud está bien, pero no es completo, hay deficiencias, pero ahora es un poco mejor que antes. No podemos menospreciar el Sistema de Salud, hay que exigir al gobierno en todos sus niveles que mejore la atención medica porque se sufre mucho. Y en el área rural es peor muchos no saben que es hospital, porque a veces no tienen plata para asistir o a veces es tan lejos que no pueden llegar y solo llegan al hospital cuando todo se está agravando.

2. ¿Desde su punto de vista es favorable o desfavorable la medicina tradicional ancestral en el cuidado de la salud?

Es favorable en todo sentido, porque la gente se cura también con esto ya sea en el campo o en la ciudad, siempre para un dolor se toma, pero tiene que ir de la mano con la medicina que se estudia en las universidades, tomar medicamento y mates.

3. ¿En su criterio la medicina tradicional que rol jugo antes de la pandemia del COVID-19 y durante la pandemia del COVID-19?

Rol muy importante porque como la enfermedad era desconocida y todos los hospitales saturados la gente se curaba según sus síntomas que tenía. Ha resultado efectivo porque mucha gente con eso ha combatido, pero también han tomado medicamentos por eso ambos tiene que ir de la mano la medicina universitaria y la medicina tradicional. Y peor en el área rural con eso nomas la gente se ha curado especialmente en la segunda ola.

4. ¿Considera usted que existe dificultad en la implementación de la medicina tradicional al Sistema de Salud?

Si estamos mal en el sistema de salud, peor en la implementación, aunque es muy necesario que se implemente la medicina tradicional, no podemos vivir aislados de lo que es la medicina tradicional, ni de la medicina que se estudia en la universidad.

5. ¿Cuál es su opinión de sobre implementar la medicina tradicional al sistema de salud de manera permanente y si hay un mecanismo jurídico en su opinión?

Es una buena iniciativa, se tiene la ley, pero no sé porque no se ha implementado aun en los hospitales y si se puede impulsar con una norma de mejor manera, sería ideal. El mecanismo para mi seria que todos participen en la implementación el gobierno nacional, departamental, municipal y la población.

6. ¿Qué opina usted a cerca de una ley interinstitucional y multiministerial, estableciendo funciones específicas para cada institución con el objetivo de lograr la articulación de la medicina tradicional al Sistema de Salud?

Perfecto porque de esa forma cada institución o ministerio va a jugar un rol específico y todos van a ir encaminados para que mejore el sistema de salud y que pueda ampliarse las alternativas para que la gente tenga más seguridad a la hora de ir al hospital.

7. ¿Cree usted que la articulación de la medicina tradicional y el Sistema de Salud boliviano puede ser beneficioso para la población?

Si, porque de esa forma la gente que no puede asistir ahora a los hospitales pues van a ir, le aseguro que desde los niños hasta los más mayores van a tener mejor salud y ellos mismos se van a sentir más saludables, porque tenemos que entender que en el tema de la salud no solo es estar bien físicamente sino emocionalmente y todos los factores del ser humano.

8. ¿Qué opinión tiene sobre la entrevista realizada y que temas adicionales propondría sobre la temática en cuestión?

Agradezco la entrevista y apoyo totalmente el proyecto normativo y desde donde este mi persona va coadyuvar para que se materialice en la asamblea este proyecto que va beneficiar para la salud de todos.

5.3. Diseño de la investigación

5.3.1. Técnicas.

La encuesta se aplicó a la población seleccionada, el cuestionario estaba conformado por preguntas predeterminadas, las cuales previamente fueron aprobadas por entendidos en la temática.

5.3.2. Instrumentos.

El instrumento empleado es el cuestionario consta de 8 preguntas cerradas y semiabiertas que tienen como fin recolectar información para posteriormente clasificarla y sistematizarla para lograr la comprobación de la hipótesis planteada.

5.4. Determinación de la población

La población “es un conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación” (Catari Yujra & Catari Yujra , 2019). En base a ello la población elegida para el presente trabajo está conformada por las personas habitantes de la localidad de Copacabana la misma está conformada por 15.374⁶⁸ habitantes según datos estadísticos del Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural.

Este trabajo de campo permitió conocer cuál la percepción de los encuestados respecto al tema abordado, para encontrar luego afinidades y discrepancias en las opiniones o respuestas. Se hace notar que los miembros de esta población expresan una opinión, reflexiones, juicios de valor y sugerencias que en la presente investigación tienen un valor significativo.

5.4.1. Muestra.

La muestra será extraída mediante fórmula estadística a partir de la aplicación de la formula normal Z estándar.

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{(N - 1)E^2 + (Z^2 * P * Q)}$$

Z (Factor de confianza) al 95% = 1,96

e (Margen de error) de 5% = 0,05

p (Varianza de la proporción) de 50% = 0,50

q (Varianza de la proporción) de 50% = 0,50

N (Población o universo) = 15.374

n (Muestra de la población) = **191**

⁶⁸ Véase en Informe de Dirección General de Análisis Productivo del Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural *Informe Estadístico del Municipio de Copacabana 2020*.

A través de la sustitución de datos se tiene como resultado **n = 191**, por lo que a esa población se aplicó el cuestionario.

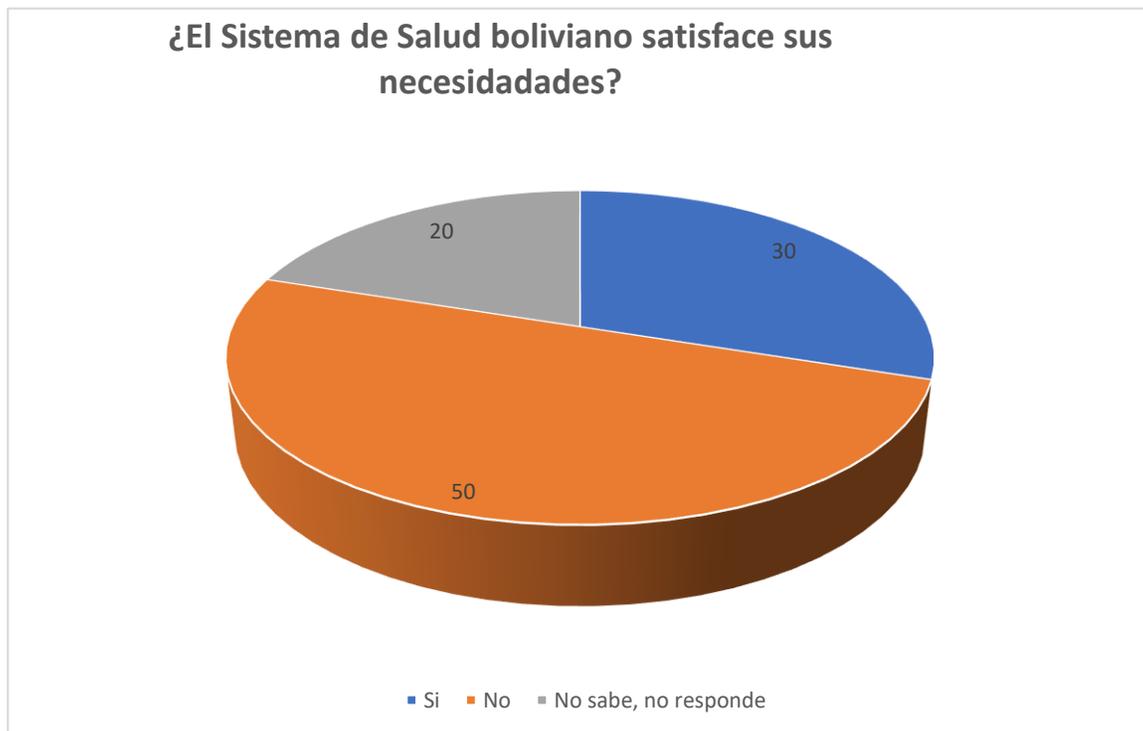
5.4.2. Descripción de los resultados.

