

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICION, ENFERMERIA y TECNOLOGIA
MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD



**Percepción de la satisfacción de los/las usuarias acerca de la
aplicación de procesos de interculturalidad dentro el nuevo
modelo SAFCI en el P.S. Sanandita, Yacuiba – Tarija, Agosto**

2011

PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
INTERCULTURALIDAD Y SALUD

PROPONENTE : DRA. JAQUELINE LIZARAZU BUTRON
DOCENTE : DR. CARLOS TAMAYO CABALLERO

Yacuiba-Tarija-Bolivia
2011

Dedicatoria:

A Dios por permitirme realizar este posgrado, a mi esposo Roger, mis hijos Rogerito y María Fernandita por el apoyo incondicional que me brindaron durante la realización de la especialidad.

Agradecimientos

A los docentes por la enseñanza que nos brindaron.

Esta formación fue gracias al apoyo financiero de la

Agencia Española de Cooperación para el

Desarrollo –AECID- La Cooperación Belga.

Al personal que trabaja junto conmigo por el apoyo
brindado.

INDICE

Capítulo I	Página
1. Título	1
1.1 Introducción	1
Capítulo II	
Marco teórico	4
2. Marco Situacional	4
2.1 Caracterización del Municipio de Yacuiba	4
3. Antecedentes	6
3.1 La articulación de la medicina tradicional y científica	6
4. Marco teórico	10
4.1 La interculturalidad en el marco del modelo SAFCI	15
4.2 Aplicación de la política SAFCI en el P.S. Sanandita	26
4.3 Que es cultura	27
4.3.1 Podemos decir a cerca de las culturas	27
4.4 Que se entiende por Interculturalidad	27
4.5 Interculturalidad en salud	28
4.6 El sistema médico tradicional/etnomedicina	29
4.6.1 Definición de la etnomedicina	39
4.6.2 medico tradicional/etnomédico	30
4.6.3 Categoría de los proveedores de la medicina Tradicional/etnomedicina	30
4.6.3.1 Kallawuayas	31
4.6.3.2 Yatiris	31
4.6.3.3 Chamakani	31
4.6.3.4 Layqa o brujo	32
4.6.3.5 Jampiris	32
4.6.3.6 Ipaye sabios del pueblo Guaraní	32
3.6.3.7 IMbaekeu	33
3.6.3.8 Kajunches curanderos de la amazonia	33
5. Aspectos Metodológicos de la investigación	33

5.1 Planteamiento del Problema	33
5.2 Pregunta de la Investigación	34
5.3 Objetivos de la Investigación	35
5.3.1 Objetivo General	35
5.3.2 Objetivos Específicos	35
5.4 Justificación	35
5.5 Diseño de la Investigación	38
5.6 Tipo de Diseño	38
5.7 Tipo de Investigación	39
5.8 Población y muestra	39
5.9 Criterios de selección de la población de estudio	39
5.10 Técnica	39
5.11 Fases de la Investigación	39
6 Resultados de la Investigación	40
6.1 La Comunidad de Sanandita	40
6.1.1 Generalidades	40
6.1.2 Salud Convencional	41
a. Situación en salud	41
6.1.3 Salud no convencional	44
6.1.4 Rasgos culturales de la población que acude al servicio de Salud Sanandita	44
6.1.5 Educación	45
6.1.6 Condiciones Climatológicas	46
6.1.7 Servicios Básicos de la vivienda y Saneamiento	47
6.1.8 Centros de abastecimiento y comercialización	47
6.1.9 Infraestructura vial	48
6.1.10 Áreas de recreación y áreas verdes	48
6.1.11 Centros Culturales y Deportivos	48
6.2 Análisis de los resultados	50
6.3 Discusión	69

6.4 Conclusiones	71
6.5 Recomendaciones	72
Capítulo III	
Análisis de viabilidad	74
Análisis de los Beneficiarios	75
Árbol de Problemas	76
Árbol de Objetivos	77
Matriz Lógica	78
Presupuesto posible	80
Cronograma de actividades	82
Citas Bibliográficas	83
Anexos	
Anexo A Entrevista	I
Anexo B Respuestas de los entrevistados a la pregunta puede usted mencionar tres medicamentos naturales y sus propiedades curativas	IV
Anexo C Respuestas a la pregunta ¿Podría mencionar dos formas de discriminación durante la prestación de los servicios de salud	XVIII
Anexo D acuerdo con partera tradicional	XIX

Lista de cuadros	Página
Cuadro N° 1 Establecimientos de salud públicos en el área urbana para el año 2011	6
Cuadro N° 2 Establecimientos de salud públicos en el área rural para el año 2011	6
Cuadro N° 3 Recursos humanos existentes en el Puesto de Salud Sanandita, Gestión 2011	42
Cuadro N° 4 Distribución de la población por comunidad y modalidad de atención, del P.S. Sanandita - Yacuiba Tarija, 2010	43
Cuadro N° 5 Principales 10 causas de morbilidad en consulta ambulatoria, en menores de 5 años, Puesto de salud Sanandita, 1er. Semestre de la gestión 2011	43
Cuadro N° 6 Principales 10 causas de morbilidad en consulta ambulatoria, en personas de 21 a 59 años Puesto de salud Sanandita, 1er. Semestre de la gestión 2011	44
Cuadro N° 7 Distribución de alumnado y plantel docente, según establecimiento y comunidad en el que se encuentran ubicados gestión 2011	46
Cuadro N° 8 Condiciones climatológicas en la comunidad de Sanandita 2011	47
Cuadro N° 9 Distribución según presencia de servicios básicos por comunidades, P. S. Sanandita	48
Cuadro N° 10 Distribución de centros deportivos por comunidad, 2011	50
Cuadro N° 11 Organizaciones Sociales y dinámica con el sector salud, 2011	50
Cuadro N° 12 Instituciones públicas y dinámica con el Estado, 2011	51
Cuadro N° 13 Instituciones de las comunidades de Sanadita - Villa Primavera y dinámica con la sociedad civil, 2011	51

Cuadro N° 14 Problemas interculturales referidos por los entrevistados, P.S. Sanandita, Yacuiba, Tarija agosto 2011	66
Cuadro N° 15 Conocimiento sobre plantas medicinales y sus usos según entrevistados. P. S. Sanandita, Yacuiba, Tarija 2011	67
Cuadro N° 16 Distribución según relación de variables trato recibido durante la consulta externa y como se sienten cuando el medico les receta medicamentos naturales, según entrevistados, P.S. Sanandita, Yacuiba, Tarija, Agosto 2011	68
Cuadro N° 17 Distribución según relación de variables La ley manda que médicos tradicionales trabajen en forma coordinada con.. médicos científicos en servicio de salud y Si ha recibido información sobre la necesidad de articular, trabajo coordinado entre médicos tradicionales y médicos académicos en servicios de salud, según entrevistados, P.S. Sanandita, Yacuiba, Tarija, Agosto 2011	69
Cuadro N° 18 Distribución según relación de variables: En su hogar utilizan medicamentos naturales y el Uso de medicamentos naturales con medicamentos que compran o le dan en la farmacia, según entrevistados, P.S. Sanandita, Yacuiba, Tarija, Agosto 2011.	69
Cuadro N° 19 Distribución según relación de variables: Para solucionar problemas de salud usted prefiere a y las autoridades de salud autorizan a que médicos tradicionales atiendan en Centros de Salud, según entrevistados, P.S. Sanandita, Yacuiba, Tarija, Agosto 2011	70
Cuadro N° 20 Distribución según relación de variables: Idioma que prefieren que hablen Médicos y enfermeras en la Consulta y Trato recibido durante la consulta Externa, según entrevistados, P.S. Sanandita, Yacuiba, Tarija, Agosto 2011	70

<u>Lista de gráficos</u>	<u>Página</u>
Grafico N° 1 Distribución de porcentajes según edad de entrevistados	52
Grafico N° 2 Distribución de porcentajes según el sexo de los Entrevistados	53
Grafico N° 3 Distribución de porcentajes según estado civil de de los entrevistados	53
Grafico N° 4 Distribución de porcentajes según procedencia de Los entrevistados	54
Grafico N° 5 Distribución de porcentajes según motivo de consulta	55
Grafico N° 6 Distribución de porcentajes según el trato que recibieron los entrevistados	56
Grafico N° 7 Distribución de porcentajes según al trato que recibieron Durante la consulta externa los entrevistados	57
Grafico N° 8 Distribución de porcentajes según la autorización de autoridades de salud para que médicos tradicionales atiendan en los servicios de salud	58
Grafico N° 9 Distribución de porcentajes según sentimiento del usuario o usuaria cuando le recetan medicamentos naturales	61
Grafico N° 10 Distribución de porcentajes según el uso de medicinas Naturales en su casa	60
Grafico N° 11 Distribución de porcentajes según Uso de medicamentos tradicionales y medicamentos de la farmacia en forma conjunta	61
Grafico N° 12 Distribución de porcentajes según conocimiento de mandato de ley par que médicos tradicionales trabajen en forma coordinada en los servicios de salud	62
Grafico N° 13 Distribución de porcentajes según preferencia para solucionar su problema de salud	62
Grafico N° 14 Distribución según porcentaje de entrevistados que recibieron información entre ambas medicinas	63
Grafico N° 15 Distribución de porcentajes según apreciación de los entrevistados/as sobre la mejor atención de	

partos en domicilio por partera o matrona	64
Grafico N° 16 Distribución de porcentajes según el idioma en que se comunican en la casa o en la familia de los entrevistados	65
Grafico N° 17 Distribución de porcentajes según idioma que prefieren los entrevistados/as que hablen los médicos y enfermeras cuando vienen a consultar	65

RESUMEN

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN: ¿Cuál es la Percepción de la satisfacción de los/ las usuarias acerca de la aplicación de procesos de interculturalidad en el P.S. Sanandita, dentro el nuevo modelo SAFCI Yacuiba-Tarija agosto 2011?.

OBJETIVOS:

- **De investigación.** Describir la Percepción de satisfacción de los/las usuarias acerca de la aplicación de los procesos de interculturalidad en el P.S. Sanandita, dentro el nuevo modelo SAFCI Yacuiba-Tarija agosto 2011.
- **De intervención.** Contribuir a la aplicación del modelo SAFCI en el Puesto de Salud Sanandita mediante actividades de información y sensibilización a la comunidad.

TIPO DE ESTUDIO: Se realizó una investigación Cuantitativa descriptiva. Transversal. Se aplicó entrevistas a profundidad con un cuestionario semiestructurado. Facilitado por Dr. Carlos Tamayo.

LUGAR: Puesto de Salud Sanandita, Ubicado en la provincia Gran Chaco, Yacuiba del departamento de Tarija.

POBLACIÓN: La población o universo del estudio es de 125 pacientes que acudieron a la consulta externa durante los 17 primeros días del mes de agosto del 2011.

El muestro fue hecho en base a un muestreo aleatorio simple al azar.

Se ha considerado una probabilidad de encontrar a 90 % de personas para realizar la encuesta y un 10 % de no hacerlo. Para el nivel de confianza se ha considerado 95% con estos criterios y basados en una hoja de cálculo Excel propuesta por el Lic. Pablo Sánchez Villegas. Llegando a ser 66 encuestas las que deben realizarse, como tamaño muestral definitivo.

INTERVENCIÓN: Se seleccionaron 66 usuarios por muestreo aleatorio simple al azar, donde se aplicó una entrevista para poder ver conocer la percepción acerca del uso de plantas medicinales, **la inclusión de los Médicos Tradicionales en el servicio de salud**, el trato que reciben durante la consulta externa, preferencia para optar por un sistema médico, percepción de la población de la atención de partos por partera tradicional y el idioma utilizado durante la consulta. Los datos se analizaron con ayuda del programa Excel.

RESULTADOS: Los resultados mostraron que: La gente más acude a los servicios de salud cuando está enferma y no para consultas de control de su salud, el trato recibido durante la consulta externa fue bueno atribuyendo esto al carácter del médico, La mayoría de los usuarios/as prefiere ser atendido por un medico científico y no por un médico tradicional y que a su vez la mayoría utiliza medicamentos naturales en su domicilio aunque pocos mezclan estos con medicamentos que se les da o compran de la farmacia.

El punto de información y articulación de la medicina tradicional y científica, la gran mayoría de los entrevistados/as refiere que nunca ha recibido información sobre la articulación de ambas medicinas, pero que están muy de acuerdo en que las leyes manden esta articulación, y los mismos sean incluidos en los servicios de salud pese a preferir ser atendidos por un médico científico.

Se logró realizar un vademécum de plantas medicinales conocidas y usadas en la comunidad.

Se logró identificar factores interculturales que influyen durante la prestación de los servicios de salud los cuales son la discriminación junto con la diferencia de rico – pobre. Aunque solo un 27% de los entrevistados los identificó.

CONCLUSIONES: Podemos ver que en el servicio de salud se vienen aplicando procesos de interculturalidad en forma satisfactoria pero incompleta, ya que la información y el conocimiento del modelo SAFCI y la articulación de la medicina tradicional y medicina científica es deficiente.

A) TITULO

Percepción de la satisfacción de los/las usuarias acerca de la aplicación de procesos de interculturalidad dentro el nuevo modelo SAFCI en el Puesto de Salud Sanandita, Yacuiba – Tarija, Agosto 2011

a. Introducción

El presente trabajo muestra los resultados de una investigación realizada en la comunidad de Sanandita del Municipio de Yacuiba-Tarija, donde logramos describir la satisfacción de los y las usuarias del puesto de Salud Sanandita respecto a la aplicación de procesos interculturales con la perspectiva, de ver el conocimiento sobre la articulación de la Medicina Tradicional y Científica y si es o no posible articularlas, en el marco de las políticas públicas del Estado Plurinacional Boliviano.

El propósito de este trabajo responde a la obligatoriedad que actualmente tienen los servicios de salud de articular con la medicina tradicional como mandato, además conocer la percepción de la población es fundamental, siendo que son la razón de nuestros servicios, y la participación con conocimiento es siempre mucho mas satisfactoria y genera más demanda, todo esto con la visión de aplicar el nuevo modelo de salud en forma satisfactoria.

El objetivo General de este trabajo es describir la percepción de la satisfacción de los y las usuarias acerca de la aplicación de los procesos interculturales en el P.S. Sanandita, dentro del nuevo modelo SAFCI, con énfasis en la articulación de la medicina Tradicional y Científica.

La metodología utilizada consiste en el método cuantitativo con base a una muestra obtenida del total de usuarios en consulta externa los primeros 15 días

del mes de agosto del año 2011, utilizando la fórmula diseñada por Pablo Sánchez Villegas tomando en cuenta una P de 90 % y Q de 10 %, con un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %, Obteniendo una muestra de 66 usuarios como muestra total para el estudio.

Los resultados de este trabajo muestran que la población que más acude al servicio de salud es de sexo femenino, y la mayoría de las personas que acuden al servicio es por que están enfermas ya sean ellas o algún familiar corroborando que la mamá es la encargada de la salud de los integrantes de la familia y no para realizarse controles médicos de rutina, ni tampoco solo por el pago del Bono Juana Azurduy, demostrando que la cultura de nuestra población esta orientada a la curación y no así a la prevención.

Más de la mitad de las personas que acudieron a la consulta externa opinan que el trato recibido fue de bueno a excelente, y nadie opino que el trato fuera malo, y relacionaron este trato recibido en su mayoría al carácter del médico por lo que se puede considerarse un servicio de salud accesible para la comunidad.

También refleja que más de la mitad de los usuarios que participaron del trabajo de investigación están de acuerdo con la inclusión de los médicos tradicionales en los servicios de salud, y también que las actuales leyes manden que médicos tradicionales y científicos trabajen en forma coordinada, a su vez llama la atención que en el área rural la gran mayoría de los usuarios prefiere ser atendido por un médico científico que un médico tradicional u otro (farmacéutico, pariente) , con respecto a la información recibida sobre la articulación de ambas medicinas indican que la mayoría de los usuarios nunca a recibido información acerca de esta articulación, como consecuencia genera un tipo de resistencia que cruza con otros valores propios de la población, como ser su religión, la población que estuvo de acuerdo a la incorporación de la medicina tradicional pone condiciones razonables, como ser que el medico tradicional debe ser reconocido por la

población misma y de esta manera evitar los ya conocidos “charlatanes” que lo único que hacen es mercantilizar la medicina tradicional.

Con relación al uso de medicinas Naturales nos muestran que casi todos utilizan este tipo de medicamentos, pero que más de la mitad los usa solos sin combinarlos con medicamentos recibidos o comprados en la farmacia, además se logró realizar un vademécum en base a respuestas sobre el uso y conocimiento de plantas medicinales por parte de los usuarios.

El idioma predominante entre las familias del estudio es el castellano, pero también se habla el quechua ya sea solo o en forma combinada con el castellano y que la mayoría de los usuarios prefiere que el idioma durante la consulta sea en castellano, y cerca a un tercio opinan que sea combinado.

La opinión sobre la atención del parto en domicilio atendido por partera tradicional o matrona en relación al parto en servicios de salud, nos muestra que a cerca de la mitad de los entrevistados les parece que es malo este tipo de atención.

Entre los problemas interculturales detectados por los usuarios (muy pocos respondieron esta pregunta) están la discriminación, junto con la diferencia rico pobre.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

2 MARCO SITUACIONAL

2.1 Caracterización del Municipio de Yacuiba

El Estado Plurinacional de Bolivia, políticamente está dividida en 9 Departamentos, tiene una superficie de 1¹.098.581 Km², ubicado en el corazón de Sudamérica.

Tarija uno de los 9 Departamentos de Bolivia, políticamente está dividida en 6 provincias, 11 secciones municipales y 184 cantones.

Tiene una superficie de 37.623 Km². constituyendo el 3 % del territorio nacional, se encuentra ubicado en la zona meridional del país, a una latitud sur en el paralelo 21°32`, a una longitud Oeste del meridiano 64°43` y esta a una altitud de 1.875 m.s.n.m.

Cuenta con una población 391.226 Hab., sexo masculino 195.305 Hab. Y femenino 195.921 Hab. De los cuales viven en el área urbana 247.736 Hab. y en el área rural 143.490 Hab. según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 Los idiomas que se hablan son el castellano (369.317 Hab.), quechua (36.775 Hab.), Guaraní (8.433 Hab.) Aymara (4.577 Hab.)

Tiene una densidad poblacional 10.40 Hab. por Km². y una tasa anual de crecimiento poblacional para el 2008 de 2.63 %.

Los indicadores de salud según el INE para el año 2006 son:

- Tasa bruta de natalidad: 25,83 por mil.
- Tasa bruta de mortalidad: 6.19 por mil.