Las encuestas cerradas y semi abiertas planteadas, como instrumento principal de recolección de información, han permitido en primer término recolectar la información, posteriormente clasificarla y sistematizar sus conclusiones.

Cuestionario dirigido a la población del municipio de Copacabana, misma que se realizó a 191 personas.

5.5. Resultados de la encuesta

5.5.1. 1ra. Pregunta

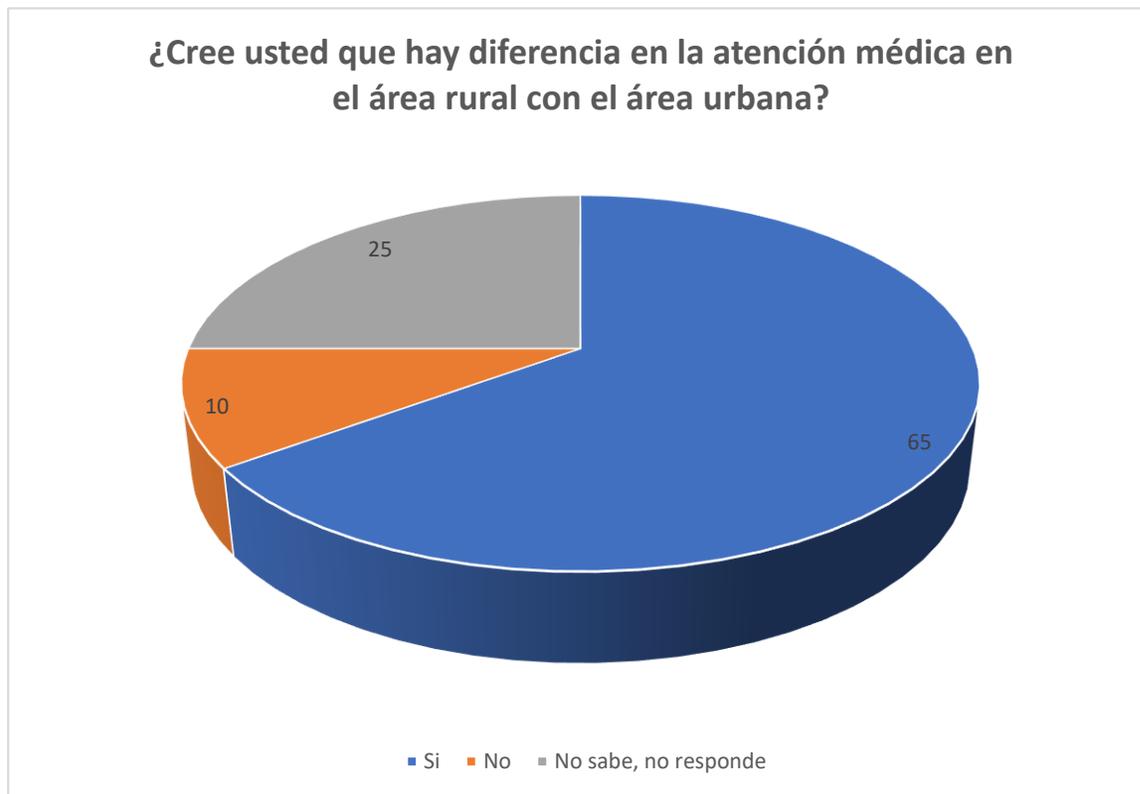


Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la primera pregunta, relacionada a la satisfacción del Sistema de Salud boliviano, la población encuestada respondió en un 50% correspondiente a 95 personas que el Sistema de Salud no satisface sus necesidades, un 30% de estas que equivale a 57 personas, no saben o no respondieron esta pregunta y un 20% que equivale a 38 personas respondieron que si satisface sus

necesidades. Entre los justificativos de su respuesta, a la insatisfacción del Sistema de Salud, se tiene: el alto costo de los medicamentos que son parte de la receta, o que muchas veces la población tiene que acudir al centro de salud repetidas veces sin que se le dé un diagnóstico a consecuencia de eso se da el hecho de que los pobladores del municipio de Copacabana ya no acudan más a las consultas. En lo que respecta a la satisfacción de sus necesidades refieren que si son bien atendidos y oportunamente en el centro de salud. Los que no respondieron indicaron que no acuden a un centro de salud que prefieren la medicina tradicional.

5.5.2. 2da. pregunta

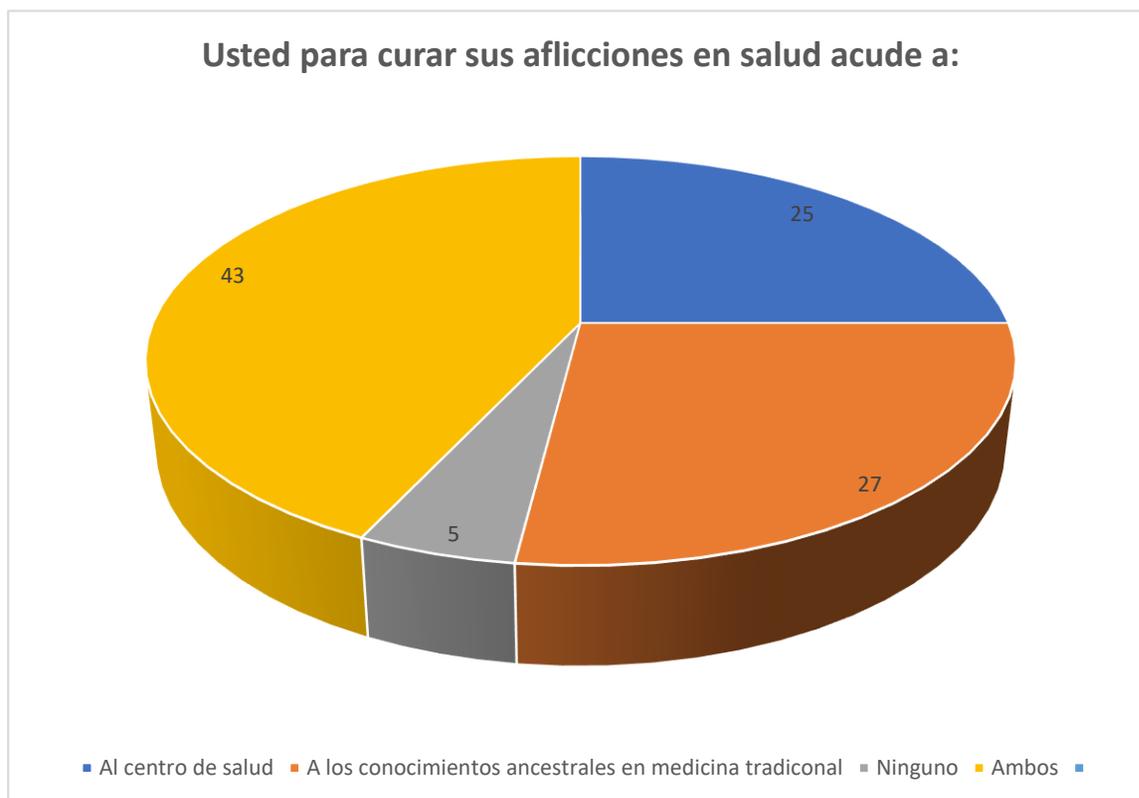


Fuente: Elaboración propia

La segunda pregunta relacionada a la percepción que tiene la población sobre si existe o no diferencia en la atención medica entre el área urbana y área rural, la población encuestada respondió en un 65% equivalente a 124 personas respondió que, si existe diferencia, un 25% correspondiente a 47 personas, no saben o no respondieron esta pregunta y un 10% que son 19 personas respondieron que no existe diferencia. Entre la percepción que tiene la población encuestada sobre la existencia de diferencia, tiene que ver con el equipamiento, según la percepción de los

encuestados los centros de salud del área urbana estarían mejor equipados que los del área rural, y por ende también tendrían más personal y porque no decir más capacitado. En lo que refiere a quienes indican que no hay diferencia dicen que en el área urbana hacían filas y en el área rural no realizan las mismas. Los que no saben o no respondieron indicaron que no acuden a un centro de salud que prefieren la medicina tradicional.