- Tasa de mortalidad infantil: 37.20 por mil.
- Tasa de fecundidad global por mujer: 3.20%
- Número estimado de nacimientos: 63.361
- Número estimado de defunciones: 15.195

La ciudad de Yacuiba se encuentra ubicada en el Departamento de Tarija con una superficie de 5.181.02 Km². Ubicado en el Sur del chaco Boliviano, políticamente está dividida en 8 distritos 4 Urbanos (1, 2, 3,4) y 4 Rurales (5, 6, 7 y 8).

Se estima en 132.067 Habitantes para el año 2009, en el área urbana 116.604 hab. para el año 2010ⁱ y en el área rural de 23.953 Hab.ⁱⁱ con base al censo de Población y Vivienda del 2001.

Los idiomas que se hablan son el castellano (92%), Quechua (16%) Aymara (3%) Guaraní (1%) según el INE 2001.

Tiene una densidad poblacional de 80 Hab. por hectárea en el área urbana y 0.04 Hab. por hectárea en el área ruralⁱⁱⁱ según el INE 2001, y una tasa anual de crecimiento poblacional urbano de 6.78 %.

Cuadro N° 1 Establecimientos de salud públicos en el área urbana para el año 2011.

SERVICIO	UBICACION	POBLACION ASIGNADA
Hospital Rubén Zelaya	Yacuiba	73.956
Barrios periféricos	Varias zonas	28.325
Centro de salud Pocitos	Pocitos	6.918
Centro de salud Barrio nuevo	Barrio Nuevo	11.354

Fuente: Elaboración propia - Estadística gerencia de red de Salud Yacuiba

Cuadro N° 2 Establecimientos de salud públicos en el área rural para el año 2011

Servicio	Comunidad	Población asignada
P. M. de Salud Campo Pajoso	Pajoso	1524
Centro de Salud El Palmar	Palmar Chico	4376
Centro de Salud Caiza	Caiza Estación	6344
Centro de Salud Crevaux	Crevaux	3515
Centro de salud Yaguacua	Yaguacua	3163
Puesto de salud Sunchal	Sunchal	Depende del C.S. Yaguacua
P. Médico de salud Sanandita	Sanandita	952
P. Medico de Salud Sachapera	Sachapera	649
Puesto de Salud Timboy	Timboy	519
Brigada de salud Timboy	Palmar Grande	Sin población asignada

Fuente: Elaboración propia en base a estadística gerencia de red de Salud Yacuiba

Las principales patologías en el área rural son Diarreas, resfríos, paludismo y otros.^{iv}

3 ANTECEDENTES

3.1 La Articulación de la medicina tradicional y científica

Los indígenas saben que no todos los problemas de salud se pueden solucionar con los tratamientos tradicionales, reconocen sus limitaciones se enfrentan a enfermedades desconocidas como el SIDA, respecto a las cuales tienen limitada experiencia. Aunque son efectivos en el tratamiento de enfermedades culturales, los terapeutas tradicionales a menudo reconocen la necesidad de referir sus pacientes a los servicios de atención de salud occidentales.

La medicina occidental es efectiva en los males somáticos, pero falla en los culturales. Ambos sistemas tienen vacíos, pero pueden llegar a ser complementarios, y la experiencia así lo confirma, cuando el paciente, luego de la visita al médico de bata blanca, lleva primero el medicamento occidental al terapeuta tradicional para que este lo bendiga, o viceversa^v.

Hace varios años se viene poniendo en práctica la articulación de la medicina tradicional y científica en varios países del mundo es así que en América latina tenemos las siguientes experiencias

En Perú:

Un estudio realizado en zona amazónica del Perú relacionado con la articulación de la medicina tradicional con la medicina académica refleja que se ha logrado fortalecer el mejor uso de plantas medicinales mediante la implementación de dos jardines de plantas medicinales en comunidades Huambisa de Puerto Galilea y Chapiza, investigaciones etnomédicas y etnobotánicas, fortalecimiento de la socio estima de los miembros de la comunidad y sensibilización de la población. Se capacitó a 40 agentes comunitarios y personal de salud de las 18 comunidades Huambisa de la cuenca del río Santiago. El personal de salud capacitado viene aplicando los conocimientos tradicionales articulándolos con la medicina académica en el tratamiento de las principales enfermedades contando con la participación activa de la población, lo que garantiza el compromiso y el empoderamiento del conocimiento^{vi}

En Chile:

El Centro de salud Intercultural BoroaFilulawen ha propiciado un proceso de empoderamiento sociopolítico, territorial sobre la base de la autonomía decisional y la capacidad de sus dirigentes de abrirse a los procesos de negociación sobre la base de propuestas, con autoridades^{vii}, pero que no es funcional por falta de una política para el pago de estas prestaciones.

Otra experiencia es el primer Hospital Intercultural inaugurado el año 2006, en la Comunidad de Nueva Imperial, que tiene como propósito la generación de una oferta de salud adecuada a las necesidades de las comunidades Mapuches de la red costera de la Araucanía. la construcción de un modulo de salud Mapuche junto a el Hospital; el proyecto médico arquitectónico se comenzó a trabajar participativamente, incorporando elementos de la cosmovisión Mapuche en su diseño. En este centro se ofrece atención gratuita de machi y otros agentes de medicina mapuche.

Esta Unidad es administrada por la Coordinadora Mapuche, instancia que reúne a las comunidades de las 8 comunas del área de influencia del Hospital, y que trabaja con los agentes médicos mapuche y medicina occidental se da principalmente a través del itinerario terapéutico por decisión espontánea del usuario o por derivación de los agentes médicos mapuches. Recién a fines del 2007, empieza a haber derivación desde el Hospital al Centro Mapuche, son los profesionales y técnicos del sector los más difíciles de integrar a un cambio tan profundo como el que implica este nuevo modelo de gestión.^{viii}

En Bolivia:

Algunas de ellas han surgido de la iniciativa de los Pueblos indígenas, se trata de inserción de terapeutas indígenas Kallawayas, hueseros y matronas, junto a los médicos enfermeras y obstetras con limitada combinación de recursos.

Un ejemplo de la operativización del enfoque intercultural fue la creación en el norte de Potosí (Municipio de Tinquipaya) de un centro de salud de segundo nivel intercultural. Representa un ejemplo de adecuación de espacios físicos destinados a mejorar la calidad de la atención y favorecer la articulación entre el personal sanitario y médicos tradicionales de la zona.

Otra experiencia es la del Hospital Bracamonte que introdujo en su sistema la oficina de Willagkuna¹ que tiene el mérito de haber introducido en una estructura sanitaria de tercer nivel el enfoque intercultural en la atención de la salud de la población, mayoritariamente indígena. Esta iniciativa abrió la reflexión y el camino para el mejoramiento de la calidad de los servicios sanitarios y de su adecuación cultural a la realidad en la cual actúan, a fin de mejorar los indicadores de cobertura de las prestaciones del sistema público de salud y las condiciones de vida de la población^{ix}.

Este proyecto se basó en la inclusión de facilitadores interculturales previamente capacitados y escogidos bajo ciertos criterios necesarios para su funcionamiento, constituyen un nexo fundamental entre el establecimiento de salud, la familia y la comunidad, tomando en cuenta que un 80% de los usuarios del **JatunJampinaWuasi² Daniel Bracamonte** provenía del área rural, y su acceso a los servicios convencionales de salud estaba limitado por factores socio-económicos y geográficos, además de idiomáticos y culturales., Willagkuna es parte de un modelo de salud familiar ,comunitaria e intercultural que garantiza la gestión compartida en salud y reconoce los derechos de los usuarios, respetando y valorando lo que la población siente, conoce y practica.

Es importante recordar, que esta iniciativa tuvo un importante eco a nivel nacional e internacional y fue inspiradora para la apertura de otras oficinas interculturales en Bolivia y en América Latina, como la oficina intercultural de Salud Indígena del

¹ Palabra de origen Quechua que significa informar, avisar u orientar

² Palabra de origen Quechua que significa casa grande de curación

Hospital Luis Razzeti de Tucupita, en Venezuela, abierta en 2009 con el fin de mejorar la calidad y la eficacia de las acciones de salud dirigidas a los miembros de la etnia Warao. Otro ejemplo es en el Hospital Dr. Juan Noe C. de Arica, donde se ha implementado la oficina de apoyo intercultural dentro del programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, con especial atención para los pacientes de origen Aymara, provenientes de las localidades de la Provincia Parinacota.

4 MARCO TEÓRICO

En América Latina la mayoría de los países presenta una gran diversidad étnica y cultural, que se reproduce en espacios rurales y urbanos. Los conceptos de identidad, participación e interculturalidad predominan en las distintas políticas públicas hacia los pueblos originarios. Es así que el pueblo boliviano en la Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia aprobada en el congreso nacional en octubre del 2008 ha establecido la salud como un derecho fundamental, un bien público y un deber del Estado Plurinacional de Bolivia. En ese marco, la Nueva Constitución Política del Estado, incorpora once artículos expresamente relacionados a la salud, mediante los cuales se destaca la obligación del Estado de garantizar el ejercicio del derecho a la salud priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, el acceso gratuito de las personas al sistema sanitario, la estructuración de un sistema único de salud, el acceso a medicamentos esenciales y genéricos, la prohibición de la mercantilización de la salud en los servicios públicos y de la seguridad social, la recuperación de la medicina tradicional y la incorporación de la terapéutica tradicional promocionándola, el derecho de las personas a ser respetadas y ser debidamente informadas en relación a su diagnóstico, tratamiento, pronóstico, etc., el derecho a la alimentación segura, los derechos de las personas con discapacidad y el derecho a vivir libres de violencia doméstica, entre otros.^x

Para la realización de todos estos acápite aprobados en la Nueva Constitución Política del Estado el gobierno adopta la Política Salud Familiar Comunitaria e Intercultural –SAFCI-³ que responde a un nuevo sistema de salud en respuesta a una nueva visión de país basada en los saberes, sentires y conocimientos de las naciones y pueblos indígenas, originarios, campesinos y comunidades interculturales de Bolivia, para lograr EL VIVIR BIEN en la familia, la comunidad y el estado.

Es así que para el desarrollo de la salud en la actualidad se requiere de mecanismos, herramientas e instrumentos para responder al proceso salud-enfermedad, y estrategias basadas en los saberes, sentires y creencias de los usuarios/a en los servicios de salud, para mantener la salud de la población según el nuevo enfoque SAFCI. Ya que las distintas culturas de nuestro país tienen determinadas acciones culturales en salud, que por años fueron transmitidos de generación en generación, permitiendo a la población echar mano de un accesible y adecuado sistema de salud acorde a lógica cultural.^{xi}

Experiencias de proyectos en salud internacional, muchos de ellos patrocinados por organismos como la OPS y OMS y dirigidos hacia los sectores más pobres de la humanidad, dan cuenta de importantes dificultades que se enfrentan al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud, situación de rechazo o falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad son elementos frecuentemente descritos en la literatura de la salud internacional, especialmente en países con altos índices de población indígena.^{xii}

Para poder aplicar el nuevo modelo de salud en nuestro país, debemos primero iniciar un proceso de sensibilización y aprendizaje intercultural ya que este es el cambio de paradigma en el nuevo modelo de salud y es el que nunca se tomó en cuenta en nuestro país.

³ SAFCI Salud Familiar Comunitaria e Intercultural Política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia para lograr EL VIVIR BIEN promulgado 07/04/2008

En estos últimos tiempos los términos de salud intercultural o interculturalidad en salud, se han utilizado para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención en salud.

Actualmente se vienen desarrollando procesos interculturales en salud en muchos países de Latinoamérica y en nuestro país, por diversas razones, ya sean históricas, sociopolíticas o epidemiológicas, los cuales han motivado para que se realicen iniciativas para evitar que la identidad étnica o cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención en salud.

Resulta fundamental que el personal de salud conozca la cosmovisión de los pueblos indígenas, pues su conocimiento nos orientara sobre los elementos centrales de su ideología, sus creencias, sus valores, sus normas, sus propias formas de comportamiento social, sus sanciones o sea todas sus manifestaciones de orden sociocultural.

En el campo de la salud, la cosmovisión colectiva e individual nos dará un marco referencial explicativo sobre la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y las estrategias curativas concretas para lograr su recuperación de la salud.

La pluriculturalidad y su expresión manifestada en los procesos de embarazo, parto y puerperio, la infancia, la alimentación, el desarrollo y la madurez de la vida, así como la muerte son fenómenos que afectan a todos los seres humanos, pero que se particularizan y se diferencia en cada cultura. Por esto podemos afirmar la universalidad de los procesos biológicos y simultáneamente confirmar su especificidad cultural.

Las enfermedades pueden tener o no un sustento orgánico pero siempre estará presente su contenido psico-social y cultural. Los síndromes dependientes de la cultura como el susto, caída de la mollera. Empacho, mal de ojo, mal aire o hechicería, nos interesan no por su carácter exótico sino porque expresan realidades epidemiológicas distintas a las concebidas por la medicina académica pero que son muy comunes para las poblaciones indígenas. Es así que en la biomedicina por ejemplo, los experimentos científicos, las pruebas clínicas y textos, constituyen fuentes importantes de validación del pensamiento científico; raramente un médico aceptará como prueba de una diarrea la intervención de un espíritu maligno en las comidas; sin embargo otras culturas aceptarán como fuente de legitimación la lectura en hoja de coca, los sueños de un chaman, apariciones, etc.

En la medicina indígena y en los recursos caseros utilizados por las familias indígenas, la herbolaria es un elemento fundamental. Su conocimiento y su uso se extienden por toda América, y el estudio sistematizado ha conducido a la confección de un cuadro básico de remedios herbolarios cuyo origen geográfico es diverso, de tal modo que son usadas plantas medicinales nativas, así como también las procedentes de Europa, África, Asia e incluso Australia.

Sin dejar de estimar los recursos materiales y simbólicos de las prácticas curativas indígenas, el principal recurso es y seguirá siendo el propio curador, que es manejado por los médicos indígenas.

La relación asimétrica entre medico/paciente se profundiza adquiriendo tintes de racismo y discriminación cuando se establece entre un médico criollo (mestizo o latino) de formación urbana, con pacientes étnicamente diferentes con evidente origen rural.^{xiii}

Es importante también el vínculo comunicacional que es la lengua en la que se establece la relación médico-paciente, donde a mayor conocimiento lingüístico del idioma que maneja el paciente, son mayores las posibilidades de un entendimiento relacional y por ende, de un entendimiento terapéutico, que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios, y a la vez mejora la satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico. Pero muchas veces esta barrera del lenguaje no es infranqueable en la relación usuario – médico, si los profesionales están abiertos a conocer el lenguaje popular empleado en la comunidad y la cultura médica de sus pacientes entre ellas las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento, y la utilización de la herbolaria tradicional, entre otras^{xiv} ayudará a comprender mejor a que se refieren y lograr un buen entendimiento.

El personal de salud que trabaja con pueblos y con pacientes indígenas tiene aparte de sus responsabilidades técnicas, otra responsabilidad profesional y ética, consistente en estar informado de las características económicas, políticas, sociales y culturales de los pueblos en que ha decidido trabajar, independientemente de que haya sido enviado o que el haya escogido el lugar de trabajo en un contexto intercultural, basada en competencias culturales adicional a sus competencias técnicas y sociales.

La relación del personal de salud con los pacientes en situación de interculturalidad debe estar matizada por una atención integral, un pleno respeto y una compasión (amorosa o amistosa) hacia el “otro” que sufre y que pide nuestros servicios y atenciones. Y esto nos conduce a las consideraciones donde me reconozco en el “otro” que pudiera ser yo mismo, de donde se construye el paradigma del “nosotros” donde se desvanece el ejercicio asimétrico de la relación médico-paciente, donde se rompe el esquema de educador-educando ya que ambos estamos en un proceso de conocimiento e interrelación.

Es así que nace el concepto de “otroriedad” donde todos nos miramos de diferente forma donde influye el pensamiento, la formación espiritual y muchas otras cosas que llevamos en nuestro interior.

Es por esto, que en función de la diversidad cultural en la mayoría de los países de América Latina, debemos esforzarnos para poner las bases para un dialogo y

un entendimiento intercultural. En este contexto, el encuentro intercultural requiere de:^{xv}

- a. Del reconocimiento y aceptación del otro diferente de a mi persona, a mi comunidad, a mi cultura. Es la admisión de la alteridad y la diferencia cultural.
- b. Una gran flexibilidad ideológica para tratar de no imponer a priori mi propio sistema de pensamiento.
- c. La construcción de un diálogo respetuoso y paciente para lograr el entendimiento y la comprensión de la forma de pensar, decir y hacer del “otro”.
- d. De una aproximación mínima sobre el conocimiento de la cultura del otro (desde su mismo lenguaje étnico hasta su particular expresión corporal)

4.1 La Interculturalidad en el marco del modelo SAFCI

En Bolivia, existe una medicina predominante basada en el conocimiento Científico y tecnológico denominada medicina académica y, junto a ésta, otras Medicinas (tradicional, alternativa y complementaria) que tratan las enfermedades con técnicas, procedimientos y concepciones culturalmente adecuadas. Así por Ejemplo, en el área andina, la enfermedad es parte de las relaciones del hombre con las deidades y de su comportamiento con la sociedad, lo mismo se observa en el mundo amazónico, donde la cosmovisión del hombre y el mundo que le rodea interactúan mediante la reciprocidad y el respeto a fin de mantener el equilibrio y la preservación de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de la Medicina Tradicional para contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas y lo define “como prácticas, enfoques conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorpora 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 enfermedades”^{xvi}

Por esta razón en septiembre del año 2007 desde las Naciones Unidas se puso en vigencia la nueva Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, Asamblea General ONU, 13 de septiembre de 2007, en la que

de manera expresa se declara en los artículos que a continuación se mencionan el valor del respeto a los usos y costumbres de los pueblos originarios y por ende de su medicina tradicional:

Los pueblos indígenas tienen derecho a conservar y reforzar sus propias instituciones políticas, jurídicas, económicas, sociales y culturales, manteniendo a la vez su derecho a participar plenamente, si lo desean, en la vida política, económica, social y cultural del Estado.(Artículo 5)

Los pueblos y las personas indígenas tienen derecho a no sufrir la asimilación forzada o la destrucción de su cultura. (Artículo 8)

Los Estados establecerán mecanismos eficaces para la prevención y el resarcimiento de:

- b) Todo acto que tenga por objeto o consecuencia privar a los pueblos y las personas indígenas de su integridad como pueblos distintos o de sus valores culturales o su identidad étnica;
- c) Todo acto que tenga por objeto o consecuencia enajenarles sus tierras, territorios o recursos;
- d) Toda forma de traslado forzado de población que tenga por objeto o consecuencia la violación o el menoscabo de cualquiera de sus derechos;
- e) Toda forma de asimilación o integración forzadas;
- f) Toda forma de propaganda que tenga como fin promover o incitar a la discriminación racial o étnica dirigida contra ellos.