5.5.3. 3ra. Pregunta

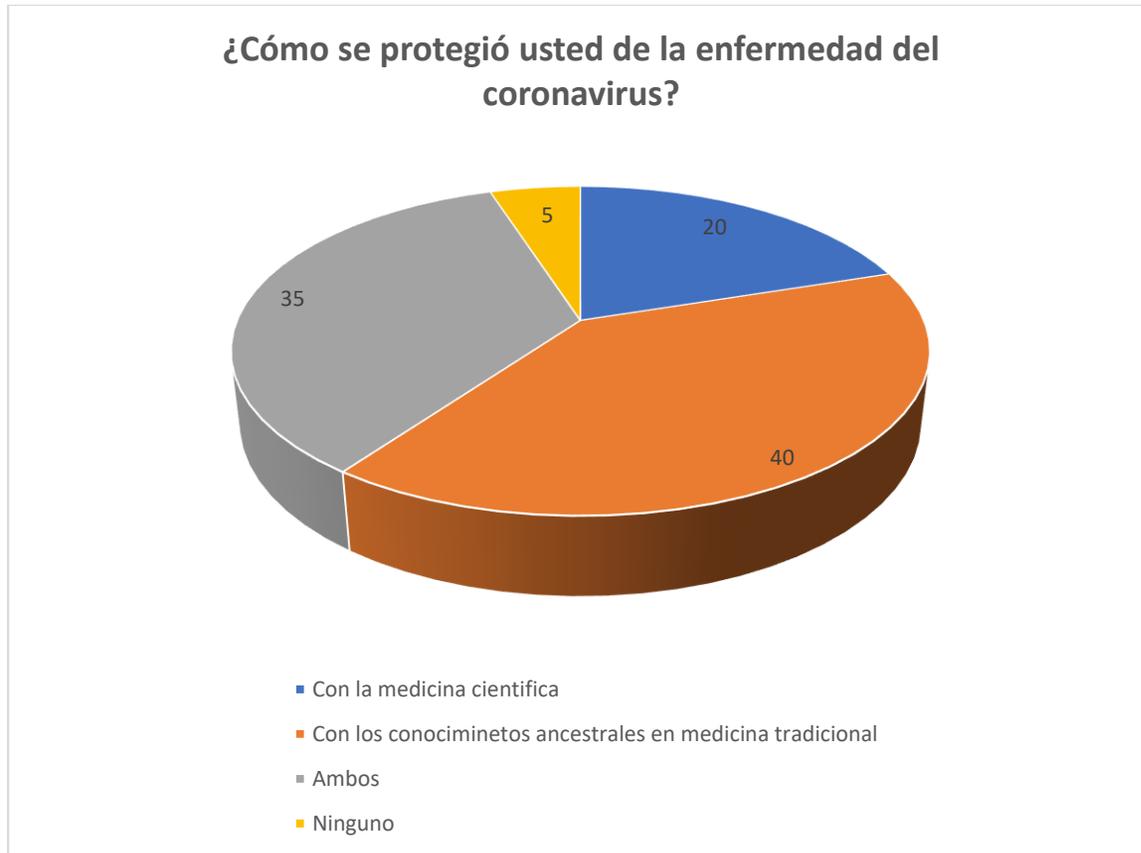


Fuente: Elaboración propia

De la tercera pregunta, que tiene que ver con la curación de las afecciones a donde acude la población, realizada la encuesta un 43% que equivale a 82 personas indicaron que a ambos (centro de salud y MT) indicando que acompañan la receta médica con mates, parches naturales a base de plantas, vapores etc. Un 27% que corresponde a 51 personas respondió que acuden a los conocimientos ancestrales en medicina tradicional, debido a que siempre acudieron a lo natural y que así se mantienen bien. El 25% que corresponde a 48 personas señaló que acude al centro de salud, debido a que confían más en la medicina clínica. El 5% equivalente a 10 personas indicaron

que no acuden a ninguno debido a que ellos solo controlan su alimentación y no tuvieron necesidad de acudir a ninguno.

5.5.4. 4ta. Pregunta



Fuente: Elaboración propia

De la cuarta pregunta, relacionada a como la población se protegió de la enfermedad del coronavirus, a la encuesta respondieron un 40% que corresponde a 76 personas que se protegieron con los conocimientos ancestrales en medicina ancestral, porque a falta de medicamentos o porque los mismos eran muy caros tuvieron que acudir a la medicina tradicional, es así que se guiaron por los síntomas, la comunicación entre pobladores fue fundamental porque se comunicaban como aliviaban sus dolencias y a partir de esa información preferían usar la MT. El 35% que equivale a 67 personas indica que realizó una combinación de la MT y la MC, indicando que consumían medicamentos automedicados, sumándole a ello mates, vapores de hierbas naturales. El 20% que tiene que ver con 38 personas señala que acudió a lo que es la medicina científica, algunos por la confianza que le tienen y otros por la gravedad del hecho, ya que habían sido afectados

agresivamente por el COVID-19. El 5% que son 10 personas indico que no acudió a ninguno indicando que la enfermedad no existe o por su creencia religiosa prefirieron apelar a su fe.