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas

económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones. (Artículo 23)

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 y de salud. (Artículo 24)

Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

Es en este marco normativo, que el legislador boliviano sabiamente incorpora en la Nueva Constitución Política del Estado incorporando estos principios y dispone en el Art. 30 lo siguiente:

I. Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española.

II. En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos gozan de los siguientes derechos (los que más nos interesan en este trabajo ya que en si son 18):

2 A su identidad cultural, creencia religiosa, espiritualidad, prácticas y costumbres, y a su propia cosmovisión.

9 A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.

13 Al sistema de Salud Universal y gratuito, que se respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.

Bolivia es uno de los países que aprobó y ratificó el convenio N° 169 de la Organización Internacional del trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y Tribales, y el año 2007 fue el primero en ratificar la declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.

El año 2006 con la subida al poder del primer presidente indígena de la historia de Latinoamérica, Bolivia emprendió un proceso de profunda transformación de las instituciones del Estado y de descolonización de su historia, cultura y sociedad.

La Nueva Constitución Política del estado, promulgada el 7 de febrero del 2009, reconoce los derechos de los pueblos indígenas de autodeterminación cultural, lingüística, política, territorial y religiosa, constituyéndose en uno de los documentos más avanzados de América Latina en cuanto al reconocimiento de un estado y de una sociedad plural. En los artículos 30, 35 y 42 de la Nueva Constitución política del estado plurinacional de Bolivia.

En Bolivia el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2006-2010^{xvii} plantea cuatro grandes estrategias:

1. Bolivia Digna: Estrategia socio-comunitaria que comprende a los sectores distribuidores de factores y medios de producción y servicios sociales;

2. Bolivia Soberana: Estrategia de relacionamiento internacional que comprende las relaciones económicas, políticas y culturales con la comunidad internacional e incluye a los sectores de comercio internacional;

3. Bolivia Productiva: Estrategia económica que comprende a los sectores que conforman la matriz productiva;

4. Bolivia Democrática: Estrategia del poder social que comprende a los sectores que promoverán el poder social en los diferentes territorios.

El plan de desarrollo sectorial 2010-2020^{xviii} que se prepara en base a PND 2006-2010 con la visión de:

1. Lograr establecer el Sistema Único de Salud (SUS) con acceso universal que considere la interculturalidad y la medicina tradicional, de tal manera que sea inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado.

El SUS⁴ sería conducido y dirigido por el MSD⁵;

2. Utilizar el enfoque de determinantes de salud para mejorar la situación de salud del país;

3. Fomentar la participación de la población en su estado de salud de tal manera que puedan ejercer su derecho a la salud; y

4. Lograr el camino el “Vivir Bien”.

El modelo SAFCI fue establecido mediante el Decreto Supremo No. 29601 de 2008, el cual determina que el nuevo modelo se operacionaliza mediante un modelo de atención y un modelo de gestión participativa y control social en salud. El SAFCI se basa en un enfoque que incorpora las diferencias culturales de la población en múltiples aspectos. Uno de ellos, es generar una relación más “horizontal” entre culturas, por ejemplo, reconociendo la importancia de los médicos tradicionales.

El modelo SAFCI se basa en cuatro principios:

1. Participación social;

2. Interculturalidad

3. Integralidad

4. Intersectorialidad

El enfoque intercultural en el SAFCI reconoce, acepta y valora los saberes, conocimientos y prácticas de la población y de los médicos tradicionales, por lo

⁴ SUS significa Seguro Único de Salud

⁵ MDS significa Ministerio de Salud y Deportes.

que busca articular, complementar y reciprocarse las capacidades de todos estos actores.

La interculturalidad se refiere a la articulación, complementariedad y reciprocidad en base a la aceptación, reconocimiento y valoración mutua de nuestros conocimientos y prácticas en salud, que se da entre pueblos indígenas campesinos, afro bolivianos y comunidades interculturales que resultan en mutuos aprendizajes a fin de contribuir al logro de las relaciones simétricas de poder. Para actuar de manera equilibrada e inclusiva en la solución de los problemas de salud garantizando el acceso universal.

En Bolivia para lograr esta articulación el 8 de marzo del año 2006 se creó el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad mediante el decreto supremo N° 28631^{xix}.

Cuya visión es Promover el acceso al sistema de salud, a los pueblos indígenas, originarios, campesinos y afro bolivianos, con un enfoque intercultural de salud y se constituye en espacio de organización y movilización socio comunitaria del Vivir Bien, logra impulsar, articular y facilitar el desarrollo integral en salud con identidad, una política de interculturalidad con equidad.

Su Misión: Es la instancia gubernamental responsable de promover, proteger, velar por la preservación y fortalecimiento de las medicinas tradicionales, de acuerdo al conocimiento y sabiduría de las culturas originarias, transversalizar la temática de la interculturalidad en salud en el diseño e implementación de políticas públicas sectoriales, del nivel central y en el nivel descentralizado, formular políticas de modo que se articulen con el sistema público de salud en un modelo de gestión y atención con un enfoque intercultural en salud.

Sus funciones son:

- Diseñar la política de promoción de la Medicina tradicional y su articulación con la medicina académica universitaria, en el marco de la interculturalidad y adecuación étnico-cultural de los servicios de salud.

- Diseñar un modelo de atención integral de promoción y fomento de la Salud Familiar y Comunitaria, respetando la Interculturalidad en las comunidades, pueblos, suyus, marcas, ayllus, tentas, capitanías y otras territorialidades y formas de gestión política en el país.
- Incorporar prácticas de medicina tradicional en el sistema nacional de salud e implementar un sistema de registro y codificación de terapéutica tradicional y alternativa, e incorporarla a la farmacopea nacional de medicamentos.
- Acreditar los recursos humanos que llevan adelante la práctica de la medicina tradicional y establecer protocolos de normas y procedimientos de la asistencia sanitaria tradicional y alternativa.
- Fomentar la investigación en Medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud, y articular las redes de servicios y redes sociales con la práctica de la medicina tradicional.

La estrategia adoptada para la aplicación del SAFCI es la promoción de la salud, un proceso político continuo de movilización social mediante el cual el equipo de salud y los actores sociales en corresponsabilidad asumen tareas para enfrentar las determinantes (económicas, sociales, culturales) en salud y no solo se trata de asumir hábitos saludables de protección.

El modelo de atención SAFCI articula personas, familias y comunidades (ayllus, marcas, tentas, capitanías y otros) o barrios con el equipo de salud, a partir de una atención de salud con enfoque de red, de carácter horizontal mediante el respeto de su cosmovisión, procesos de comunicación fluidos y aceptación de la decisión de la persona, (procedimientos, diagnóstico, tratamiento y prevención), por lo que la atención de salud no solo se ocupa de la persona enferma sino que la atiende en todo su ciclo de vida tomando en cuenta su familia, su comunidad, su entorno (socioeconómico, cultural, psicológico y físico), su alimentación, su espiritualidad y su cosmovisión.

Dentro de los documentos técnicos normativo para la aplicación del Modelo SAFCI se encuentra la Norma Nacional de caracterización de establecimientos de salud de Primer Nivel donde veremos^{xx} algunos acápite que nos interesan en el presente trabajo:

Características de los recursos humanos: Relación de las características del equipo de salud con las personas, las familias y las comunidades o barrios.

- Inclusión y respeto.
- Reconocimiento de las culturas y la población.
- Desarrollo de las capacidades técnico – clínicas para resolver oportuna y satisfactoriamente los problemas de salud de las personas.
- Actualización y capacidades para responder a los principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y al trabajo en redes con el nuevo enfoque de “redes son redes de personas”.
- Capacidad de actuar, conjuntamente la comunidad y/o barrio y el municipio, sobre los factores que afectan o determinan la salud de las mismas, de manera intersectorial, intercultural e integral.
- Sensibilidad y compromiso con la realidad económica, social y cultural de las personas, familias y comunidades para resolver conjuntamente sus problemas.
- De preferencia hablar el idioma originario de las familias y comunidades de su área de trabajo.
- Visión integral en la atención de las personas con enfoque en los derechos en todo el ciclo de vida.
- Respeta, acepta, estimula y desarrolla el acompañamiento de la familia, la acogida y la escucha y/o la participación del médico tradicional, partera/o durante los procedimientos de atención para mantener la confianza y la tranquilidad de la persona, la familia y la comunidad.
- Consciencia de su pertenencia al establecimiento, la red y la comunidad.
- Conocimientos, habilidades y actitudes favorables en la aplicación obligatoria de procesos participativos en el accionar de la salud.

- Respeto y actitud favorable hacia la articulación y complementariedad de culturas médicas diferentes y a su vez promover estos valores entre sus colegas de profesión.
- Capacidad (conocimiento disposición, voluntad y compromiso) para el trabajo en equipo multidisciplinario e interdisciplinario, para contribuir a la solución de la problemática de salud de manera integral, intersectorial, intercultural y con la gestión participativa y control social, en alianzas estratégicas con las autoridades en salud y otros sectores.
- Conocimientos, habilidades y actitudes favorables en la aplicación de procesos participativos en el accionar de salud.
- Tiene habilidades sociales, de manejo de conflictos, promoción del ejercicio de derechos.

Características de las funciones del primer nivel de salud^{xxi}

Las funciones del equipo de salud de los establecimientos del primer nivel son:

- Involucramiento con la comunidad o barrio, identificándose con su cultura, haciéndose parte de su cotidianeidad, de sus celebraciones, de sus actividades productivas, de sus ámbitos organizativos, con equilibrio, respeto y sentimiento de unidad para solucionar y gestionar las acciones conjuntas con sus propias potencialidades, para resolver problemas.
- Atención integral (promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación en el ciclo de vida de la persona) interdisciplinaria y multidisciplinaria mediante el cumplimiento de normas legales y técnicas vigentes (Ley SAFCO, Protocolos de atención, etc.) con el enfoque de red y adecuación intercultural a las personas, las familias y las comunidades.
- Ejecución de procesos de promoción de la salud conforme a los protocolos de promoción y los conocimientos comunitarios, los mismos que se desarrollan de la siguiente manera:
 1. Promoción de la movilización y empoderamiento de hombres y mujeres para exigir su derecho a la salud.

2. Coordinación permanente con las autoridades locales de salud para iniciar un proceso de involucramiento con sus comunidades, es decir que a partir de reunirse con las organizaciones territoriales.
 3. Comienza una lucha al lado de su organización social para mejorar las determinantes de la salud, pero no de una manera “voluntaria” ni discursiva, sino como parte de sus funciones, elaborando proyectos, gestionando financiamiento ante la alcaldía u otra fuente, junto a la organización social.
 4. Desarrolla, con la organización social, acciones consistentes y planificadas para mejorar las condiciones de los grupos mas vulnerables de la población (ancianos, niños huérfanos, viudas, familias en mayor carestía, personas con discapacidad, etc.), gestionando ante autoridades municipales, prefecturales o del gobierno central acciones que sean necesarias y que sobrepasen la potencialidad de la misma comunidad, además de fomentar, en sus comunidades, acciones de solidaridad, reciprocidad y trabajo comunal.
 5. Organiza eventos de educación en salud de intercambio igualitario con el conocimiento comunitario, con una lógica de proceso educativo y no de evento aislado, involucrándose en los espacios/tiempos de encuentros propios de la comunidad (taypi, tinku, asambleas, cabildos, yemboati, fiestas, etc.)
- Aplicación de normativa de Referencia y Retorno de pacientes, incentivando cambios de actitud en el equilibrio de salud de los tres niveles, no solo hacia la persona sino también a la familia y la comunidad.
 - Desarrollo de la programación operativa incluyendo las actividades de control (seguimiento, supervisión capacitante, auditoria por criterios, evaluación, etc.)
 - Participación en los espacios de deliberación intersectorial para que:
 - Identifiquen problemáticas de salud.
 - Analicen las determinantes de la salud y el perfil epidemiológico.

- Tomen decisiones para implementar alternativas de solución, tomando en cuenta recursos, tiempo y responsables.
- Conozcan e informen sobre el funcionamiento administrativo y económico financiero del establecimiento de salud en el establecimiento o la comunidad y el estado de sus activos fijos.
- Implementación, seguimiento y actualización permanente de la Carpeta Familiar como instrumento esencial que permite conocer determinantes de la salud de una familia, realizar seguimiento de su estado de salud y sus derechos a la salud, en base a las visitas domiciliarias y en el establecimiento de salud.
- Producción de información de calidad del dato (SNIS) para el análisis en los Comités de Análisis de Información (CAI) y la correspondiente toma de decisiones en forma conjunta con la representación comunitaria, autoridades municipales y de otros sectores, previa realización de Análisis de la Situación en Salud (ASIS).
- Administración de los insumos bajo el Sistema Nacional Único de Suministros (SNUS), Mediante el sistema de administración logística de medicamentos e insumos (SALMI), Sistema de Administración logística (SIAL) y Sistema de Relacionamiento de medicamentos e insumos y prestaciones (SIREMIP)
- Ejecución de los seguros públicos.
- Desarrollo de la vigilancia epidemiológica, de la vigilancia epidemiológica comunitaria, con participación de la estructura social.
- Aplicación de la normativa de calidad y auditoría médica.
- Relación de acuerdos y consenso con la comunidad para la implementación de propuestas de adecuación intercultural relacionadas a la infraestructura (espacios físicos), equipamiento y horarios de atención.
- Articulación y complementación con los prestadores de medicina tradicional (curanderos, parteras) y los responsables de salud de la comunidad.

- Participación en el proceso de la integración docente asistencial e investigación enmarcados en la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y en la etno-epidemiología local.
- Contribución al resguardo y defensa del derecho propietario de los pueblos indígenas originarios y campesinos sobre los patrimonios culturales tales como conocimiento, insumos terapéuticos plantas medicinales, germoplasma, recursos naturales y medio ambiente.

Bolivia como país multicultural plurilingüe (37 etnias) tiene como mayor riqueza la diversidad cultural y por ende un “Capital Social” sólido conformado por organizaciones locales de base territorial, centrales, subcentrales, capitánías, indígenas de tierras bajas y altas, confederaciones y federaciones, regionales y provinciales de campesinos, juntas vecinales, organizaciones de mujeres campesinas, y otros.

4.2 Aplicación de la política SAFCI en el P. S. Sanandita

Hace aproximadamente 3 años en el Puesto de Salud se viene aplicando el modelo SAFCI gracias a la capacitación que recibió la auxiliar de enfermería en cursos de 8 meses de duración realizado mediante el SEDES y la cooperación de PROHISABA, y orientación a el Medico por parte de la misma.

Es así, que en el Puesto de Salud Sanandita se aplica de la siguiente manera la atención con enfoque intercultural:

- Se utiliza el idioma quechua con los y las usuarias que hablan ese idioma.
- Se tiene un acuerdo firmado con la señora Asunta Pizarro como partera tradicional.
- Se realizó la carpetización de las familias, las cuales no fueron sistematizadas.
- Se cuenta con una colchoneta para la adecuación de la atención de parto intercultural.
- Acuerdo para el horario de atención.

Ahora describiremos brevemente los términos relacionados con la parte Intercultural dentro del modelo SAFCI.

4.3 Que es cultura:

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

4.3.1 Podemos decir a cerca de las culturas:

Las culturas no son estáticas, tampoco compartimientos cerrados.

Las culturas no son excluyentes en muchos de sus rasgos recogen a otros miembros.

Alguien puede existir a la vez en la cultura Aymará y a la boliviana en otros aspectos.

4.4 Que se entiende por Interculturalidad:

El término interculturalidad nos remite a la expresión “entre culturas”, no simplemente como un contacto, sino a un intercambio basado en el respeto.

La interculturalidad es un proceso dinámico y permanente de relación de comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de igualdad, que se construye entre personas y grupos, conocimientos y prácticas culturalmente distintas. ^{xxiii}

Es convivir entre culturas, no sólo significa tolerar, respetar al otro. Es **aceptar, reconocer formas y diferencias en el pensar, sentir, hacer en lo cotidiano. Es una política de la otra cultura.** ^{xxiv}

Principios básicos de la Interculturalidad:

- Respeto
- Validez
- Comprensión
- Solidaridad
- Paciencia
- Adecuación

4.5 Interculturalidad en salud

La práctica de la medicina en el marco de la interculturalidad en salud debe tener la suficiente capacidad de relacionarse de manera creativa y positiva con otras medicinas de diversas culturas.

Entre los muchos sentidos que se dan a estas palabras los conceptos que más se aproximan e interesan en el sector salud creo son los siguientes:

- Es un conjunto de actitudes interpersonales, más que el conocimiento compartido... entre diferentes y la aceptación mutua aunque no se terminen de comprender los modos y estilos del otro.
- Se refiere a una estrategia transversal que considera, utiliza y potencia conocimientos y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad atención tanto de la medicina oficial como de las medicinas indígenas.^{xxv}
- A medida que la interculturalidad es salud, implica comunicación, es también significativo el conocimiento de códigos culturales, símbolos, manifestaciones que vienen a ser un lenguaje silencioso, ejemplo: formas de entender la enfermedad, la salud, el nacimiento, muerte, nutrición, el cuerpo, el alma.

En resumen se puede decir, que se trata más de una actitud que de una acumulación de conocimientos en salud, por lo que gracias a esta convivencia y actitud más personal, tienden a aceptarse como diferentes pero iguales al interior de proveedores / as entre proveedores / as y usuarios /as, entre biomédicos /as,

médicos /as, facultativos /as / académicos y médicos tradicionales y /o etnomédicos.

4.6 El sistema médico tradicional/etnomedicina

El carácter holístico de la medicina tradicional/etnomedicina hace que se desarrollen mecanismos de comunicación dialógica y practica en salud dirigidos a la persona como un todo bio – psico– social, espiritual.

La medicina tradicional indígena ha jugado desde siempre un papel muy importante entre los grupos originarios de Bolivia. Todas las sociedades andinas han desarrollado estrategias para prevenir y entender las enfermedades a través de un conjunto de conocimientos y prácticas imbricados en el contexto cultural que ofrece las acciones necesarias para procurar el bienestar del hombre y al mismo tiempo, dar una explicación consistente de la enfermedad^{xxvi}.

El carácter pluricultural de Bolivia también se expresa en formas de atención en salud: culturalmente estructurada en un Sistema Medico Tradicional/Etnomedico y la medicina facultativa/académica/occidental.

Para una mejor comprensión a continuación se describen marcos conceptuales de la medicina tradicional/etnomedicina y desempeños de proveedores/as tradicionales en salud.

4.6.1 Definición de medicina tradicional/etnomedicina

Conjunto de saberes y practicas milenarias ancestrales basadas en cosmovisiones propias, practica de rituales espirituales en sitios sagrados y tratamientos en salud basado en plantas medicinales, animales y minerales, para prevenir y curar las enfermedades; con conocimientos transmitidos oral e iconográficamente de

generación en generación, para mantener el equilibrio con la madre naturaleza basados en la realidad concreta para vivir bien.