5.5.5. 5ta. Pregunta

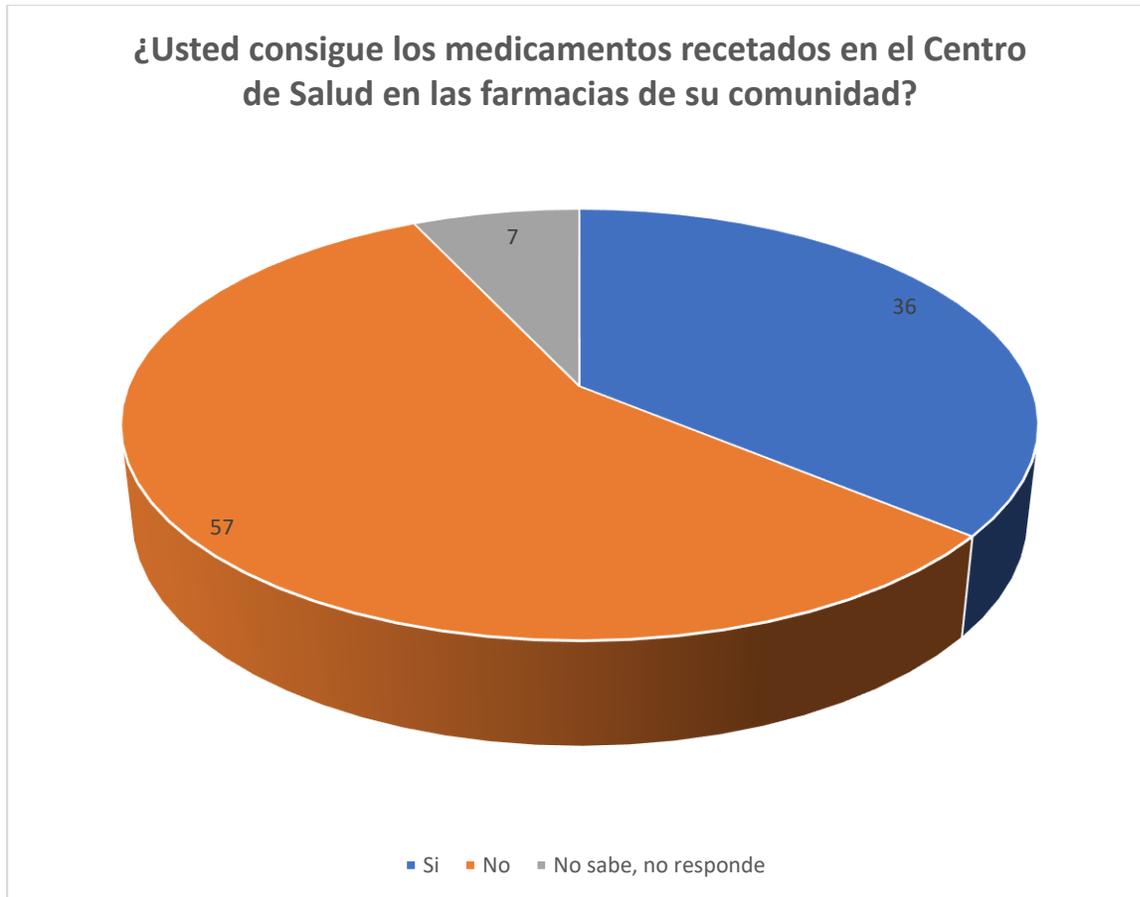


Fuente: Elaboración propia

De la quinta pregunta, en la que se consultó a la población si quisiera tener una alternativa de ser atendido además de la medicina científica también con la medicina tradicional. Realizada la encuesta el 75 % que corresponde a 143 personas indico que estaría de acuerdo, justificando su deseo en la seguridad que se tendría a la hora de ir a un centro de salud, además que de alguna u otra forma se lograría entender sus creencias, miedos, dudas y que con las dos medicinas combinadas se prevendría más enfermedades a tiempo. El 20% de los encuestados que equivale a 38 personas respondió que no le gustaría debido a que se cree que tomando algún producto de la MT entorpecería su tratamiento. El 5% que son 10 personas indico prefirió no responder, sosteniendo que no se daría tal articulación, porque siempre va existir esa discriminación para los

indígenas y si se da, va a ser un área abandonada del hospital, ya que los que administran el hospital harán más propaganda por los médicos de las universidades.

5.5.6. 6ta. Pregunta



Fuente: Elaboración propia

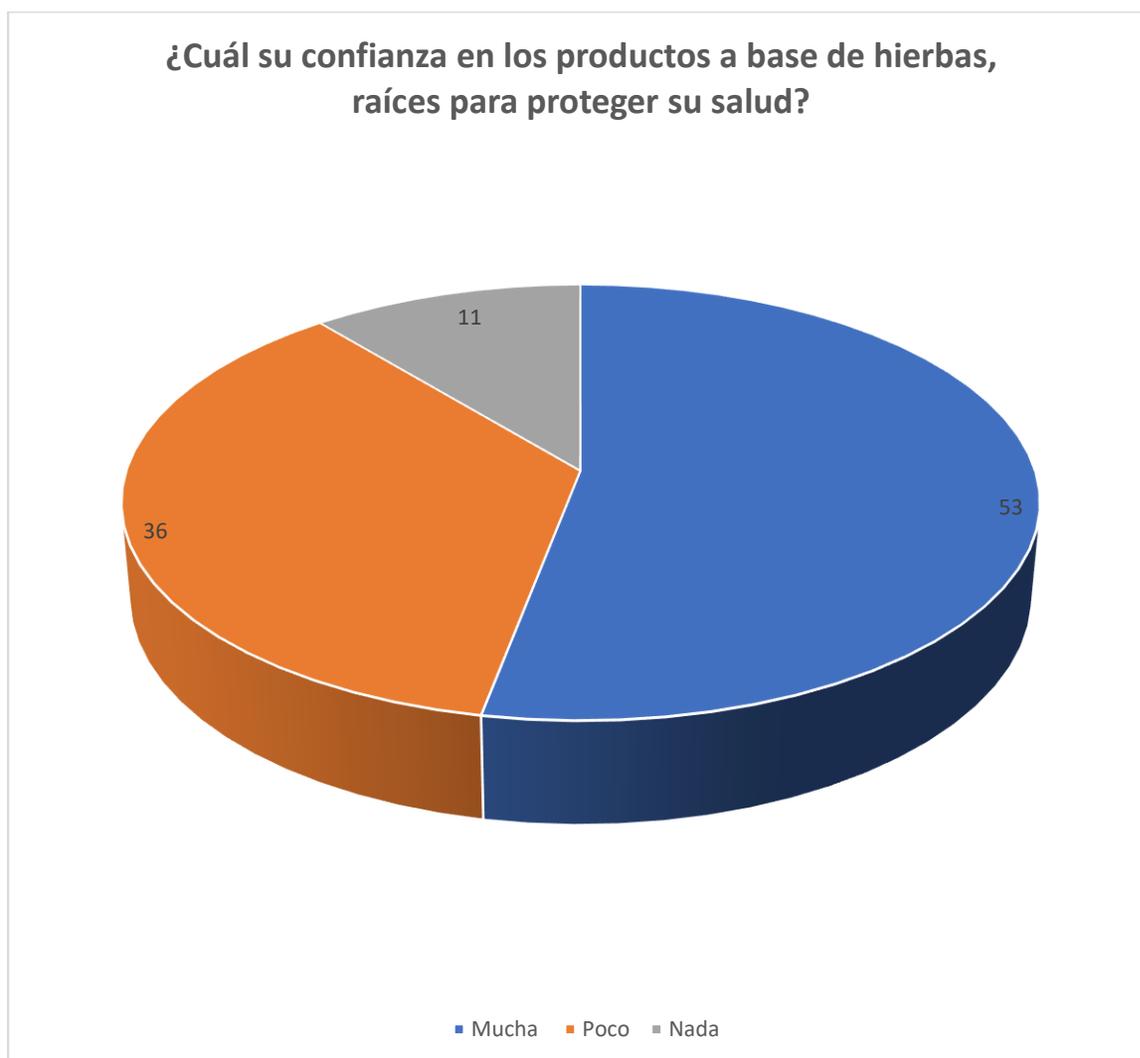
La sexta pregunta, tiene que ver con la accesibilidad a los medicamentos recetados en un centro de salud. El 57 % que son 109 personas prefirió responder no, entendiendo que si era un medicamento básico por así decirlo se encontraba, pero inyecciones o medicamentos más fuertes no hay y si había era muy caro. El 36% que equivale a 69 personas respondió sí, pero resalto que les toco comprar medicamentos más comerciales, afirmaron que otros no hay pero que tampoco les toco tener que comprar. El 7% correspondiente a 13 personas sostuvo que no sabe, no responde porque ni porsiacaso intento adquirir, indicando que el medicamento hace daño.



Fuente: Elaboración propia

La sexta pregunta, por el contenido de la fundamentación de las respuestas se tuvo que dividir en dos partes y esta segunda parte tiene que ver con la reacción que la población decide asumir al no encontrar los medicamentos recetados en las farmacias de su comunidad y por la ubicación geográfica de nuestra población Copacabana se realizó una encuesta lo más adecuada posible con los siguientes resultados: El 45% que corresponde a 86 personas afirmo que para conseguir la receta se transporta hasta el vecino país del Perú entendiendo que sería más cerca que ir a la ciudad de La Paz. El 38% que tiene que ver con 73 personas indico que prefiere viajar a la ciudad de La Paz, debido a que tendría más seguridad de encontrar los medicamentos, y su viaje no sería en vano. El 17% que equivale a 32 personas indico que abandona la receta y prefiere acudir a la MT porque en las farmacias de su comunidad le dicen que ese medicamento que busca llegaría a tener un alto costo y cubrir un monto alto no estaría dentro de sus posibilidades económicas.

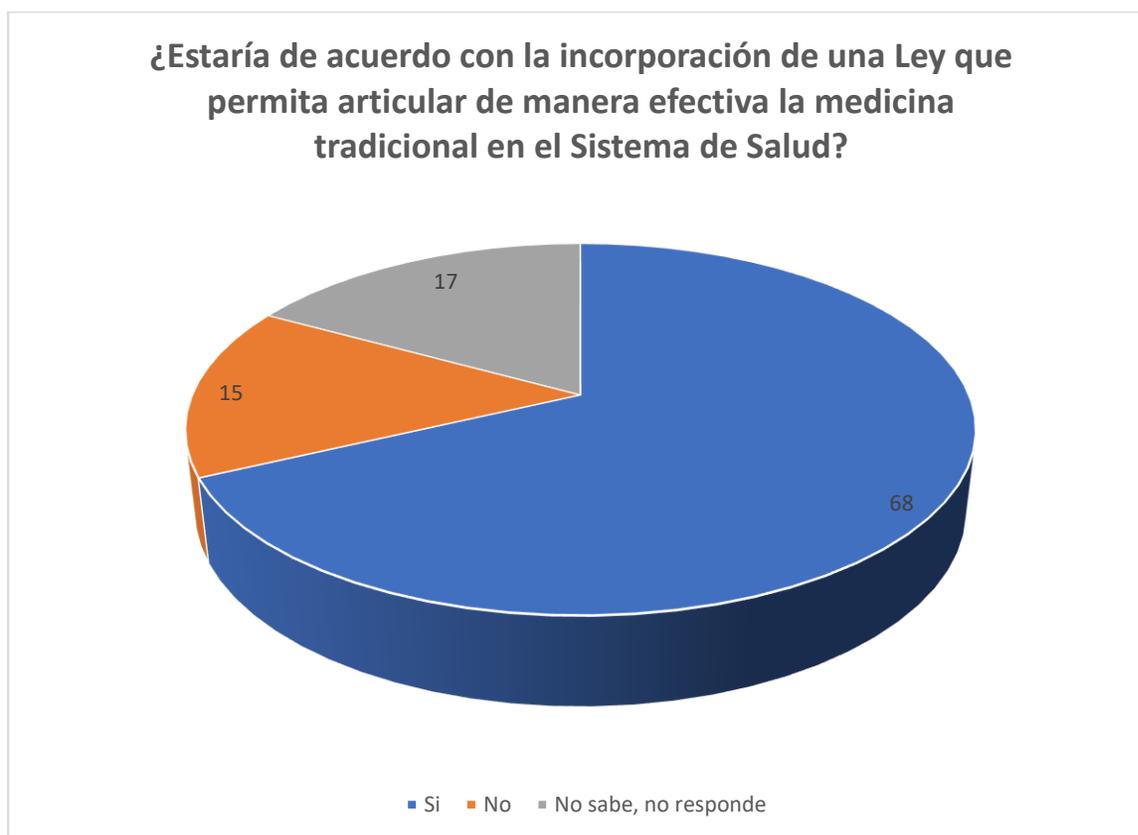
5.5.7. 7ma . Pregunta



Fuente: Elaboración propia

La séptima pregunta, tiene que ver con la confianza que la población tiene con los productos de la medicina tradicional. El 53% que consta de 101 personas afirmo que tiene confianza en los productos de la medicina tradicional. El 36% que corresponde a 69 personas indico que confía poco, es decir que su confianza en los productos de la medicina tradicional va en el sentido de una necesidad de combinar los productos de la medicina tradicional con los productos de la medicina científica. El 11% que son 21 personas indico que no confía nada en los productos de la medicina tradicional, prefieren los de la medicina científica.

5.5.8. 8va. Pregunta



Fuente: Elaboración propia

La octava pregunta, tiene que ver con la incorporación de una ley que permita articular de manera efectiva la medicina tradicional con el sistema de salud teniendo los siguientes resultados: El 68% que corresponde a 130 personas afirmo estar de acuerdo con una normativa específica, ya que la misma sería necesaria entendiendo que las autoridades tienen la obligación de cumplir lo que establezca la ley. El 15% que son 29 personas señalan que no están de acuerdo, que lo que se debería buscar es mejorar el Sistema de Salud actual. El 17% que tiene que ver con 32 personas no respondió, justificaron ese hecho indicando no saber de leyes, además de considerar que muchas veces las autoridades tienen otros intereses o prioridades.

Capítulo VI

PROPUESTA JURIDICA

“El derecho es una de las profesiones que cura. Mientras la medicina sana el cuerpo, y la religión el espíritu, la ley cura las grietas de la sociedad”

Steven Keeva

ANTEPROYECTO DE LEY No 001

LUIS ALBERTO ARCE CATACTORA

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Por cuanto, la Asamblea Legislativa Plurinacional, ha sancionado la siguiente Ley:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL,

D E C R E T A:

**LEY DE PARTICIPACION INTERINSTITUCIONAL Y MULTIMINISTERIAL PARA LA
ARTICULACION DE LA MEDICINA TRADICIONAL AL PRIMER NIVEL DEL SISTEMA
DE SALUD**

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1.- (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto establecer una participación multiministerial e interinstitucional a efectos de efectivizar la articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud para lograr una salud universal, intercultural, integral para todos y todas las bolivianas y bolivianos.

ARTÍCULO 2.- (FINALIDAD). La presente Ley tiene por finalidad contribuir en la implementación de la medicina tradicional para una efectiva atención, en los centros de salud de Primer Nivel a fin de identificar afecciones en salud para tratarlos oportunamente.

ARTÍCULO 3.- (AMBITO DE APLICACION). Las disposiciones establecidas en la presente ley, tienen su aplicación en todo el territorio nacional y es de cumplimiento obligatorio por todos los niveles del estado: nacional, departamental, municipal y las autonomías indígenas originarias campesinas.

CAPÍTULO II

**CONSEJO PARA LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL PRIMER
NIVEL DEL SISTEMA DE SALUD**

ARTÍCULO 4.- (CONSEJO PARA LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL PRIMER NIVEL DEL SISTEMA DE SALUD). Se crea el Consejo para la articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud, conformado por los siguientes ministerios:

- Ministerio de Salud y Deportes.
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.
- Ministerio de la Presidencia.
- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.
- Ministerio de Culturas, Descolonización y Despatriarcalización.
- Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras.
- Ministerio de Medio Ambiente y Agua.

ARTÍCULO 5.- (FUNCIONES DEL CONSEJO PARA LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL PRIMER NIVEL DEL SISTEMA DE SALUD) I. Son funciones del Consejo para la articulación de la medicina tradicional en el primer nivel del sistema de salud:

1. Elaborar y coordinar estrategias destinadas al cumplimiento del objeto de la presente Ley, en el marco de las políticas definidas por el Estado.
2. Aprobar la ejecución de planes de acción para el cumplimiento de la presente Ley.
3. Coordinar la ejecución de planes de acción con las entidades involucradas, a través de los ministerios cabeza de sector, gobiernos autónomos municipales y gobiernos autónomos departamentales.
4. Requerir la información necesaria a las entidades públicas y privadas para el cumplimiento de sus fines y administrarla en el marco de lo establecido en la Constitución Política del Estado.
5. Informar al Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia sobre las acciones implementadas y sus resultados.
6. Identificar y priorizar la ejecución de la articulación de la medicina tradicional en los centros de salud de Primer Nivel.