4.6.2 Medico tradicionales /etnomedicos

Son hombres o mujeres que practican y ejercen la medicina tradicional/etnomedicina para el cuidado y restablecimiento físico, mental y espiritual de la persona, bajo intermediación de los espíritus tutelares ancestrales en un espacio geográfico concreto, cuya manifestación deviene de un Don como manifestación de la naturaleza (rayo, arco iris, anunciación.)

4.6.3 Categorías de proveedores /as de la medicina tradicional /etnomedicina

La presente descripción es un resumen de las características generales de los proveedores de salud tradicionales/etnomedicos conformados por:.^{xxvii}

4.6.3.1 kallawuayas

Son médicos que ejercen un práctica medica de carácter itinerante por tierras altas y otros remotos confines. Su ser itinerante se justifica como respuesta especifica en un contexto coyuntural de crisis ecológica relevante, y que esta practica pudiera localizarse en forma cronológica en pleno siglo XIX.

Características

Los kallawuayas tienen un vasto conocimiento de especies naturales, flora, fauna, sustancias orgánicas y minerales que emplean como remedios en el tratamiento de enfermedades locales.

También conocen diferentes prácticas, son especialistas en la lectura de coca, naipes y elaboración de ofrendas complejas, incenciada (sahumerio) identifican la etiología de ciertas enfermedades relacionadas con pérdida del “alma”.

4.6.3.2 Yatiris

Son especialistas locales también llamados Yatiris “el que sabe” “maestro”. El Yatiri es el especialista seleccionado por el quien le golpea hasta tres veces hasta devolverlo posteriormente a la vida.

Características

Lee con destreza la suerte en la hoja de coca como elemento de consulta a través del cual aventura los diagnósticos precisos en la clarificación de lo asuntos más diversos.

Habitado al trato con sus clientes, otorga un formato narrativo a la consulta de la coca, coherente y muy preciso, que se va adaptando a la información aportada por el /la interesado. Lee en el rostro de la persona, comunicándole la suerte o problema que puede tener.

Los Yatiris ostentan marcas en su cuerpo que conservan como su testimonio de ser elegidos sobrenaturales y muestran con orgullo a sus clientes o consultantes.

4.6.3.3 Chamakani

El Chamakani es el “dueño de la oscuridad”, lo contrario en el caso de Yatiri puede considerarse valido para este especialista

Características

El carácter específico resulta de su capacidad para comunicarse hablar con los seres tutelares aprovechando, la oscuridad las sombras y la noche. Es un eficaz intermediario entre los seres sagrados tutelares de tierras altas y la gente, el problema consultado por los pacientes es dramatizado y escenificado en una conversación que el maestro interpreta u desarrolla en la oscuridad. Convoca a los seres que lo apoyan (aphalla) y modera un dialogo entre ellos y los afectados para establecer las causas que el mal las aqueja, así como la entidad de los responsables.

El Chamacani da voz en la oscuridad a cada uno de los personajes conocidos que intervienen en la sesión (sean vivos o muertos).

4.6.3.4 Layqa o Brujo

El brujo o especialista del daño es el que conoce el camino “negro”.

Tal sospecha ocurre más fácilmente si existe algún tipo de enfrentamiento entre algún comunario, vecino o poblados y el chamacani relativo a linderos, chacras, ganado y zonas de pastoreo inapropiadas.

4.6.3.5 Jampiris

Denominado así el terapeuta tradicional Quechua cuya capacidad esta relacionada a al fitoterapia y ceremonia.

4.6.3.6 Ipaye –Sabio del Pueblo Guaraní

Es una persona que nace con esa sabiduría y conocimiento es identificando por la comunidad desde su niñez, donde la comunidad lo protege, es sucesor de otro Sabio Ipaye. A partir de sus 30 años puede proseguir con su don. Realiza ceremonias, rogamientos oraciones para la sanación del enfermo.

4.6.3.7 Imbaequeu-Brujo-APG

Es una persona con Dones de hacer daño y sanar también de acuerdo a la solicitud de las persona, ejemplo: cuando hay negación de un favor entonces el deseara algún mal para la familia y presentarse fiebre, dolor de cabeza y malestar.

4.6.3.8 Kajunches- Curanderos de la Amazonia

Personaje con capacidad curativa y ceremonial experto en el manejo de la fitoterapia basada en la planta medicinales, y elementos simbólicos existentes a nivel local

5. ASPECTOS METODOLOGICOS DE LA INVESTIGACION

5.1 Planteamiento del problema

En Bolivia las propuestas de cambio del sector salud han tenido varias etapas, la más reciente (2006), con el **objetivo de recuperar los saberes ancestrales y la medicina tradicional** dio inicio con la propuesta de la política SAFCI y la construcción del Sistema Único, consolidar el ejercicio del derecho a la salud como bien público, profundizar el proceso democrático participativo de la sociedad civil en la gestión de los programas y transparentar y mejorar la eficiencia tanto en la gestión de los recursos del Estado, como la calidad y la oportunidad de los servicios públicos para la población.

Los principales esfuerzos del Estado Plurinacional de Bolivia están orientados a eliminar la exclusión social en salud y mejorar la equidad y calidad de los

beneficios del sector salud, los que se encuentran en situación de cambio y reorientación para mejorar la inclusión, equidad en la prestación de los servicios, la eficiencia y la calidad^{xxviii}.

Una gran mayoría de la población boliviana, es heredera de cosmovisiones recurrentes dinámicas, vigorosas y vigentes que se reflejan en nuestros símbolos representados en el vestir, en la música, en las fiestas, en los idiomas o en el hablar que cada uno tiene, para representarse a sí mismo en distintos escenarios sociales.

El motivo principal por el cual se acepta el desafío de llevar adelante esta investigación es porque en el Puesto de Salud Sanandita se viene aplicando el Modelo SAFCI y queremos conocer cual es la percepción del usuario con respecto a la puesta en practica de este modelo no en su totalidad, sino mas bien haremos énfasis en el pilar de la Interculturalidad ya que se desconoce si el o la usuaria está o no satisfecho con la forma que se esta poniendo en practica este nuevo Modelo, que ha sido implementado desde el año 2008 por el actual Gobierno.

También debemos indicar que en nuestro medio existen médicos tradicionales pero se desconoce el número total en el municipio de Yacuiba. Sabemos también que sus servicios son muy requeridos por la comunidad pero no se sabe en que magnitud, tampoco lo expresan libremente los pacientes al momento de la consulta con el medico occidental por temor muchas veces a que estos les llamen la atención.

5.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la Percepción de la satisfacción de los/ las usuarias acerca de la aplicación de procesos de interculturalidad en el P.S. Sanandita, dentro el nuevo modelo SAFCI Yacuiba-Tarija agosto 2011?.

5.3 Objetivos de la investigación

5.3.1. Objetivo General

Describir la Percepción de satisfacción de los/las usuarias acerca de la aplicación de los procesos de interculturalidad en el P.S. Sanandita, dentro el nuevo modelo SAFCI Yacuiba-Tarija agosto 2011.

5.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el trato que reciben los usuarios del servicio de salud durante la consulta con enfoque intercultural.
- Determinar si los y las usuarias recibieron información sobre la articulación de la Medicina Tradicional y la Medicina Científica
- Describir el conocimiento de los Medicamentos Naturales utilizados y sus usos
- Realizar un proyecto de intervención para mejorar el conocimiento sobre el nuevo Modelo SAFCI.

5.4 Justificación

El motivo por el cual se realiza la investigación es porque la medicina académica no soluciona la dolencias de marcado carácter cultural étnico, y la población acude a la medicina tradicional para poder solucionar estos problemas ya que el médico académico orienta de diferente manera al paciente, lo cual genera cierta confusión, duda, desconfianza, y probablemente bajas coberturas en los servicios de salud.

Muchas veces los usuarios y usuarias de los servicios de salud acuden primero a la medicina tradicional, pero no lo mencionan ya que esto es reprochado por el personal de salud académico, que por tener una visión muy occidentalizada sobre la salud no aceptan la concepción ni el fundamento de la medicina tradicional (transmisión de saberes, escogidos por algún suceso), porque los modelos de salud implementados en el país no se contextualizan en realidades y necesidades, que puedan resolver las demandas nacionales de las naciones indígenas originarias, campesinas y comunidades interculturales de Bolivia.

El sistema, en efecto, pretende hacer creer que la única medicina válida es la llamada “medicina científica”, desconociendo de manera categórica los usos y costumbre de los pueblos indígenas originarios, que como se sabe cuentan con diversos sistemas propios según su cosmovisión de la vida y por ende el proceso salud – enfermedad y no descartan porque es inherente a ellos el concepto de medicina tradicional.

Es importante resaltar la exclusión por parte del pensamiento occidental de la dimensión espiritual, lo religioso lo sagrado que constituye un nuevo tabú de una ciencia que se erige. Se intenta reducir toda problemática con interrogantes existenciales o metafísicas en una cuestión mental. Donde lo espiritual sería un subproducto de lo mental, una fabricación de la sique. Sin embargo los factores religiosos y espirituales influyen poderosamente en la experiencia y la representación de la enfermedad.

En cambio las medicinas ancestrales muestran una coherencia muy marcada con el pensamiento relativista. Los últimos aportes de las diversas disciplinas científico modernas confortan las “palabras de los chamanes” y contradice la de los médicos^{xxix}.

En este sentido las enfermedades pueden no tener un sustrato orgánico pero siempre estará presente su contenido psico-social y cultural. Los síndromes

dependientes de la cultura como el susto, la caída de mollera, empacho, mal de ojo, mal aire o hechicería, nos interesan no por su peculiar exotismo sino porque expresan realidades epidemiológicas distintas a las concebidas por la medicina académica, pero sobre todo, porque son tan sufridas y padecidas por nuestros pacientes amerindios como aquellas que atiende la propia biomedicina.^{xxx}

Debemos empezar a valorar lo nuestro, buscar la reconciliación y convivencia entre proveedores facultativos/académicos de la biomedicina y la proveedores de la medicina tradicional/etnomédicos; es el único escenario para mejorar la salud y disminuir brechas existentes, para construir entre ambas medicinas un proyecto común y democrático en salud.

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

Por lo tanto debemos aceptar que la medicina tradicional es una alternativa para mejorar la salud de la comunidad y empezar a tolerarnos entre ambos sistemas médicos, tanto académico como tradicional para poder mejorar la salud de nuestra comunidad y enmarcarnos en la nueva constitución Política del Estado.

Debemos iniciar un proceso en el que se debe empezar a articular la medicina occidental y la medicina tradicional para brindar una atención de calidad, con respeto de las diversas culturas y con equidad.

Es importante conocer si el enfoque intercultural que se brinda en el servicio de salud es adecuado, para poder modificar conductas si así fuera necesario para poder brindar una mejor atención desde la perspectiva de los/las usuarias.

El propósito de esta investigación es poder ver si el proceso de interculturalidad que se está llevando a cabo en el servicio de salud Sanandita es satisfactorio para la población, considerando que el mencionado servicio se encuentra ubicado en el área rural y cuenta con usuarios tanto de origen quechua, aymara, guaraní y mestizos para reforzar la conceptualización de interculturalidad en salud, conocer la percepción acerca del uso de plantas medicinales, **la inclusión de los Médicos Tradicionales en el servicio de salud**, el trato que reciben durante la consulta externa, preferencia para optar por un sistema médico, percepción de la población de la atención de partos por partera tradicional y el idioma utilizado durante la consulta.

Todo esto para poder realizar actividades, y poder abordar vías alternativas que deben desarrollarse para contribuir en el nuevo Modelo de salud, accesible, equitativo, eficiente, eficaz y de calidad dentro la nueva política SAFCI, ya que en los extremos poblacionales las políticas públicas están prácticamente olvidadas por la importancia que le dan las propias autoridades, con frecuencia vemos que es en el eje troncal La Paz, Cochabamba y Santa Cruz las que reciben mas atención.

5.5 Diseño de investigación

El estudio que se pone a consideración será con el enfoque de la investigación cuantitativa de tipo descriptiva que expresa la trascendencia del problema, como lo percibe la gente.

Es importante considerar aspectos relativos al tipo de investigación incorporados a los objetivos establecidos, ello incluye las técnicas e instrumentos que se emplearán en la recolección de los datos y las características esenciales de los mismos, las formas de recolección de datos, presentación de los datos, el análisis e interpretación de los resultados de la investigación propuesta.

5.6 Tipo de diseño

No experimental^{xxxi}: En la investigación no experimental las variables independientes ya han ocurrido y no pueden ser manipuladas, el investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos, sin embargo a partir de dichos efectos es que el investigador recién puede desenvolverse y tratar de superar lo que en un inicio no fue posible advertir.

5.7 Tipo de investigación

Cuantitativa: descriptivo, observacional transversal.

5.8 Población y Muestra

La población o universo del estudio es de 125 pacientes que acudieron a la consulta externa durante los 17 primeros días del mes de agosto del 2011.

El muestro fue hecho en base a un muestreo aleatorio simple al azar.

Se ha considerado una probabilidad de encontrar a 90 % de personas para realizar la encuesta y un 10 % de no hacerlo. Para el nivel de confianza se ha considerado 95% con estos criterios y basados en una hoja de cálculo Excel propuesta por el Lic. Pablo Sánchez Villegas. Llegando a ser 66 encuestas las que deben realizarse, como tamaño muestral definitivo.

5.9 Criterios de selección de la población de estudio

- Hombres y mujeres mayores de 15 años que acuden al P. S. Sanandita
- Personas que buscan atención a terceros.
- Personas que están presentes en el servicio de salud y fuera del servicio.

5.10 Técnica

Se realizó en base a la aplicación de una encuesta, diseñada por el Dr. Carlos Tamayo C. con un cuestionario semi-estructurado.

5.11 Fases de la investigación

Aplicación de encuesta

Calculo de resultados en hoja Excel

Interpretación y Análisis de las respuestas

Informe final

6 Resultados

6.1 La comunidad de Sanandita

6.1.1 Generalidades

La comunidad de Sanandita fundada el 15 de noviembre del año 1733, se encuentra ubicada en el departamento de Tarija en la provincia Gran Chaco primera sección (cantón Caiza), al norte de Yacuiba a 40 Km. y al sur de Villamontes a 75 km. entrando 7 km. de la carretera Yacuiba – Santa Cruz hacia la serranía del aguaragüe, la misma cuenta con un territorio de 1700 hectáreas, donde se observa quebradas como la de Sanandita, vertientes, la laguna denominada Escobar y el cerro del Aguaraagüe

Sanandita tierra de machos tumba de cobardes es el lema que emplean las fuerzas armadas acantonadas en esta localidad, cuenta con aproximadamente 350 habitantes según población dada por el SEDES para el 2009, pero que no toma en cuenta a la población de la institución militar por ser una población migrante y tener servicio de salud COSSMIL.

En otrora tierra petrolera primera refinería de Bolivia, primera comunidad del chaco, con el primer hospital del chaco, dejando de producir petróleo en la década de los 70.

La salud en las comunidades rurales, donde la tasa de mortalidad infantil con frecuencia es más alta o al doble de las tasas nacionales, debiéndose a factores como las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y la desnutrición pueden ser prevenidas y mitigadas en su evolución^{xxxii}. Mediante el entrenamiento en la crianza de los niños y niñas, la lactancia materna, las campañas de Inmunización, los proyectos de seguridad alimentaría y la implementación de medidas higiénicas sanitarias que ayudan a combatir estos problemas de salud

todas dentro el marco de la nueva Política SAFCI que se lleva adelante en nuestro país hace aproximadamente 3 años.

6.1.2 Salud

a.-Situación en salud

El sector cuenta con un Puesto de Salud de primer nivel, localizado en la localidad de Sanandita el mismo brinda los servicios básicos a los pacientes del lugar. Para prestar sus servicios el puesto de salud cuenta con 7 ambientes, en los cuales brinda atención en consulta externa, enfermería y Odontología.

Cuadro Nº 3 Recursos humanos existentes en el Puesto de Salud Sanandita,
Gestión 2011

NOMBRE	CARGO	Fuente de financiamiento
Dra. Jaqueline Lizarazu B.	Medico responsable del servicio	Contrato Sub-Gobernación de Yacuiba
Dr. Diego A. Aparicio R.	Odontólogo	Contrato Sub-Gobernación de Yacuiba
Aux. Calixta Avenante C.	Auxiliarde enfermería	HIPIC

Fuente: Elaboración propia.

Areas de influencia P. S. Sanandita y población asignada.

Cuenta con una población asignada de 952 habitantes.

Cuadro N° 4 Distribución de la población por comunidad y modalidad de atención, del P.S. Sanandita - Yacuiba Tarija, 2010.

Nombre de la Comunidad	Población	N° de viviendas	Modalidad de atención			
			En Establecimiento de Salud	Por Equipo Móvil regular	Por Campaña	Otro
Villa Primavera	500	90	X	X	X	X
La Pachal	10	2	X	X	X	X
El Chorro	30	10	X	X	X	
Sanandita	412	110	X			X
TOTAL	952	202				

Fuente: Actualización del Módulo de información básica 2010

Morbilidad

Cuadro N° 5 Principales 10 causas de morbilidad en consulta ambulatoria, en menores de 5 años, Puesto de salud Sanandita, 1er. Semestre de la gestión 2011.

N°	Causas	Frecuencia	Porcentaje
1	IRA	174	53.2
2	EDA	47	14.3
3	Salmonelosis	25	7.6
4	Impétigo/Piodermitis	19	5.8
5	Conjuntivitis Aguda Bact.	13	3.9
6	Micosis cutánea	12	3.6
7	Absceso	10	3
8	Parasitosis	8	2.4
9	Dermatitis del pañal	7	2.1
10	Fiebre tifoidea	6	1.8
	Total	327	100

Fuente: Libro N° 4 de consulta externa 2011

El cuadro nos indica un perfil epidemiológico con predominio de enfermedades infecto contagioso compatible con perfiles de poblaciones en condiciones precarias de vida, además, con un ambiente inhóspito por la presencia de parásitos o tierra.

En este marco epidemiológico, las intervenciones de educación e información sanitaria ayudan para paliar este tipo de problemas de salud, pero el cambio de hábitos y cambio de conductas lleva cierto tiempo y ganas de la población. En la actualidad muchos de estos problemas se están comenzando a mejorar con el recojo de basura, pavimento de las calles, asumimos que este perfil patológico cambiara con la implementación de novedosas estrategias sanitarias.

Cuadro N° 6 Principales 10 causas de morbilidad en consulta ambulatoria, en personas de 21 a 59 años, Puesto de salud Sanandita, 1er. Semestre de la gestión 2011.