II. El Consejo será convocado por el Ministro o Ministra de Salud, periódicamente.

ARTÍCULO 6.- (RECURSOS FINANCIEROS). Para el cumplimiento de los planes de acción establecidos por el consejo para la articulación de la medicina tradicional en el primer nivel del sistema de salud, el Tesoro General de la Nación – TGN, podrá asignar los recursos necesarios de acuerdo a disponibilidad financiera.

CAPÍTULO III

ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL

ARTÍCULO 7.- (ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL). I. Las entidades públicas vinculadas directa o indirectamente a los objetivos de la presente Ley, sin perjuicio del ejercicio de las competencias y atribuciones establecidas en sus normas específicas, ejecutarán los planes de acción definidos por el Consejo para la articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud.

II. Las entidades públicas requeridas por el Consejo para la articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud, deberán priorizar la ejecución de las actividades asignadas en los planes de acción definidos por dicho consejo.

III. Las entidades públicas referidas, remitirán al Consejo para la articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud, la información requerida para el cumplimiento de lo establecido en la presente ley.

CAPÍTULO IV

FUNCIONES DE LAS INSTITUCIONES PARTICIPES

ARTÍCULO 8.- (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES). Establecerá los mecanismos necesarios para sustentar la estructura normativa y operativa para la articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud previendo las características de culturales de cada región.

ARTÍCULO 9.- (MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS). Definirá la programación financiera de los recursos necesarios para implementar la articulación.

ARTÍCULO 10.- (MINISTERIO DE EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA). En coordinación con el Ministerio de Salud promoverá políticas públicas relacionadas al proceso de enseñanza – aprendizaje en salud intercultural, revalorizando la importancia de la medicina tradicional.

ARTÍCULO 11.- (MINISTERIO DE CULTURAS, DESCOLONIZACION Y DESPATRIARCALIZACION). Promoverá políticas de recopilación de datos sobre los productos de la medicina tradicional que existen hasta la fecha, realizando una categorización en función de las enfermedades para las que se utiliza.

ARTÍCULO 12.- (MINISTERIO DE DESARROLLO RURAL Y TIERRAS). Establecerá políticas que promuevan la existencia de biodiversidad y conservación de las plantas medicinales dentro el territorio boliviano.

ARTÍCULO 13.- (MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE Y AGUAS). Establecerá políticas que promuevan la protección, cuidado del medio ambiente para que las plantas, raíces, frutos que son la base de los productos de la medicina tradicional no se extingan.

ARTÍCULO 14.- (VICEMINISTERIO DE COMUNICACION). Informará a la población sobre las políticas que se están implementando en lo referente a la articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud.

ARTÍCULO 15.- (DE LOS GOBIERNOS DEPARTAMENTALES). En función de sus atribuciones deberán adecuar sus políticas al cumplimiento del objetivo de la presente ley.

ARTICULO 16.- (DE LOS GOBIERNOS MUNICIPALES). En función de sus atribuciones establecidas en la ley, coadyuvaran en la efectivización de la articulación propuesta.

ARTÍCULO 17.- (DE LOS PUEBLOS INDIGENA ORIGINARIO CAMPESINOS). Promoverán, informaran y coadyuvaran en la consecución del objetivo de la presente ley.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

UNICA. La presente ley será reglamentada por el Órgano Ejecutivo, por el Ministerio de Salud y Deportes mediante Decreto Supremo, en un plazo máximo de (90) días hábiles, computables a partir de la publicación en la Gaceta Oficial de Bolivia

DISPOSICIÓN FINAL

UNICA Los modelos de utilidad sobre las plantas utilizados con fines medicinales, serna registrados en una norma especial.

DISPOSICION DEROGATORIA Y ABROGATORIA

UNICA Quedan derogadas y abrogadas todas las disposiciones contrarias a la presente Ley.

Remítase al Órgano Ejecutivo, para fines Constitucionales.

Es dada en la Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional, a los 17 días del mes de octubre de dos mil veintidós años.

Fdo. Senador, Senadora, Diputado, Diputado,

Por tanto, la promulgo para que se tenga y cumpla como Ley del Estado Plurinacional de Bolivia.

Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los veintiséis días del mes de octubre del año dos mil veintidós.

FDO. LUIS ALBERTO ARCE CATACTORA Presidente Constitucional de Estado Plurinacional de Bolivia, Fdo. Ministros y Ministras

Capítulo VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos en cada uno de los capítulos de esta investigación (Antecedentes históricos, Marco teórico, Fundamentos conceptuales, Marco jurídico, Análisis de datos obtenidos y Propuesta jurídica), se fue en forma sistémica, examinando la consecución de los objetivos (General y Específicos), e Hipótesis, trazados por la tesis, para la realización completa del estudio.

1. De los objetivos específicos.

Analizar de qué manera se ha manifestado el desarrollo histórico normativo de la medicina tradicional en Bolivia y su efecto en el cuidado de la salud.

Respecto a este objetivo se realizó un estudio detallado de análisis del desarrollo histórico de la medicina tradicional en el ámbito nacional e internacional demostrando que en el periodo precolonial los conocimientos ancestrales en MT comenzaron a ser practicados por una necesidad de sobrevivencia y de acuerdo a lo que establecían los usos y costumbres en cada cultura. En lo que concierne al periodo colonial se vivió una época de disminución en cuanto al uso público de la MT, siendo que se lo hacía por urgente necesidad, más sin embargo se tiene vestigios que el conocimiento ancestral también hubiese sido comprendido y aprendido por los españoles que detentaban en su momento el control político administrativo de nuestro territorio, pese a la eficacia que demostraba la MT en esas etapas de la historia no hubo positivización al respecto.

En la época de la república se tienen indicios normativos que permiten específicamente la práctica de la medicina tradicional, es decir es evidente el progreso de haber un simple uso con motivo de sobrevivencia o costumbre se pasa a para conformar la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional SOBOMETRA en 1979 y permitir normas y reglamentos que de a poco promueven el uso de la medicina tradicional.

Ya con el Estado Plurinacional se profundiza más en el reconocimiento, valoración, normativización de la MT llegando a promulgar la Ley 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana para el año 2013 y permitiendo que la población tenga más información acerca de las propiedades curativas de las plantas. Es preciso rescatar que tanto a nivel nacional e internacional específicamente en el sector Latinoamericano la población premeditadamente entiende que la medicina tradicional sería de uso exclusivo rural, lo que no pasa en los países asiáticos más

propriadamente China quien ha exportado sus conocimientos ancestrales que son practicados en gran parte del mundo.

Identificar cual es el tratamiento normativo que se ha estructurado en los Organismos Internacionales y en legislación extranjera con respecto a la incorporación de la medicina tradicional al sistema de salud y los resultados de dichas normativas.

Habiendo analizado los documentos emitidos por los distintos organismos internacionales, la OMS en particular destaca la práctica de la MT y su labor por combatir y prevenir de las enfermedades, asimismo, promueve la integración de la MT en los diferentes sistemas de salud, disponiendo su colaboración a los diferentes estados. En el caso de la CIDH se resalta las Resoluciones durante la pandemia del COVID-19 en las mismas promueven la utilización de la MT como elemento fundamental de prevención y curación en la epidemia. La documentación de ambas instituciones fue fundamental a momento de realizar la propuesta normativa.

Como se puede apreciar en el capítulo IV de la presente investigación, el estudio de la legislación extranjera a través del método de derecho comparado estableció que hay un desarrollo primario en lo que se refiere a la medicina tradicional, promoviéndolo de apoco, más sin embargo se denota también que el uso por parte de la población es frecuente. Se debe destacar que Suiza es la legislación más avanzada en medicina tradicional ya que además de reconocer en su constitución también reconoce las prácticas ancestrales en sus diferentes seguros médicos. Este estudio comparativo proporciono resultados que fueron fundamentales en la realización de la propuesta del Anteproyecto de Ley.

Podemos señalar la consecución integra de este objetivo específico.

Explicar cuál es el criterio sociocultural que permite la vigencia de la medicina tradicional hasta la actualidad.

En la parte de antecedentes históricos, teórico y práctico se detalla la importancia de la medicina tradicional y a que se debe la vigencia de la misma, se fundamenta en los aspectos culturales de que los conocimientos ancestrales en medicina tradicional comenzaron a usarse con un objetivo de sobrevivencia, posterior a ello dada la efectividad que la misma tenía en la curación y prevención de enfermedades, la misma fue transmitida de generación en generación, haciendo que la MT sea considerada un patrimonio de las comunidades (cura del kari Kari propia del municipio de

Achacachi). El desarrollo de la medicina tradicional tiene como fundamentos en el aspecto de que forma parte de la tradición, es decir que en las comunidades para aliviar las enfermedades respiratorias se usa el eucalipto, la huirá huirá, para la gastritis el zumo de papa. En ese contexto por una tradición ante cualquier síntoma lo primero que se hace es acudir a la MT puesto que muchas veces es complejo el acudir a un centro de salud. Ahora bien, la reciente pandemia del COVID-19, puso más vigente de lo que estaba la MT siendo que la mayoría de la población del área rural tuvo a bien curarse y protegerse con los conocimientos ancestrales en medicina tradicional.

2. Del objetivo general.

En el diseño de la investigación, se planteó como fin último: “PROPONER UN ANTEPROYECTO DE LEY DE PARTICIPACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y MULTIMINISTERIAL QUE PERMITA DE FORMA EFECTIVA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL AL SISTEMA DE SALUD EN SU PRIMER NIVEL”

Habiendo cumplido todos los objetivos específicos de esta tesis, desarrollados en los precedentes capítulos, planteamos en nuestro Marco Propositivo un Anteproyecto de Ley, que consta de 17 artículos, disposición transitoria y disposición final y disposiciones abrogatorias y derogatorias, en las cuales se plasma todo el Marco Teórico y Práctico de la investigación.

3. De la hipótesis.

“La incorporación de una norma jurídica que establezca la participación interinstitucional y multiministerial, permitirá una efectiva aplicación de la Ley No. 459, en cuanto al cumplimiento del objetivo de articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana en el sistema de salud.”

Se llegó al entendimiento en los capítulos precedentes de que la articulación de la medicina tradicional en el Primer Nivel del Sistema de Salud resultaría positiva, puesto que coadyuvaría en la prevención y mejor rehabilitación, asimismo, generaría mayor confianza de parte de la población en el Sistema de Salud. comprobando la hipótesis de la misma manera, los estudios realizados en el trabajo de campo validaron la hipótesis planteada al considerar que la población sentiría más satisfacción al ser atendido por la medicina científica y la medicina tradicional demostrando de esa manera que una participación interinstitucional producirá que cada sector trabaje acorde a sus

funciones específicas lo cual generara una mejor eficacia al momento de materializar la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana en el Primer Nivel del Sistema de Salud.

RECOMENDACIONES

Después de haberse desarrollado la investigación de la presente tesis, se recomienda los siguientes puntos:

- A la Facultad de Derecho de la Universidad Mayor de San Andrés, incorporar la presente investigación como base bibliográfica para continuar con el estudio de la figura jurídica que permita la implementación de la medicina tradicional como factor preventivo.
- Para la positivización del anteproyecto de Ley propuesto, debe realizarse una amplia difusión de sus características y beneficios al pueblo boliviano.
- El anteproyecto, como fue sugerido por los expertos en la materia, debe contemplar una participación multiministerial.
- Realizar más trabajos investigativos de formas jurídicas que generen que la medicina tradicional deje de ser un servicio privado
- Que la presente propuesta normativa sea remitida ante la Asamblea Legislativa Plurinacional, para que sea considerado el proyecto de ley producto del trabajo de investigación realizado.

BIBLIOGRAFIA

Referencias

- Albo Corrons, X. (2004). Interculturalidad y salud. En *Salud e interculturalidad en America Latina* (págs. 65-74). La Paz: Producciones digitales Abya Yala .
- Alvarez Quispe, W. (2014). Medicinas tradicionales andinas y su despenalización: entrevista con Walter Alvarez Quispe. (C. B. Loza, Entrevistador)
- Alzamora Valdez, M. (1987). *Introducción a la ciencia del derecho*. Lima: Editorial y Distribuidora de Libros S.A. EDDILI.
- Ardila Jaimes , C. P. (2015). La medicina tradicional China en la prevención de la enfermedad. En *Rev. Ciencias de la Salud* (págs. 275-281).
- Bazurco Osorio , M., & Exeni Rodríguez, J. L. (2012). Bolivia: Justicia indígena en tiempos de plurinacionalidad. En B. De Sousa Santos, & J. L. Exeni Rodríguez, *Justicia indígena, plurinacionalidad e interculturalidad en Bolivia* (págs. 49-144). La Paz: Abya Yala.
- Bernabé Villodre, M. D. (2012). Pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad, conocimientos necesarios para la labor docente. En *Aportaciones arbitradas - Revista educativa hekademos* (págs. 67-76). Valencia.
- Bolivia, O. D. (2008). *Derechos Humanos y Políticas de Salud*. La Paz: Creart Impresiones.
- Campero Mendez, I. R. (2013). *Manual de técnica legislativa*. La Paz: ROTEMBOL IMPRESIONES GRAFICAS.
- Catari Yujra, R., & Catari Yujra , B. (2019). *Conviertete en un maestro de la investigación. Etapas para redactar monografías, tesinas y tesis*. La Paz: Grafica Singular S.R.L. .
- Centellas Castro, M. A. (2011). *Historia de Bolivia*. La Paz: Imprenta C&R.
- Comision Nacional de Derechos Humanos de Mexico. (2018). Aspectos basicos de Derechos Humanos. Ciudad de Mexico, Mexico.
- Da Silva, J. A. (2003). Aplicabilidad de las normas constitucionales.
- De Currea Lugo, V. (2005). *La salud como derecho humano*. Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Defensoria del Pueblo. (2019). *Informe Defensorial. Situación de los Centros Salud Integrales de primer Nivel en el marco del Sistema Nacional de Salud*. La Paz.
- Devoto Bazan, E. (2016). Apuntes para la elaboración de una historia de la medicina tradicional andina. En *Apuntes para la elaboración de una historia de la medicina tradicional andina* (págs. 79-116).
- Herrera Miller, K. M. (2015). *Descolonización e interculturalidad: Debates y propuestas para la construcción del estado plurinacional* . Consultora Fes.
- Huanca Ayaviri, F. (2014). *Análisis sociológico del derecho. Positivism Jurídico, Multiculturalismo, Pluralismo Jurídico y Derecho Indígena*. La Paz: El Original - San Jose.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas. (Octubre de 2020). Emergencia sanitaria por COVID-19. Mexico: Universidad Nacional Autónoma de Mexico.