N°	Causas	Frecuencia	Porcentaje
1	IRA	105	29.8
2	gastritis	59	16.7
3	Cefalea	35	9.9
4	Lumbalgia	29	8.2
5	Contusión	28	7.9
6	EDA	27	7.6
7	Cólico Abdominal(Colecistitis y otros)	21	5.9
8	Infección Urinaria	17	4.8
9	Candidiasis Vulvo-vaginal	17	4.8
10	Fiebre Tifoidea	14	3.9
	Total	352	100

Fuente: Libro N° 4 de consulta externa 2011

El cuadro nos indica un perfil epidemiológico con presencia de enfermedades infecto contagiosas, y enfermedades propias de países en desarrollo, también existen patologías como las gastritis que pueden ser causadas ya sea por el estrés, la dieta o infecciones compatible con perfiles de poblaciones en crecimiento, pese a eso muchas de estas patologías pueden ser prevenidas con mejoras en las medidas sanitarias.

Prestación de servicios y gestión

En el servicio se atiende los seguros de SUMI, SUSAT⁶ y atención a pacientes sin seguro, se cuenta con el servicio de Medicina General, enfermería y Odontología.

6.1.3 Salud no convencional

En la comunidad de Sanandita existe un médico tradicional y partera tradicional la Sra. Asunta Pizarro A.

6.1.4 Rasgos culturales de la población que acude al Servicio de Salud Sanandita

a. Procedencia o Lugar de Origen

Durante los últimos 30 años hubo una importante migración de la población de origen quechua procedente del interior del país principalmente del departamento de Chuquisaca, y la población militar no es estable provienen de varios departamentos, la población del interior representa aproximadamente el 70% y solamente el 30% de la población del lugar o la región.

b. Idioma

El idioma que predomina en la población es el castellano en un 90 % en Sanandita, 10 % quechua y guaraní, En Villa primavera sin embargo por la

⁶SUSAT seguro de salud autónomo de Tarija

presencia de población del interior del país principalmente de áreas rurales se habla el quechua y el castellano en aproximadamente 50 %.^{xxxiii}

c. Religión

La población de las comunidades es predominantemente católica pero también se ve la presencia de 1 Iglesia Evangélica.

6.1.5 Educación

a. Educación formal.

El área de educación formal se desarrolla en 2 Unidades Educativas de dependencia pública, concentradas en el núcleo Yaguacua con una población estudiantil de 150 alumnos/as distribuidos en los niveles inicial y primario.

Las dos Unidades educativas se diferencian porque la Unidad Educativa Héroes del Boquerón es considerada Urbana y la U.E. Villa Primavera es considerada rural. Ambas infraestructuras educativas, cuentan con los servicios de agua por cañería, alcantarillado sanitario, luz eléctrica y la de U.E. Villa Primavera cuenta con vivienda para los maestros.

Cuadro N° 7 Distribución de alumnado y plantel docente, según establecimiento y comunidad en el que se encuentran ubicados, gestión 2011

Comunidad	Nombre del establecimiento	Grado de escolaridad	Nº de alumnos	Nº de personal
Sanandita	U.E. Héroes del Boquerón	Nivel inicial y primario hasta octavo.	85	12
Villa Primavera	U.E. Villa Primavera	Primario	71	6

Fuente: Dirección de establecimientos.

El personal tiene una relación de 2 a 1 pese a que la cantidad de alumnos es una relación cercana de 1 a 1.

b. Cobertura educativa

La cobertura de la educación no es al 100% no por que falte infraestructura si no que hay algunos padres que no envían a la escuela a sus hijas por que deben ayudar en la casa (ej. Flia. Villca-Mamani)

Educación no formal.

Existe un taller de costura donde la profesora depende la alcaldía, fuente encargada del taller de costura en la Comunidad de Sanandita.

En la comunidad de Villa Primavera ocasionalmente existen cursos de tejido.

6.1.6 Condiciones climatológicas

El clima es variado en las mañanas la temperatura no supera los 25 ° C, en las tardes la temperatura se eleva hasta los 30 a 35 °C. Una brisa templada acompaña la perplejidad serena del poblado en las noches y hace que los termómetros marquen 15 a 18 grados.

Cuadro N° 8 Condiciones climatológicas en la comunidad de Sanandita 2011

FACTORES CLIMÁTICOS	EPOCA	DURACION	FRECUENCIA
Vientos	Julio Septiembre	- 1 a 3 meses	Anual
Calor	Octubre - Enero	1 a 4 meses	Anual
Frío	Abril - Agosto	1 a 5 meses(mayor intensidad junio y julio)	Anual
Lluvias	Enero - Marzo	1 a 3 meses	Anual

Fuente: Elaboración propia según histórico

Aunque estos últimos años la frecuencia en la que se presenta estos factores va

cambiando y ya no es segura la fecha de aparición, debido al Cambio climático que afecta al mundo entero.

En los factores medioambientales tenemos a las reservas de petróleo, que el 2008 – 2009 yacimientos entro a sellar los pozos antiguos ya que existía derrame y contaminación de los ríos y más que todo afectaba a las comunidades de El Chorro y Sanandita Viejo.⁷

6.1.7 Servicios básicos de la vivienda y saneamiento

Cuadro N° 9 Distribución según presencia de servicios básicos por comunidades, P. S. Sanandita.

Comunidad	Porcentaje Servicios básicos existentes			
	Electricidad	Agua por cañería	Alcantarillado	Eliminación de basura
Sanandita	90%	100%	94%	97%
El Chorro	0%	90%	0%	0%
La Pachal	0%	0%	0%	0%
Villa Primavera	90%	98%	80%*	50%*

Fuente: Modulo de información básica y ASIS gestión 2009 (Sanandita y Villa Primavera)

*Fuente elaboración propia en base a versión verbal emitida por corregidor.

En cuanto a la eliminación de excretas es importante hacer notar que en la comunidad de Villa Primavera pese a tener Alcantarillado muchos de sus baños no están conectados al servicio, porque quedaron lejos de la boca de conexión y por falta de recursos económicos no conectaron el baño con el sistema⁸.

6.1.8 Centros de abastecimiento y comercialización

⁷ Según comunicación de un comunario de El Chorro

⁸ Según versión de comunarios de La Granja.

En ninguna de las comunidades existe un centro de abastecimiento como mercado, lo único que se tiene en las comunidades de Sanandita y Villa Primavera son tiendas de Barrio.

6.1.9 Infraestructura vial

Se llega a las comunidades partiendo de Yacuiba por la carretera a Santa Cruz, a nivel del Km. 40 la ruta es asfaltada, desviando a mano derecha 7 Km. hasta llegar a la comunidad de Sanandita y en medio camino se encuentra Villa Primavera la ruta es de pavimento rígido, Siendo esta la ruta 9 la carretera principal y el resto de los caminos es ripiado hacia las distintas comunidades.

El transporte es a través de taxis de las líneas 2 de agosto y El chaqueño.

6.1.10 Áreas de recreación y áreas verdes

Solo Sanandita cuenta con 3 Plazuelas: La primera ubicada en la entrada por el arco de la moral llamada Manuel Franco Vaca, la segunda al lado del centro de salud y la tercera frente al teatro cóndor la plazuela del Petrolero.

Las tres son muy concurridas por la gente de la comunidad mas en horas de la noche.

6.1.11 Centros culturales y deportivos

Solo se cuenta con campos deportivos que detallamos a continuación, existe el teatro Cóndor pero que no se lo utiliza como teatro sino como centro de instrucción militar.

Cuadro N° 10 Distribución de centros deportivos por comunidad, 2011

Comunidad	Canchas	
	Fútbol	Poli funcional
Sanandita	1 (Campo Salado)	1
Villa primavera	1 Betania	1
El Chorro	0	0

La Pachal	0	0
------------------	---	---

Fuente: Elaboración propia.

Cuadro N° 11 Organizaciones Sociales y dinámica con el sector salud, 2011.

Organización	Rol y funciones	Dinámica con salud.
OTB	<p>Controlar y ver las necesidades del servicio.</p> <p>Gestionar proyectos para la comunidad.</p> <p>Elaborar proyectos en beneficio de la comunidad.</p>	<p>Apoyar en las actividades programadas con el centro de salud.</p>

Fuente: Elaboración Propia.

Cuadro N° 12 Instituciones públicas y dinámica con el Estado, 2011.

Institución	Rol y funciones	Dinámica con salud	Nivel de coordinación
FF.AA.	<p>Vigila convivencia</p> <p>Apoya en contingencias</p>	<p>Formación de centinela de la salud.</p> <p>Apoya en realización de campañas de limpieza e inmunización.</p>	Comandante
Universidades	<p>Profesionaliza a estudiantes</p> <p>Capacita a RRHH de SEDES</p>	<p>Rotación de prácticas con enfermería y medicina</p>	Coordinador del internado rotatorio.
Unidades Educativas del		<p>Apoya en programas de salud.</p>	Con el Director o encargado de la

sector			Unidad.
--------	--	--	---------

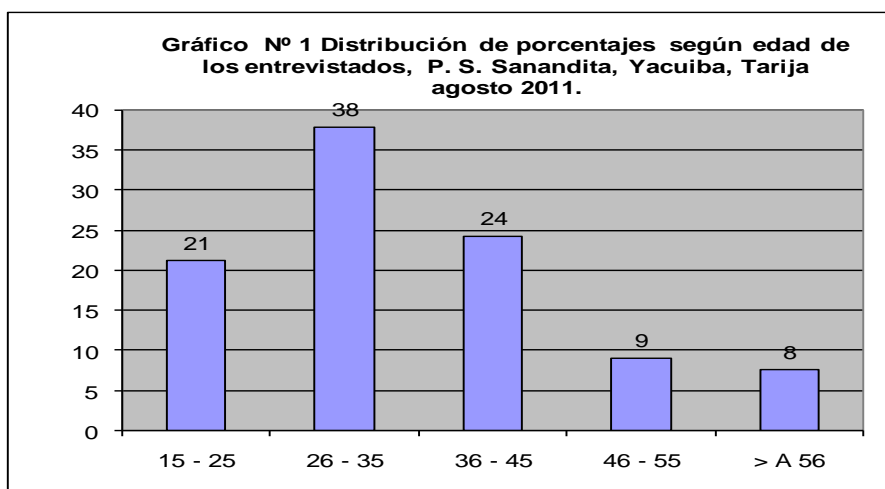
Fuente: Elaboración propia.

Cuadro Nº 13 Instituciones de las comunidades de Sanadita - Villa Primavera y dinámica con la sociedad civil, 2011.

Institución	Dinámica con salud	Nivel de coordinación
Comunidad	Orientación en Planificación familiar. Orientación en Chagas	Presidente de OTB
Unidades Educativas del sector	Charlas educativa a los niños.	Con el Director.

Fuente: elaboración propia

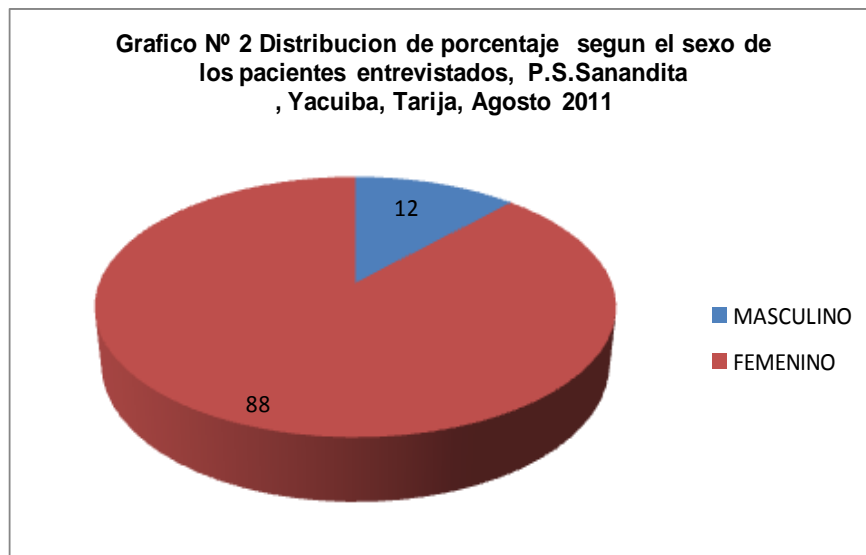
6.2 Análisis de los resultados



Fuente: Entrevista propia.

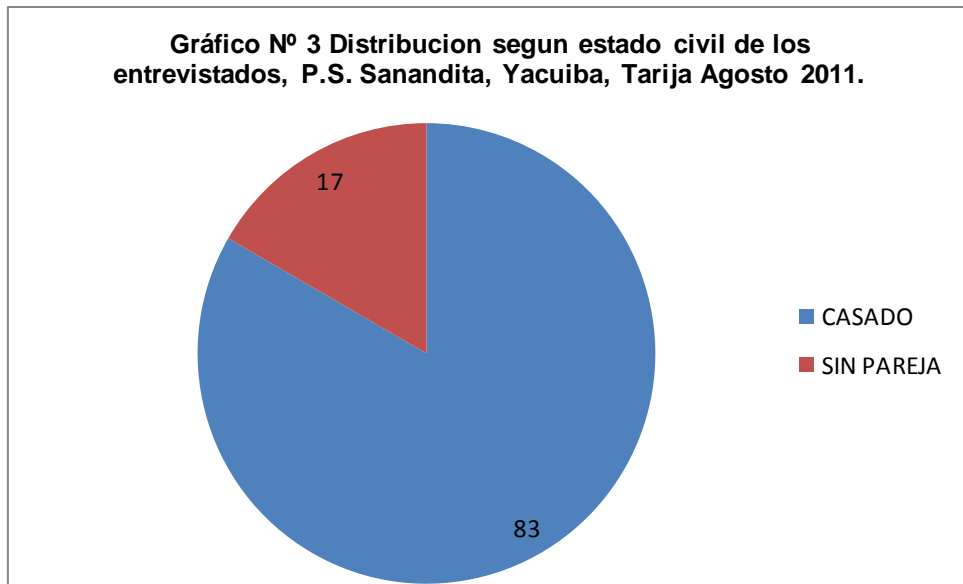
83% de las personas entrevistadas, que acuden al servicio de salud están en la edad productiva o sea, entre 15 y 45 años. Esta se convierte en una ventaja para la investigación y el proyecto de intervención siendo que es la edad que más

influencia tiene en el contexto del hogar y la comunidad, esta circunstancia nos permitirá trabajar con este grupo de población de más fácil acceso y disponibilidad para el proceso de articulación de los médicos tradicionales.



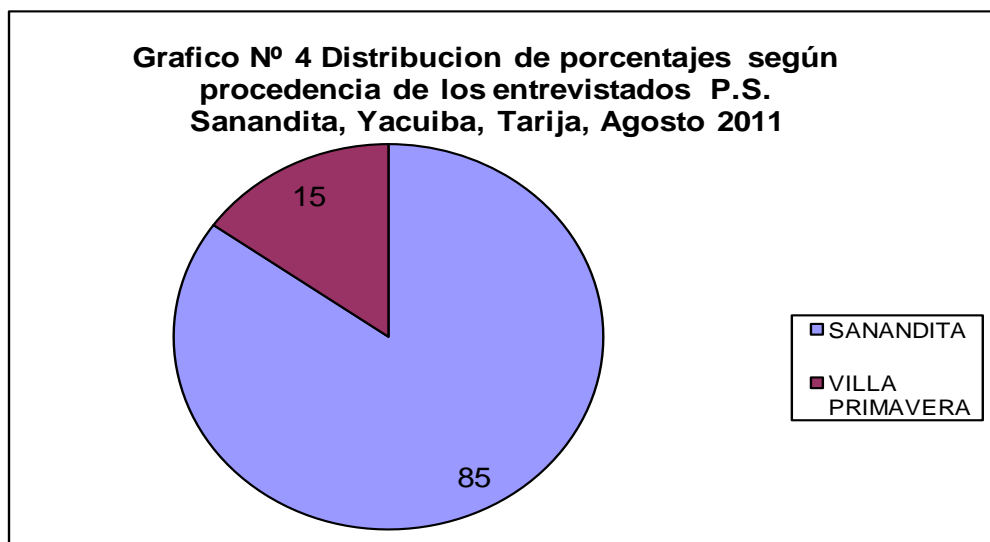
Fuente: Entrevista propia.

El 88% de las personas que acuden al servicio de salud es de sexo femenino y el resto es masculino. Encontramos otra ventaja comparativa para el trabajo comunitario, en Sanandita es la mujer la encargada de los trabajos comunitarios y fundamentalmente es la mama la encargada de la salud de los miembros del hogar.



Fuente: Entrevista propia

EL 83% de los entrevistados en el servicio de salud respondieron que su estado civil es casado.

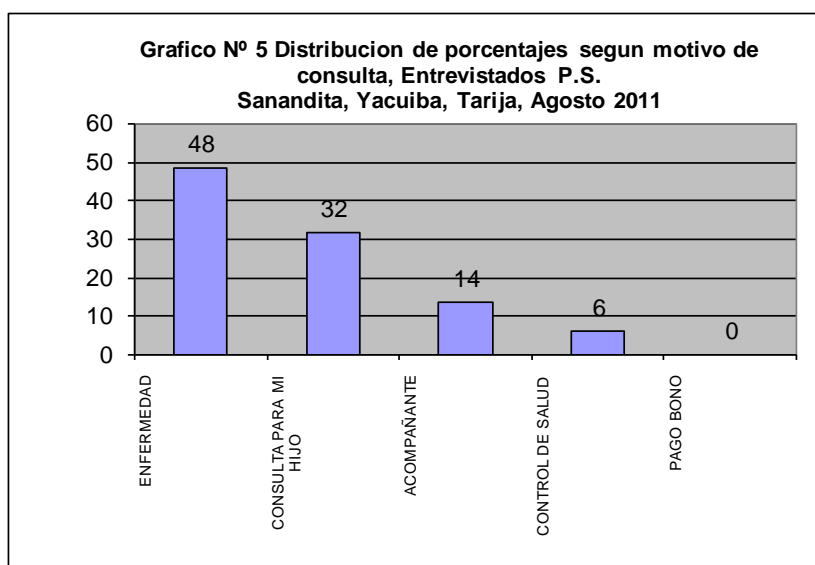


Fuente: Entrevista propia.

El 85% de los Entrevistados que acudieron al servicio de salud son de la Comunidad de Sanandita, y el 15% es de la comunidad de Villa Primavera.

Vemos que el porcentaje de entrevistados según procedencia que acudió a la consulta durante el estudio de Villa Primavera es menor probablemente por la distancia que separa a la comunidad del servicio de salud y la poca cantidad de vehículos de transporte para poder ir al mismo, ya que la distancia entre el centro de salud y la comunidad es de 5 Km e ir caminando implica aproximadamente entre 1 hora a 1 y ½ hora y cuando van con niños es un poco más.