- Junge, P. (2012). La medicina ayurveda en India contemporanea: conservando la identidad en un mundo transcultural. Buenos Aires.
- Laguna , O. (2013). Norma tecnica institucional de medicina tradicional en los establecimientos de la Caja Petrolera de Salud. La Paz, Bolivia.
- Layme Pairumani, F. (2004). Diccionario bilingüe aymara catellano, castellano aymara. Bolivia: Concejo Educativo Aymara (CEA).
- Leon Barua, R., & Berendson Seminario , R. (1996). Medicina teorica. Definición de la medicina y su relacion con la biologia. *Rev Med Hered* , 1-4.
- Linares Araiz, R., & Arranz Sanz, V. (2006). *Introduccion al conocimiento de los derechos humanos*.
- Lozada Pereira, B. (2019). *Cosmovision, historia y politica en Los Andes*. La Paz: Producciones CIMA.
- Mallea Rada, J. A., & Patzi Condori, I. L. (2019). *Teoria del Derecho. Notas para su estudio*. La Paz.
- Malo Gonzales , C. (2002). Cultura e interculturalidad. 1-4.
- Mamani Lopez, C., & Colque Arias , L. (2021). *Alimentos "inka' anti virus*. La Paz: Sociedad boliviana de escritores "SOBODE".
- Ministerio de Salud. (2020). Estrategia de vigilancia comunitaria activa, Plan de contencion, mitigacion y recuperacion post confianamiento en respuesta a la COVID-19. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2008). Documento Tecnico - Normativo. *Red Municipal de salud familiar comunitaria intercultural - Red municipal SAFCI y Red de servicios*. Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2009). Sistematizacion de experiencias del programa de apoyo al sector de la higiene y salud de base (PROHISABA) 2002-2008. La Paz, Bolivia: Imprenta Sagitario.
- Moreno Colomo, C. I., Moreno Valdivia, F. I., & Moreno Valdivia, A. E. (2013). *Estartegia metodologica*. El Alto: Bolivia.
- Navarro , P., & Moreso, J. J. (1996). Aplicabilidad y eficacia de las normas juridicas. En *Isonomia No. 5* (págs. 119-139).
- Negron Rospilloso, M. R. (2014). El impacto de la medicina tradicional en la politicas publicas de salud. La Paz, Bolivia.
- Nikken , P. (s.f.). El concepto de los Derechos Humanos. En I. I. Humanos, *Estudio de Derechos Humanos Tomo:1* (págs. 15-27).
- Noguera Fernandez, A. (2014). *La igualdad ante el fin del estado social: Propuestas constitucionales para construir una nueva igualdad*. Madrid: Ediciones Sequitur.
- Omonte Ferrufino, G. (2013). Propuesta de intervencion Aplicacion del enfoque de salud intercultural en los servicios de primer nivel Red 01 Trinidad 2013 - SEDES Beni . Santa Cruz.
- Organizacion Mundial de la Salud. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*.

- Organizacion Mundial de la Salud. (31 de Marzo de 2003). *Medicina tradicional*. Obtenido de file:///C:/Users/HP/Desktop/Marco%20Historico/sa5618%20med.%20tradi.pdf
- Organizacion Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2007). *La equidad en la mira: la salud publica en Ecuador durante las ultimas decadas*. Quito: Imprenta Nacion.
- Ossorio, M., & Cabanellas De Las Cuevas, G. (2008). *Diccionario de ciencias juridicas, politicas y sociales - 31 ed.* Buenos Aires, Argentina: Heliasta S.R.L.
- Otero, G. A. (1991). *La piedra magica*. La Paz: Juventud.
- Panamericana, O. S. (1984). *Medicina tradicional en Mexico. Boletin de la oficina sanitaria Panamericana*, 360-364.
- Peña Chacon, M. (2016). *El camino hacia la efectividad del derecho ambiental*. San Jose: Unitec.
- Pinto Barrero, M. I. (2012). *Integracion de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia*.
- Poole, D. (2008). Bien comun y derechos humanos. En *Los derechos humanos en la era de la interculturalidad* (págs. 97-134). MEC.
- Pozo, H. (2017). *Apuntes de seminario*.
- Ramirez Hita, S. (2014). Aspectos interculturales de la reforma del Sistema de Salud en Bolivia. *REV PERU MED EXP SALUD PUBLICA*, 762-768.
- Rios Ramirez , R. R. (2017). *Metodologia para la investigación y redaccion*. Malaga: Servicios Academicos Intercontinentales S.L. .
- Rivera Soto, A. M., Aldana Quintero, H. A., Bazan Miranda, G., & Weber Chulia, N. (2019). Marco normativo de la medicina complementaria. 27-35.
- Rocabado Imaña, E. (2021). *Contribucion etnografica para comprender la medicina tradicional en relacion al cancer*. La Paz: Impresion propia.
- Rocabado Tubert, M. C. (2017). *Constitucionalismo comunitario. Epistemologia juridica emergente de la nueva Constitucion Politica del Estado*. La Paz: Grafica Book.
- Rosso Morales , H. (2013). *Introduccion a las politicas publicas*. La Paz: MILUZ Impresiones graficas.
- Salazar Tetzaguic, M. D. (2009). *Multiculturalidad e interculturalidad en el ambito educativo*. San Jose, Costa Rica: Editorama S.A. .
- Salazar Tetzaguic, M. D. (2009). *Multiculturalidad e interculturalidad en el ambito educativo experiencias de paises latinoamericanos*. Costa Rica: Editorama S.A.
- Salazar, Y. (26 de febrero de 2022). *Medicina tradicional, legado ancestral que ayuda contra la covid en Bolivia* .
- Saz, P. (1996). *Medicina naturista*. En *Natura Medicatrix n. 43* (págs. 5-10).
- Usquiano Quispe, E. (2018). *Manual para la elaboracion y presentacion de trabajos de investigación*. El Alto: Producciones Multigraf.

Vargas Arebalo , C. (2007). Analisis de las politicas publicas perspectivas. 127-136.

Vargas Flores, A. (2017). *Introduccion a la teoria general del derecho y pluralismo juridico*. La Paz: El Original - San Jose.

Vidaurre de la Riva, P. J. (2006). *Plantas medicinales en los Andes de Bolivia*. La Paz: Universidad Mayor de San Andres.

Witker, J. (1991). *Como elaborar una tesis en derecho*. Madrid: Civitas. S.A.

Witker, J. (1996). *Tecnicas de investigacion juridica*. Mexico: Avelar Editores e Impresores, S.A.

Normativa

GACETA OFICIAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. Constitución Política Del Estado Plurinacional, 7 de febrero de 2009, La Paz, Bolivia.

GACETA OFICIAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. Ley N°459, de 19 de diciembre de 2013, Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

GACETA OFICIAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. LEY N°031 de 19 de julio de 2012, Ley marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”

GACETA OFICIAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. LEY N°300 de 15 de octubre de 2012, Ley Marco de la Madre Tierra y Desarrollo Integral para Vivir Bien.

GACETA OFICIAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. LEY N°450 de 04 de diciembre de 2013, Ley de protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios en situación de Alta Vulnerabilidad.

GACETA OFICIAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. LEY N°1152 de 20 de febrero de 2019, Ley Modificatoria a la Ley No. 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, Modificada por Ley No. 1069 de 28 de mayo de 2018 “Hacia el sistema Único de Salud Universal y Gratuito”.

GACETA OFICIAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA. LEY N°1293 de 01 de abril de 2020, Ley para la Prevención, Contención y Tratamiento de la Infección por el Coronavirus (COVID-19).

ANEXOS