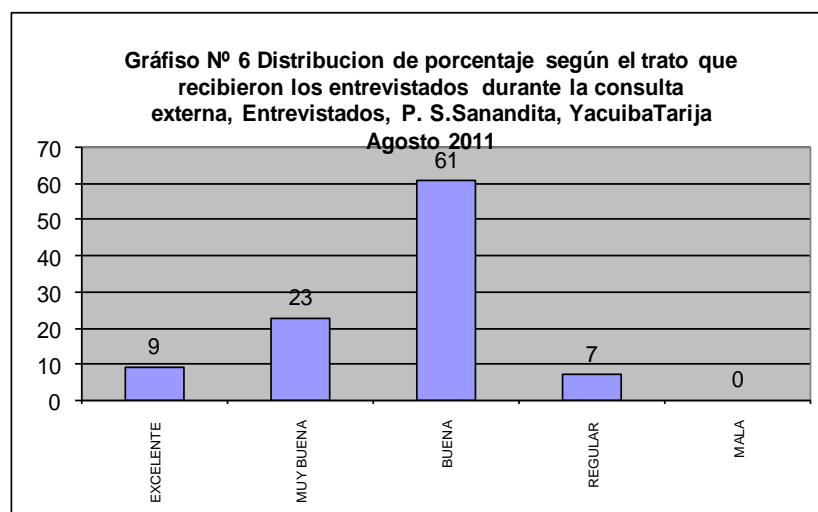
Además la mayor cantidad de las consultas en esa comunidad es cuando se realiza las visitas multiprogramáticas.



Fuente: Entrevista propia.

Llama la atención que la población sigue con una conducta remedial o de curación de sus problemas de salud, el gráfico muestra que la gente acude a los servicios de salud cuando está enferma en un 48% ya sea ella misma o algún otro miembro de la familia, en contraste a 6% indicador de la gente que acude para un control de su salud, lo que implica que las medidas de prevención siguen siendo resagadas por la población a pesar, de los esfuerzos del Sistema de Salud en promoción de la salud.

Llama la atención que durante esta investigación nadie acudió solamente para el pago del bono⁹ siendo un programa insertado por el gobierno para poder disminuir la mortalidad materno y la desnutrición infantil. Lo que hace notar que la prevención de las enfermedades mediante controles de salud como rutina no es una cultura en nuestra población.



Fuente: Entrevista propia.

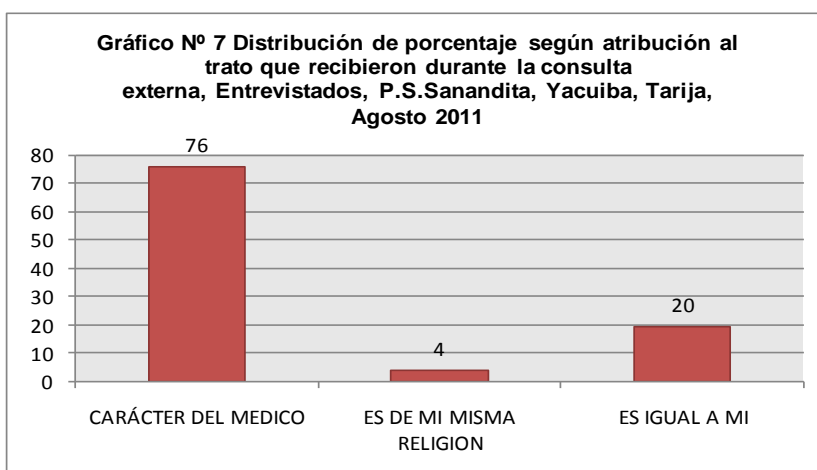
Más de la mitad de las personas que acudieron a la consulta externa refieren que el trato que recibió fue de bueno a excelente, muy pocos opinaron que el trato recibido fue regular y nadie opino que el trato fuera malo. Pese a que el trato no es intercultural.

Al parecer el idioma que mayoritariamente la gente habla -castellano- es un factor positivo, siendo que el personal de salud habla también el mismo idioma.

El personal de salud que trabaja con pueblos y con pacientes indígenas tiene aparte de sus responsabilidades técnicas, otra responsabilidad profesional y ética, consistente en estar informado de las características económicas, políticas, sociales y culturales de los pueblos en que ha decidido trabajar, independientemente de que haya sido enviado o que el haya escogido el lugar de

⁹Bono implementado por el gobierno para reducir la Mortalidad Materna y la desnutrición infantil. Denominado Juana Azurduy. Que se otorga a la mujer embarazada por la realización de controles prenatales y atención del parto en servicios de salud y por el control bimensual de los niños menores de 2 años.

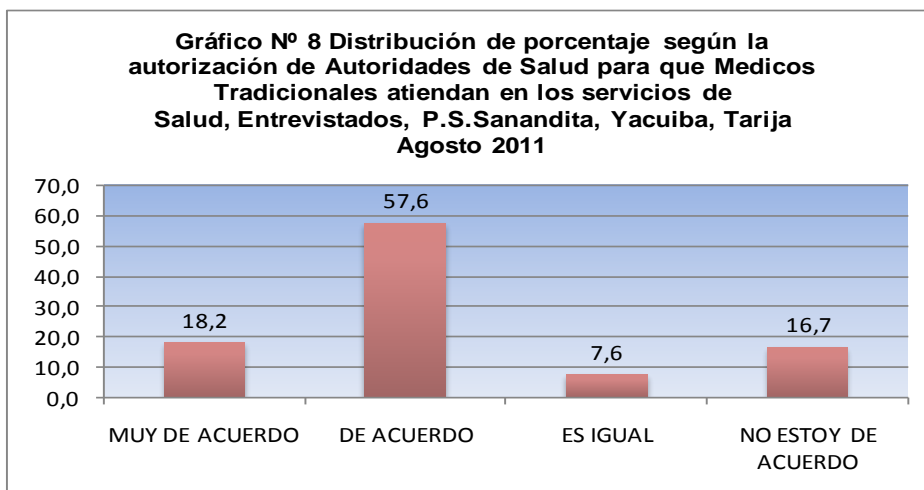
trabajo en un contexto intercultural, basada en competencias culturales adicional a sus competencias técnicas y sociales.



Fuente: Entrevista propia.

El 75% de las personas entrevistadas atribuye el trato recibido durante la consulta externa al carácter del médico, el 5% a que es igual a el y el 20% a que es de su misma religión.

Para que se pueda llevar a cabo un buen proceso de interculturalidad es la igualdad de las personas la que debe primar ya sea del médico al paciente o viceversa y no simplemente es suficiente que el médico tenga buen carácter, aunque influye mucho.

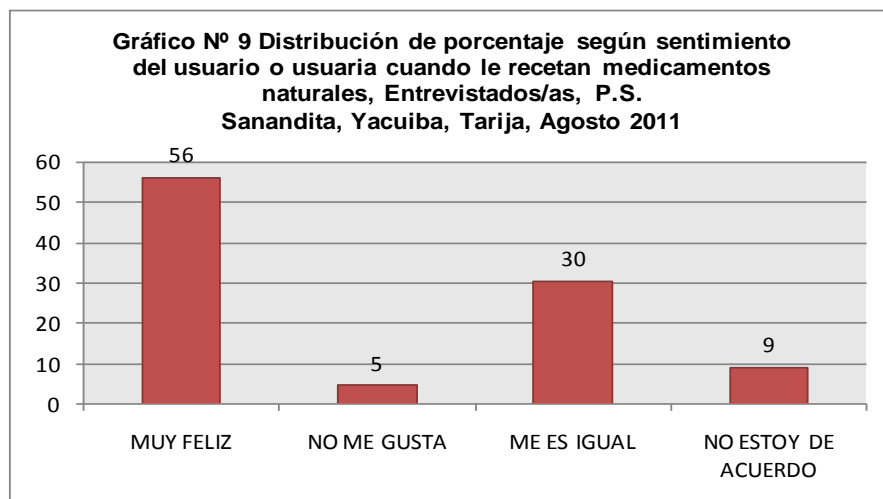


Fuente: Entrevista propia.

El gráfico nos muestra que el 58% de los Entrevistados esta de acuerdo en la inclusión de los médicos tradicionales en los servicios de salud, y un 17% no está de acuerdo.

Con el actual modelo SAFCI los médicos tradicionales deben ser incluidos dentro los servicios de salud y esta aceptación por parte de la población puede que ayude a que este modelo sea puesto en marcha con éxito en nuestro país.

La medicina tradicional indígena ha jugado desde siempre un papel muy importante entre los grupos originarios de Bolivia. Todas las sociedades andinas han desarrollado estrategias para prevenir y entender las enfermedades a través de un conjunto de conocimientos y prácticas imbricados en el contexto cultural que ofrece las acciones necesarias para procurar el bienestar del hombre y al mismo tiempo, dar una explicación consistente de la enfermedad.



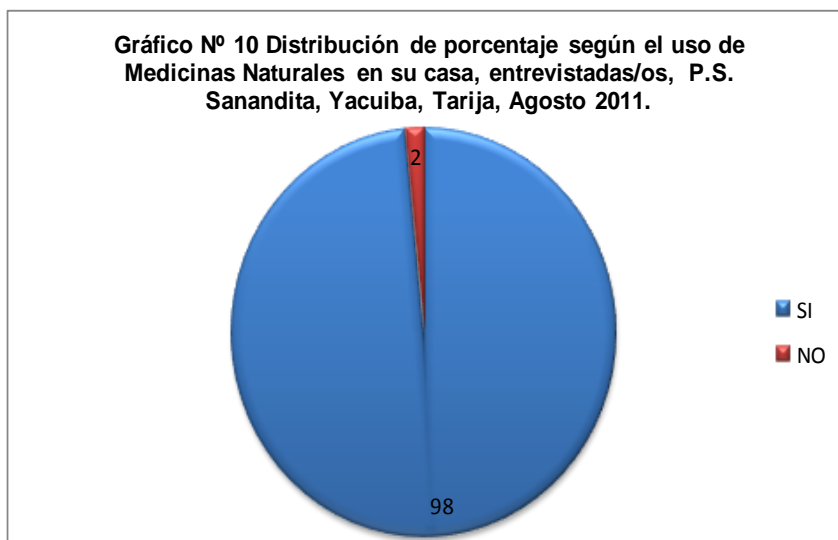
Fuente: Entrevista propia

El 56% de los Entrevistados se siente muy feliz cuando le recetan un medicamento natural, al 5% no le gusta, y 9% no está de acuerdo en que le receten medicina natural.

Las civilizaciones antiguas adoraron muchas plantas por sus propiedades curativas. Este conocimiento se fue transmitiendo a lo largo de los siglos, sin que se supiera porque y como actuaban, pero sí era indiscutible que las plantas podían curar diversas afecciones y constituían la mayor fuente de medicamentos para el hombre y los animales.

Hoy se sabe que las propiedades medicinales de las plantas son responsabilidad de algunos grupos de sustancias de diversa composición química conocidas como metabolitos secundarios; o sea, productos resultantes de distintos procesos.

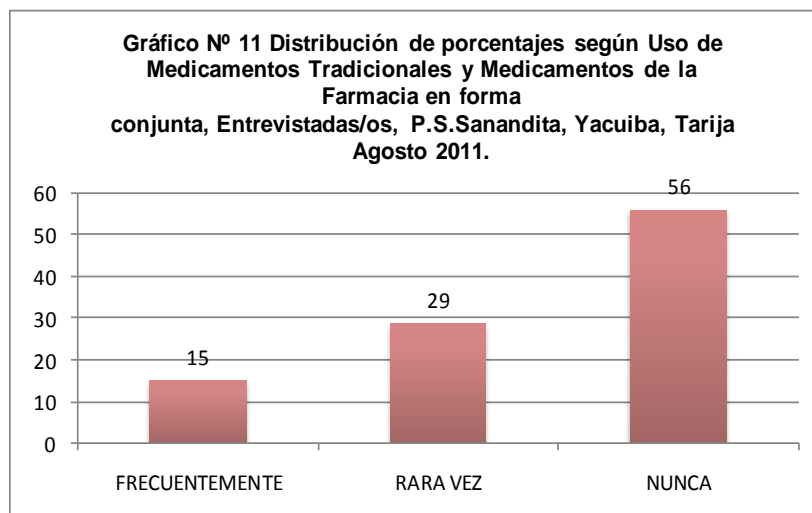
Lo que es muy favorable para la aplicación de los saberes ancestrales en cuanto al conocimiento por ejemplo del uso de las plantas medicinales.



Fuente: Entrevista propia.

El 98% de los Entrevistados utiliza medicinas naturales en su casa y solo un 2% no utiliza.

En la medicina indígena y en los recursos caseros utilizados por las familias indígenas, la herbolaria es un elemento fundamental. Su conocimiento y su uso se extienden por toda América, y el estudio sistematizado ha conducido a la confección de un cuadro básico de remedios herbolarios cuyo origen geográfico es diverso, de tal modo que son usadas plantas medicinales nativas, así como también las procedentes de Europa, África, Asia e incluso Australia.



Fuente: Entrevista propia.

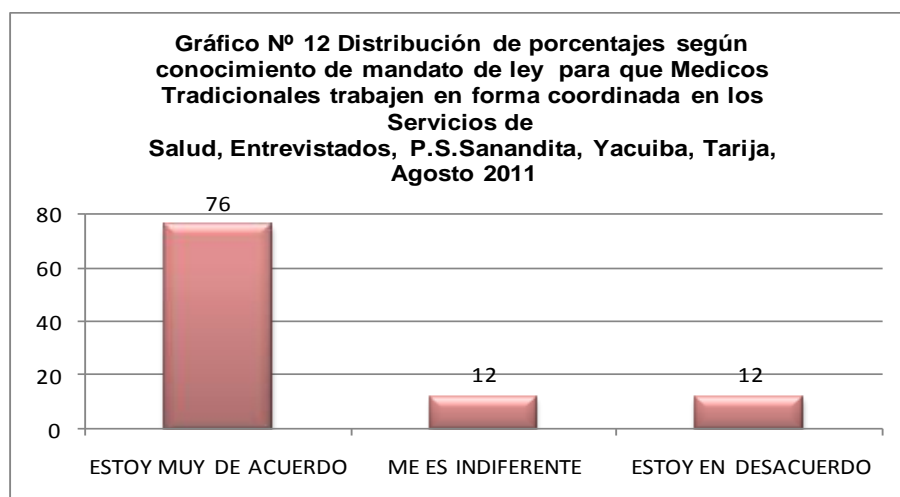
El 56% nunca usa en forma conjunta los medicamentos tradicionales y medicamentos de la farmacia, el 15% lo hace frecuentemente y el 29% mezcla ambos rara vez.

La mezcla de ambos medicamentos es poco frecuente en el área rural ya que por la accesibilidad a los medicamentos tradicionales se los usa solos. La accesibilidad no solo referida en cuanto al costo si no también a la disponibilidad de estos medicamentos.

Además en la actualidad las farmacias institucionales solo tienen medicamentos que usan los médicos científicos y no plantas medicinales.

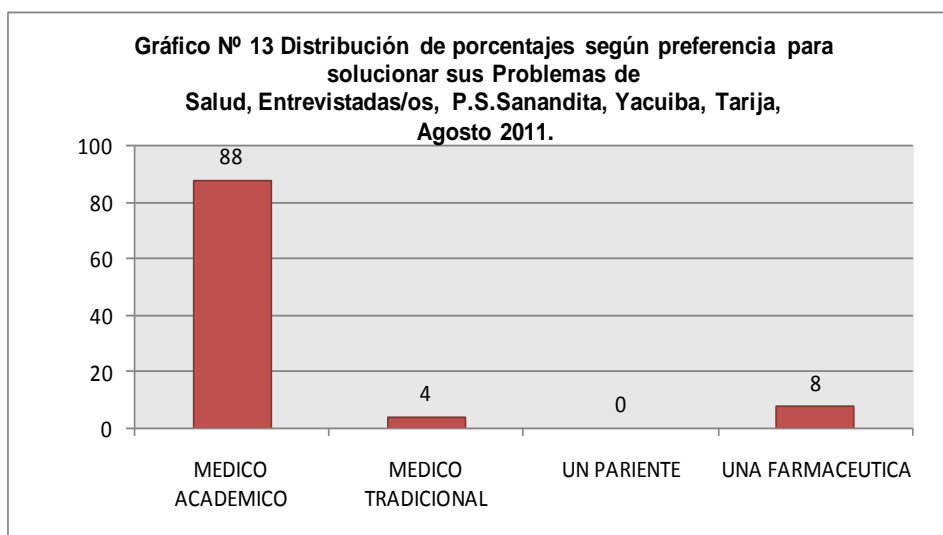
Se tiene antecedentes de farmacias mixtas en varios países, sobre todo en México. En nuestro país existen las experiencias de Rakay Pampa en Cochabamba y otros.

La introducción de medicamentos tradicionales en los protocolos de tratamientos hospitalarios dará la posibilidad al paciente de elegir la medicación que prefiera y así conseguir que en los Hospitales se practique medicina científica basada en la evidencia, sin destruir la cultura de la gente, respetando sus creencias y costumbres.



Fuente: Entrevista propia.

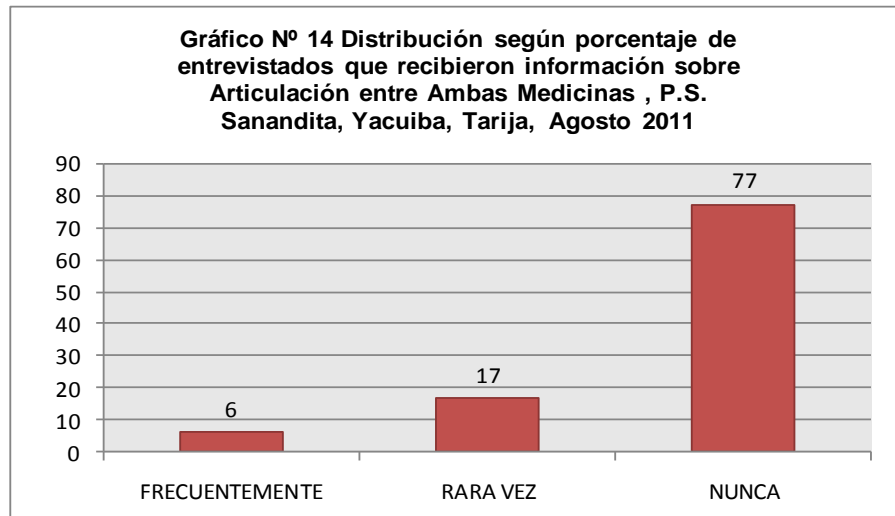
El 88% de los entrevistados está de acuerdo en que las actuales leyes manden que médicos tradicionales trabajen en forma conjunta o coordinada con los servicios de Salud esto incluido dentro del modelo SAFCI.



Fuente: Entrevista propia.

El 88% prefiere ser atendido por el medico académico a comparación con las otras respuestas que hacen un 12%.

Lo que llama la atención ya que se sabe que en el área rural más se acude a los médicos tradicionales.

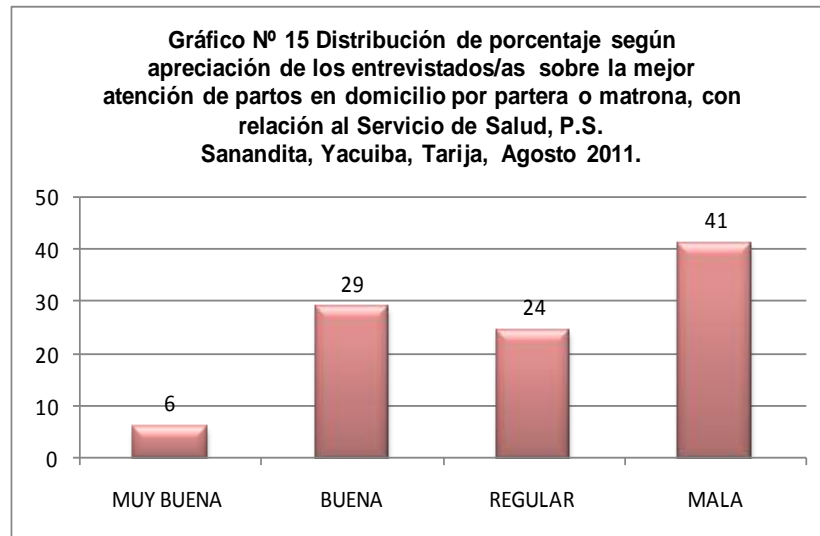


Fuente: Entrevista propia.

El 77% de los Entrevistados nunca han recibido información a cerca de la articulación de la medicina tradicional y científica, el 17% rara vez y el 6% escucho frecuentemente sobre la articulación de ambas medicinas.

Es muy importante que la población esté informada sobre el nuevo modelo de salud y la inclusión de los médicos tradicionales, para así poder tratar de resolver patologías que no pueden ser resueltas por la medicina científica.

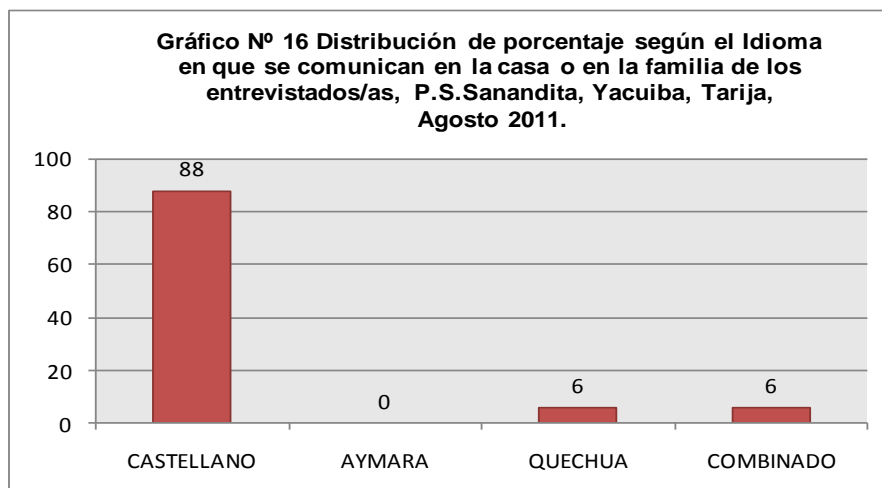
Pese a la difusión que se realiza de la articulación de la Medicina Tradicional y científica en muchos lugares en especial el área rural no se conoce de la misma.



Fuente: Entrevista propia.

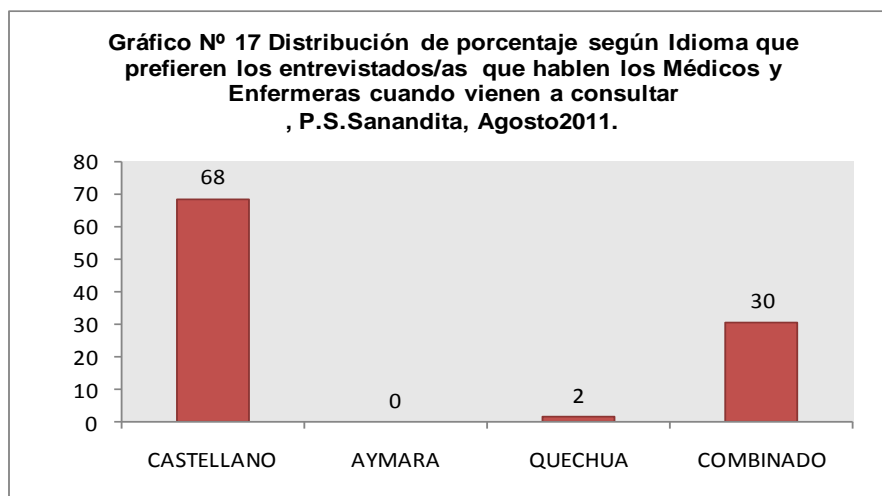
Al 41% de los entrevistados les parece mala la atención de parto en domicilio por partera tradicional o matrona, el 29% buena y el 6% opina que es muy buena.

Lo que nos muestra que las comunidades van asumiendo nuevos retos, ya que se ha demostrado que en el área rural las embarazadas prefieren el parto en domicilio muchas veces por vergüenza, ya que en su mayoría son varones los médicos que atienden en los servicios de salud, o porque no se respeta la costumbre de la paciente ni la posición en la que quiere tener su parto lo que está cambiando con la adecuación del parto intercultural y el parto humanizado que permite el ingreso de familiares a la sala de partos y la adopción de la posición en la que quieren tener su parto.



Fuente: Entrevista propia.

El 88 % de los entrevistados se comunica en sus casas o en la familia en castellano, 6% en quechua y 6% combinan ambos idiomas, lo que demuestra que pese a ser un territorio guaraní se habla el idioma quechua probablemente por los procesos inmigratorios de nuestro país.



Fuente: Entrevista propia.

El 68% de los entrevistados/as prefiere que el idioma usado durante la atención en consulta sea en castellano, un 30% que sea en combinación de idiomas, y el 2% que sea en quechua.

Es importante saber el idioma que predomina en el área de trabajo para poder entender a los usuarios del servicio, ya que la experiencia ha demostrado que cuando se conoce el idioma se puede relacionar mejor con los usuarios.

El vínculo comunicacional, la lengua en la que se establece la relación médico-paciente, donde a mayor conocimiento lingüístico del idioma que maneja el paciente, son mayores las posibilidades de un entendimiento relacional y por ende, de un entendimiento terapéutico, disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios, y a la vez mejora la satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico.

En la pregunta ¿Podría mencionar tres formas de problemas interculturales durante la prestación de los servicios de salud? Podemos ver que de los 66 Entrevistados, solo 15 respondieron (22,7 %) a la pregunta

Cuadro N° 14 Problemas interculturales referidos por los entrevistados, P.S.

Sanandita, Yacuiba, Tarija agosto 2011.

Problema	Nº
Discriminación	3
Campeño	1
Forma de vestir	1
Diferencia pobre - rico	3
Otros	6
Total	15

Fuente: Entrevista propia.

Los que respondieron esta pregunta opinan que la discriminación junto con la diferencia de rico – pobre son los problemas más identificados.

Cabe resaltar que la discriminación a la que se refieren los/as usuarias es a la falsa percepción que tienen en el orden de ingreso a la consulta piensan que se da privilegios a las esposas de militares, cuando en reunión de la comunidad se especifica que la entrada a la consulta es por orden de llegada y solo si es una emergencia es atendido con prioridad.

Lo que se cumple en el momento de la atención.

En la pregunta Puede usted mencionar tres medicamentos naturales más usados en su casa y cuáles son sus propiedades? Las respuestas fueron variadas y de ellas se pudo realizar un pequeño vademécum de plantas y usos en el sector:

Cuadro N° 15 Conocimiento sobre plantas medicinales y sus usos según entrevistados. P. S. Sanandita, Yacuiba, Tarija 2011.

Nombre local	Uso
1 Manzanilla	Dolor de estomago, Vapores, desinflamar, resfrío, infección, antiinflamatorio, dolor menstrual, dolor de estómago, hinchazón.
2 Malva	Para la vesícula
3 Espinillo	Vesícula, Infección urinaria, Fiebre, dolor de estómago
4 Airampo	Bajar la temperatura
5 Boldo	Vesícula, hígado y digestión
6 Vira Vira	Tos, dolor de garganta.
7 Guaran guay	Vómito y apéndice.
8 Poleo	Dolor de estómago
9 Anís	Dolor de estómago, antiinflamatorio.
10 Cola de caballo	Para la tos, resfrío, diarrea y riñones.
11 Cedrón	Para el resfrío, dolor de estómago.
12 Eucalipto	Resfrío, tos vapores.
13 Paico	Dolor de estómago, resfrío, vesícula.
14 Matico	Tos, resfrío.
15 Guayaba	Dolor de estomago.
16 Llantén	Resfrío, diarrea.
17 Limón	Resfrío
18 Yerba buena	Empachadura
19 Marancel	Para bajar la hinchazón
20 Kellakella	Resfrío
21 Cascara de granada	Fiebre
22 Ediondilla	Infección, diarrea
23 Hoja de higo	Dolor de estómago

24 Molle	Para el resfrío
25 Coca	Dolor de estómago
26 Viruta	Diarrea
27 Menta	Para la tos
28 Hoja de durazno	Disentería

Fuente: Entrevista propia.

Es importante resaltar que si bien conocen y usan plantas medicinales , se tiene referencia de que el paico conocido también en otros sectores como caré puede producir intoxicaciones con resultados fatales, por lo que corresponde realizar investigaciones para poder orientar a la comunidad en su uso.

Cuadro N° 16 Distribución según relación de variables trato recibido durante la consulta externa y como se sienten cuando el medico les receta medicamentos naturales, según entrevistados, P.S. Sanandita, Yacuiba, Tarija, Agosto 2011.

Fuente: Entrevista propia.

Trato durante la consulta	Como se siente cuando el médico le receta medicamentos naturales							
	Muy feliz	%	No me gusta	%	Me es igual	%	No estoy de acuerdo	%
Excelente	0	0,0	1	1,5	2	3,0	2	3,0
Muy bueno	9	13,6	0	0,0	6	9,1	0	0,0
Bueno	25	37,9	2	3,0	11	16,7	3	4,5
Regular	4	6,1	0	0,0	0	0,0	1	1,5
Malo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	38	57,6	3	4,5	19	28,8	6	9,1

El 37,8% de los pacientes que recibieron buen trato se sienten muy felices cuando el médico les receta medicinas naturales. Y que el 13% de los que recibieron buen trato se sienten muy felices, De los pacientes que recibieron trato excelente a ninguno le hace muy feliz recibir medicamentos naturales.

Cuadro N° 17 Distribución según relación de variables La ley manda que médicos tradicionales trabajen en forma coordinada con médicos científicos en servicio de salud y Si ha recibido información sobre la necesidad de articular, trabajo coordinado entre médicos tradicionales y médicos académicos en servicios de salud, según entrevistados, P.S. Sanandita, Yacuiba, Tarija, Agosto 2011.

La ley manda que médicos Tradicionales trabajen en forma coordinada con Médicos científicos en Servicios de Salud	Ha recibido información sobre la necesidad de articular, trabajo coordinado entre médicos tradicionales y médicos académicos en servicios de salud					
	frecuentemente	%	Rara vez	%	Nunca	%
Muy de acuerdo	3	4,5	9	13,6	38	57,6
Me es indiferente	1	1,5	0	0,0	7	10,6
En desacuerdo	0	0,0	2	3,0	6	9,1
TOTAL	4	6,1	11	16,7	51	77,3

Fuente: Entrevista propia.

Más del 50 % de los entrevistados opinan que nunca han recibido capacitación sobre la necesidad de articular los médicos tradicionales con los científicos pese a estar muy de acuerdo en que la ley mande esta articulación entre ambos médicos.

Cuadro N° 18 Distribución según relación de variables: En su hogar utilizan medicamentos naturales y el Uso de medicamentos naturales con medicamentos que compran o le dan en la farmacia, según entrevistados, P.S. Sanandita, Yacuiba, Tarija, Agosto 2011.

En su hogar utilizan Medicamentos Naturales	Uso de medicamentos Naturales con medicamentos que compran o le dan en la farmacia							
	Frecuente	%	Rara Vez	%	Nunca	%	NO ESTOY DE ACUERDO	%
Si	10	15,2	19	28,8	36	54,5	0	0,0
No	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0
TOTAL	10	15,2	19	28,8	37	56,1	0	0

Fuente: Entrevista propia.

Más del 50 % de los entrevistados utiliza medicamentos naturales pero no los mezclan con medicamento de le dan o compran en las farmacias.

Cuadro Nº 19 Distribución según relación de variables: Para solucionar problemas de salud usted prefiere a y las autoridades de salud autorizan a que médicos tradicionales atiendan en Centros de Salud, según entrevistados, P.S. Sanandita, Yacuiba, Tarija, Agosto 2011.

Para solucionar sus problemas de salud usted prefiere	Las autoridades de salud Autorizan a que Médicos Tradicionales atiendan en Centros de salud							
	Muy de acuerdo	%	De acuerdo	%	Es igual	%	No estoy de acuerdo	%
Medico	10	15,2	34	51,5	3	4,5	11	16,7
Medico Tradicional	1	1,5	2	3,0	0	0,0	0	0,0
Pariente	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Farmacéutico/a	1	1,5	2	3,0	2	3,0	0	0,0
TOTAL	12	18,2	38	57,6	5	7,6	11	16,7

Fuente: Entrevista propia.

El cuadro nos muestra que más del 80% de los entrevistados prefieren ser atendidos por médicos científicos pero que están de acuerdo en que se autorice la inclusión de Médicos tradicionales en el centro de salud.

Lo que será favorable para la puesta en marcha del nuevo modelo de salud.

Cuadro Nº 20 Distribución según relación de variables: Idioma que prefieren que hablen Médicos y enfermeras en la Consulta y Trato recibido durante la consulta Externa, según entrevistados, P.S. Sanandita, Yacuiba, Tarija, Agosto 2011.

Idioma que prefieren que hablen Médicos y Enfermeras en la consulta	Trato recibido durante la Consulta Externa									
	Excelente	%	Muy bueno	%	Bueno	%	Regular	%	Malo	%
Castellano	4	6,1	9	13,6	30	45,5	2	3,0	0	0,0
Aymara	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Quechua	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0
Ambos	2	3,0	6	9,1	10	15,2	2	3,0	0	0,0
TOTAL	6	9,1	15	22,7	40	60,6	5	7,6	0	0

Fuente: Entrevista propia.

Más del 75% de los entrevistados opina que el trato recibido fue bueno y prefieren que se les hable en castellano durante la consulta externa.

6.3 Discusión

Los resultados a la LUZ DE LAS POLITICAS, LA REALIDAD LOCAL Y las condiciones para su implementación.

El Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia denominado “MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL” representado con sus siglas SAFCI, promulgado el 11 de julio del 2008 establece en su Artículo 2. (OBJETIVO DEL MODELO): El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad; además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.

Los resultados del trabajo mostrarán:

¿Cuánto se ha avanzado en la aplicación de procesos de interculturalidad en el servicio de salud?

¿Cuanto ha comprendido la población de lo que es el “MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL”?,

¿Cuanto se ha podido conocer acerca de la importancia de la complementariedad de la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, de sus médicos tradicionales?

Ya que las normas tienen una vigencia de aproximadamente tres años.

La percepción de la satisfacción de los/las usuarias acerca de la aplicación de procesos de interculturalidad dentro el nuevo modelo SAFCI, ha sido analizada teniendo en cuenta:

- El trato que recibieron los/las usuarias en el servicio de salud durante la consulta externa y a que atribuyen el trato recibido.

- El uso de plantas medicinales y como se sienten cuando un médico académico les receta estas.
- La percepción de los/las usuarias de que la ley manda a que Médicos Tradicionales y médicos Científicos trabajen juntos y su conocimiento sobre este punto.

La interpretación de los resultados nos demuestra que el trato recibido durante la consulta externa fue bueno, y que la atribución de esto es debida al carácter del médico en su mayoría y pocos opinaron que era porque era igual que el, sabemos a la vez que el trato es un buen marcador para la aceptación de los servicios de salud, ya que cuando reciben mal trato no vuelven a los servicios de salud y hacen mala propaganda para el mismo, es también importante hacer notar que el trato debe de ser en forma horizontal dentro el nuevo modelo de salud.

En cuanto al conocimiento de plantas medicinales pudimos ver la gran mayoría conoce y utiliza ya sea solas o en combinación con medicinas que se les da en el establecimiento de salud o las adquieren de la farmacia, y que a su vez los pacientes se sienten felices cuando el médico les receta medicinas naturales durante la consulta externa, lo que también está enmarcado en el nuevo modelo de salud donde se acepta y se hace uso de plantas medicinales.

En relación a la percepción de los/las usuarias con respecto a la articulación y conocimiento sobre que la ley mande a que médicos tradicionales y Médicos Científicos trabajen juntos, la mayoría acepta esta articulación y están muy de acuerdo a que las leyes así lo dispongan pero lamentablemente las autoridades no han puesto en marcha una orientación dirigida a la comunidad sobre el modelo SAFCI, sino orientado solo al personal de salud y con mayor énfasis en las ciudades capitales y no así en el área rural.

6.4 Conclusiones

Sanandita presenta un perfil epidemiológico de enfermedades infecto contagioso, que conviven con patologías como las gastritis.

La gente acude a los servicios de salud cuando está enferma en un 48% ya sea ella misma o algún otro miembro de la familia, en contraste a 6% indicador de la gente que acude para un control de su salud.

El 77% de los Entrevistados nunca han recibido información acerca de la articulación de la medicina tradicional y científica, el 17% rara vez y el 6% escucho frecuentemente sobre la articulación de ambas medicinas.

El 80% de los entrevistados prefieren ser atendidos por médicos científicos, sin embargo, están de acuerdo en que se autorice la inclusión de Médicos tradicionales en el centro de salud.

El 37,8% de los pacientes que recibieron buen trato se sienten muy felices cuando el médico les receta medicinas naturales. Y que el 13% de los que recibieron buen trato se sienten muy felices, De los pacientes que recibieron trato excelente a ninguno le hace muy feliz recibir medicamentos naturales.

Más del 50 % de los entrevistados opinan que nunca han recibido capacitación sobre la necesidad de articular los médicos tradicionales con los científicos pese a estar muy de acuerdo en que la ley mande esta articulación entre ambos médicos.

Más del 75% de los entrevistados opina que el trato recibido fue bueno y prefieren que se les hable en castellano durante la consulta externa.

El trabajo nos muestra que en el servicio de salud se vienen realizando procesos de interculturalidad en forma satisfactoria en la atención brindada a la población usuaria pero que esta, a su vez es incompleta ya que la misma no está informada

en qué consiste el modelo SAFCI que es la política pública del Ministerio de Salud y Deportes que orienta el desarrollo de sus diferentes acciones y se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud, que involucra, vincula y articula a los Médicos Tradicionales y Médicos académicos con la persona, familia, comunidad y sus organizaciones sociales en los ámbitos de gestión de salud y atención de la salud.

Es importante continuar con la implementación del nuevo modelo de salud SAFCI, orientando la complementación o articulación entre la Medicina Tradicional y Medicina Científica, promoviendo una efectiva interculturalidad en el proceso de Salud y enfermedad.

Se recomienda realizar énfasis en la participación social comunitaria para una toma efectiva de decisiones a través de un involucramiento y organización de la comunidad en el proceso de gestión compartida en salud para la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución, administración y seguimiento-control social y la realización de talleres para la comunidad haciéndoles conocer qué involucra el modelo SAFCI y cuál es el rol de la comunidad dentro del actual modelo de salud.

6.5 Recomendaciones.

Insistir en programas de atención del medio ambiente como factor preponderante para las enfermedades infecto contagiosas.

Insistir en programas de prevención y promoción de la salud para cambiar la mentalidad de curación.

Informar o difundir la política SAFCI orientada a la comunidad, con énfasis en la articulación de la Medicina Tradicional y científica.

Fortalecer las competencias culturales en los médicos científicos para mejorar la calidad y satisfacción de los y las usuarias del centro de salud.

Mejorar el conocimiento sobre hierbas medicinales y sus usos.

Fortalecer el idioma quechua al personal de salud pese a que la mayoría prefiere que le hablen en castellano durante la consulta externa, porque hay bastante migración del lado de Sucre.

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

ANÁLISIS DE VIABILIDAD

La viabilidad del proyecto desde el punto de vista analítico nos muestra que es viable, por que decimos esto nos podemos sustentar de la siguiente forma:

- Se relaciona a las actuales políticas que tiene nuestro gobierno para poder mejorar la salud de los pueblos indígenas- originarios que han estado excluidos durante muchos años y cuenta con un enfoque intercultural porque reconoce, acepta y valora los saberes, conocimientos y prácticas de la población y de los médicos tradicionales, y los afro bolivianos por lo que busca articular complementar y reciprocitar las capacidades de todos estos actores.
- Relacionada con la capacidad de la población para poder mantener el sistema nuevo funcionando, Se necesita capacitación para que la comunidad pueda empoderarse y empezar e interactuar con el sector salud conociendo el modelo de gestión participativa en Salud que tiene el SAFCI.
- Considero que el proyecto será valorable para poder mejorar la salud en la comunidad, y así poder atender patologías que el Medico Científico no puede curar como el susto, y ellos al ser tomados en cuenta podrán aportar en cómo quieren que sea su atención.
- Socioculturalmente este proyecto pretende mejorar el conocimiento sobre los saberes y sentires del pueblo con sus diversas manifestaciones culturales, realizando la articulación, complementariedad y reciprocidad en base a la aceptación, reconocimiento y valoración mutua de nuestros conocimientos y prácticas en salud que se da entre pueblos indígenas campesinos, afro bolivianos y comunidades interculturales que resultan en mutuos aprendizajes a fin de contribuir al logro de las relaciones simétricas de poder.

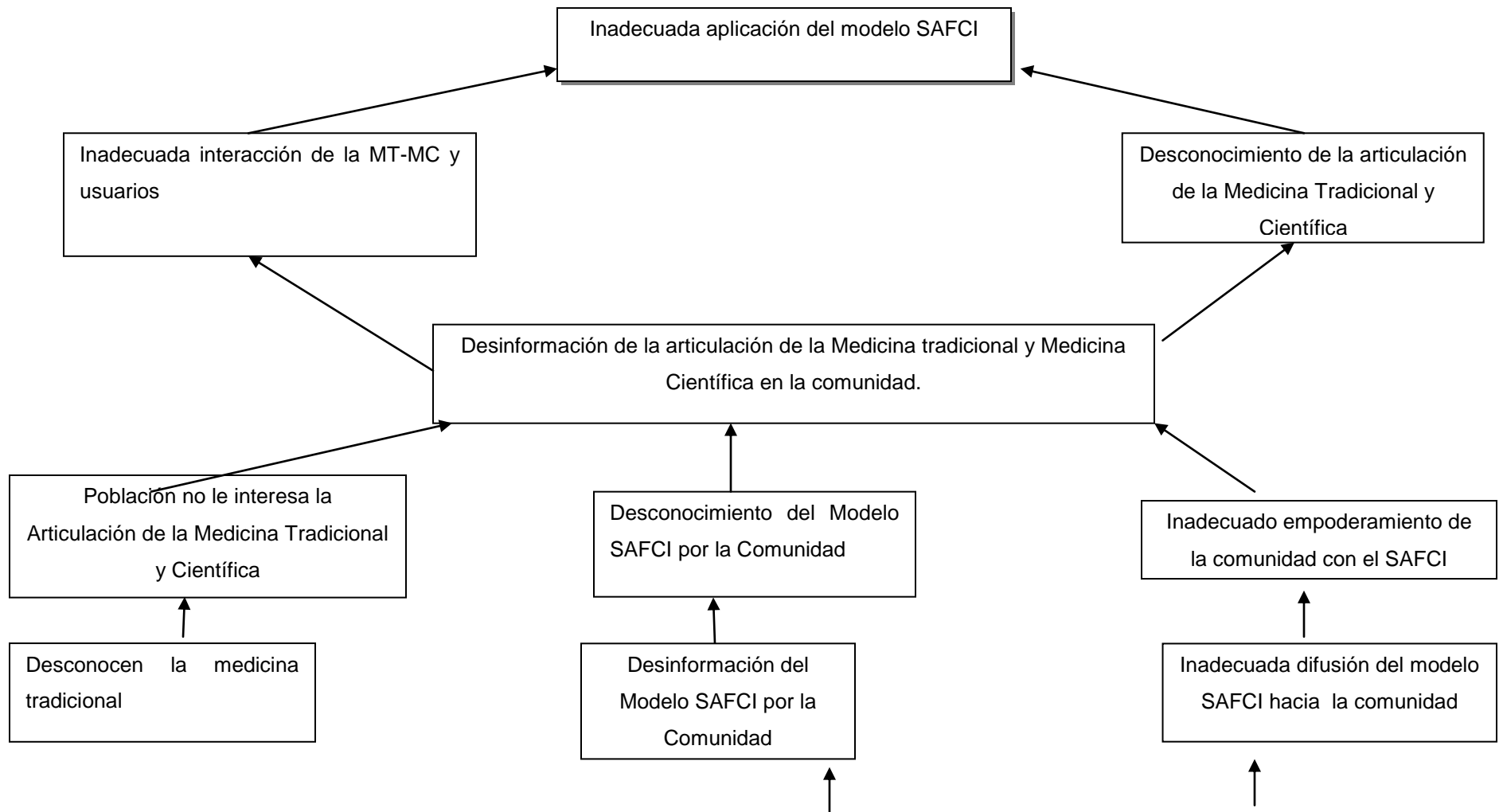
- En el marco de desarrollo de la mujer es muy importante ya que la mamá generalmente es la encargada de la salud de la familia, por lo tanto se las tomará en cuenta para la realización de los talleres.
- En cuanto a la capacidad institucional de gestión junto al sistema de salud lo que se quiere lograr es un empoderamiento de la comunidad para poner en práctica el modelo de gestión.
- Con respecto a los aspectos financieros creo que invertir en educación es muy importante y nos puede ayudar a mejorar la perspectiva de la salud ya que se pregona que salud y educación son los primeros en ser atendidos dentro del gobierno.

ANÁLISIS DE LOS BENEFICIARIOS

BENEFICIARIOS DIRECTOS	BENEFICIARIOS INDIRECTOS	NEUTRALES	AFECTADOS
Padres de familia que asistan a las capacitaciones	Niños	Médicos tradicionales que no les interesa la articulación.	Médicos Científicos que no están de acuerdo con la inclusión de la Medicina Tradicional.
Servicio de salud	Médicos Tradicionales		Las personas que no creen o no aceptan a los médicos tradicionales (curanderos)
	El sector salud		
	Gerencia de red de salud		

Proyecto de intervención:

ARBOL DE PROBLEMAS



Árbol

Falla en la política de difusión del SAFCI por el gobierno hacia la comunidad

Adecuada aplicación del modelo SAFCI

Adecuada interacción de la MT-MC y usuarios

Conocimiento de la articulación de la Medicina Tradicional y Científica

Comunidad Informada sobre la articulación de la Medicina tradicional y Medicina Científica.

Población interesada en la Articulación de la Medicina Tradicional y Científica

Conocimiento del Modelo SAFCI por la Comunidad

Adecuado empoderamiento de la comunidad con el SAFCI

Conocen la medicina tradicional

Información del Modelo SAFCI por la Comunidad

Adecuada difusión del modelo SAFCI hacia la comunidad

MATRIZ LOGI

Política de difusión del SAFCI por el gobierno hacia la comunidad acertada.

Problema: Desinformación de la articulación de la Medicina Tradicional y Científica y el modelo SAFCI

Producto final: Información sobre la articulación de la Medicina Tradicional y Científica

Objetivo General: Contribuir a la aplicación del Modelo SAFCI en el Puesto de Salud Sanandita

Objetivos	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos
Objetivo General: Contribuir a la aplicación del modelo SAFCI en el Puesto de Salud Sanandita.	5 % de pacientes referidos del médico Científico al Médico tradicional y viceversa.	Hojas de referencia y contra referencia. Historias clínicas.	
Objetivo Específico: Generar compromiso de la comunidad sobre la articulación de la Medicina Tradicional y Científica dentro el nuevo modelo de salud SAFCI.	50 % de pacientes referidos al médico tradicional acuden al mismo.	Hojas de monitoreo facilitados por médico tradicional. (Previamente realizadas y entregadas a médico tradicional por Médico Científico).	La Gobernación y el Municipio fortalecen los procesos de interculturalidad
RESULTADOS: R.1 Informada la población sobre la articulación de la Medicina Tradicional y Medicina Científica y el modelo SAFCI. R.2 Elaborar y Difundir material educativo intercultural para la población y diversas audiencias.	50 % de la población está informada sobre la articulación de la Medicina Tradicional y Científica, y conocimiento de su rol dentro el nuevo Modelo de Salud SAFCI. Nº de propagandas radiales emitidas por día. Manual educativo elaborado.	Aplicación de cuestionario previamente diseñado posterior a talleres de capacitación o información realizados.	Hay apoyo político y financiero de parte de la gobernación incorporando en el POA 2012 actividades de promoción de la salud. Hay apoyo político y financiero por parte del municipio incorporado en el POA 2012 en actividades de promoción y prevención en salud.

R.3 Realizar una lista de médicos tradicionales en el área en el marco de la normativa nacional.	N° De médicos tradicionales dentro el área de salud.	Planillas de registro. Libro de actas.	
R.4 Referencia y contra referencia de medicina científica y tradicional.	1 Boleta de referencia y contra referencia elaborada.	Boletas de referencia.	

<p>ACTIVIDADES</p> <p>Para R.1 Informada la población sobre la articulación de la Medicina Tradicional y Medicina Científica y el modelo SAFCI.</p> <p>A.1.0 Coordinación con autoridades locales para realización de talleres y también con Coordinación de red</p> <p>A.1.1 Realizar 4 talleres para la comunidad.</p> <p>Para R.2 Elaborar y difundir material educativo intercultural para la población y diversas audiencias.</p> <p>A.2.1 Elaborar folletos sobre interculturalidad y salud</p>	<p>2 Reuniones con autoridades locales 1 Reunión con coordinador de red</p> <p>2 Talleres de capacitación para las comunidades de Sanandita y Villa primavera con 20 participantes cada una.</p> <p>1 folleto elaborado sobre interculturalidad y salud. En base a Publicación 171 del Ministerio de Salud, versión didáctica Salud Familiar Comunitaria Intercultural con</p>	<p>Libro de actas</p> <p>Lista de participantes firmadas. Fotografías Libro de Actas Presentaciones Powerpoint Informes de actividades mensuales. Difusión de Cuñas radiales.</p> <p>Material educativo impreso.</p>	<p>Hay desembolso oportuno de fondos por los financiadores del proyecto</p>
---	--	--	---

<p>A.2.2 Repartir a los distintos servicios de salud material elaborado sobre interculturalidad y salud.</p>	<p>adecuación a la zona. Establecimientos de salud cuentan con folletos en servicios de salud relacionados con interculturalidad y modelo SAFCI.</p>	<p>Actas de entrega de material educativo en servicios de salud.</p>	
<p>A.2.3 Distribución de material educativo a la comunidad.</p>	<p>Folletos distribuidos en la comunidad</p>	<p>Listas de distribución.</p>	
<p>A.2.4 Elaborar cuñas radiales para difusión en una emisora local (Caiza).</p>	<p>1 Cuña radial elaborada.</p>		
<p>A.2.5 Difundir las cuñas radiales en programas de responsabilidad social.</p>	<p>5 cuñas radiales difundidas durante el día.</p>		
<p>Para R.3 Realizar una lista de médicos tradicionales en el área en el marco de la normativa nacional.</p>			
<p>A.3.1 Lista de médicos tradicionales en comunidad de Sanandita.</p>	<p>1 Medico tradicional en Sanandita.</p>	<p>Libro de actas firmadas y médicos tradicionales avalados por la comunidad.</p>	
<p>A.3.2 Lista de médicos tradicionales en comunidad de Villa Primavera</p>	<p>1 Medico tradicional en Villa Primavera.</p>		
<p>Para R.4 Referencia y contra referencia de medicina científica y tradicional.</p>			
<p>A.4.1 Elaboración de boletas de referencia y contra referencia para médicos tradicionales y médicos científicos.</p>	<p>Reunión de coordinación para elaborar boletas de referencia y contra referencia.</p>	<p>Boletas de referencia elaborada.</p>	

Presupuesto posible en bolivianos.

Rubro	Unidad	Cantidad	Estimación del costo		Cofinanciación		
					Financiado		Por financiar
			Costo Unitario	Costo total	Municipio	Ministerio	
Actividad A.1							
A.1.1 Recursos humanos (Especialista en interculturalidad)	Vinculación al taller por 3 horas	8	800	3200			Gobernación o Municipio
A.1.1 Cuadernos de 50 hojas	Pieza	80	4	280			
A.1.1 Bolígrafos	Pieza	200	1	200			
A.1.1 Sillas para ambiente	Pieza	80	1	80			
A.1.1 Papel sabana	Pieza	20	3	60			
A.1.1 Marcadores de colores (negro, azul y rojo)	Pieza	12	5	60			
A.1.1 Maletines	Pieza	90	40	3600			
A.1.2 Cuña radial	Propaganda	1					
A.1.3 Difusión de cuñas radiales	Propaganda	150					
Actividad A.2							
A.2.1 Impresión de material educativo elaborado	Texto	3600	20	72000			
A.2.1 Elaboración de material intercultural	Volantes	5000	5	25000			
A.2.1 Fotocopia de textos	Texto	1400					
Actividad A.3							
A.3.1 Libro de actas	Pieza	1	35	35			
A.3.1 Notariar libro de actas		1	60	60			
Refrigerios para talleres	Empanadas y sodas						
Refrigerio		200	10	2000			
Imprevistos	10% del total			10657			
	Sub - total						
			889	117232			

CRONOGRAMA

Actividades a desarrollar	Meses												Observaciones
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
A.1.0 Coordinación con distintas autoridades locales y de red.	x												
A.1.1 Realizar 4 talleres, 2 por comunidad			x	x									
A.2.2 Elaboración de material para capacitación	x	x											
A.2.3 Distribución de material elaborado sobre interculturalidad y salud. Por especialistas en interculturalidad.			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
A.2.4 Elaboración de cuñas radiales		x											
A.2.5 Difusión de cuñas radiales		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
A.3.1 y 2 Elaboración de lista de médicos tradicionales de la zona				x									
A.4.1 Elaboración de boletas de referencia y contra referencia					x								

Anexo A



MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

CODIGO

FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICION Y TECNOLOGIA MEDICA UMSA

UNIDAD DE POSGRADO

Instrucciones:

- Salude a la persona encuestada y demuestre cordialidad
- Lea o explique el objetivo de la encuesta
- Lea la pregunta y si fuera necesario explique la pregunta sin distorsión alguna
- ESCUCHE la respuesta, marque la respuesta donde corresponda
- Pregunte a la persona si está de acuerdo a completar la encuesta y marque como corresponda en el consentimiento informado.

ENTREVISTA

OBJETIVO: Establecer si el proceso de interculturalidad en el servicio de salud es satisfactorio para la población usuaria del P.S.Sanandita.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Si NO Agradezca a la persona y retírese con un saludo cordial.

DATOS GENERALES

1. Edad A. 15 – 25 B. 26 –
 C. 36 – 45 D. 46 –
 E. MAYOR A 56 AÑOS

2. Sexo A. Hombre B. Mujer

3. Estado civil A. Casada B. Soltera

4. Domicilio o Comunidad

5. ¿Cuál es su motivo de consulta en el Puesto de Salud?

- A. Enfermedad B. Consulta para mi hijo
C. Acompañante D. Control de salud
E. Pago del bono

6. ¿El trato que recibió en la consulta fue?

- A. Excelente B. Muy Buena
C. Buena D. Regular
E. Mala

7. ¿A qué atribuye ese trato?

- A. El carácter del médico B. Es de mi misma religión
C. Es igual a mí

8. Las autoridades de salud autorizan a médicos tradicionales (naturistas) atender en los centros de salud está usted:

- A. Muy de acuerdo B. De acuerdo
C. Es igual D. Estoy en desacuerdo

9. Cuando el médico le receta medicina natural usted se siente:

- A. Muy feliz B. No me gusta
C. Me es igual D. No estoy de acuerdo

10. ¿En su hogar utilizan Medicinas Naturales?

- A. SI B. No

11. Puede usted mencionar tres MEDICAMENTOS NATURALES más usados en su casa:

1.....2.....3.....

12. Podría usted indicarme cuales son las propiedades curativas.

COPIAR los medicamentos mencionados en la pregunta anterior	PROPIEDADES medicinales de estos medicamentos naturales que ha mencionado

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

- A. Frecuentemente B. Rara vez C. Nunca

14. Sabe usted que la ley manda a los médicos tradicionales (naturistas) trabajen en forma coordinada (conjunta).

- A. Estoy muy de acuerdo
B. Me es indiferente
C. estoy en desacuerdo

15. Para solucionar sus problemas de salud usted prefiere?

- A. Un medico académico B. Un medico tradicional
C. Una pariente o amistad D. Una farmacéutica

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

- A. Frecuentemente B. Rara vez C. Nunca

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

- A. Muy buena B. Buena
C. Regular D. Mala

18. En qué idioma se comunican en su casa o entre la familia?

- A. Castellano B. Aymara
C. Quechua D. Combinamos los idiomas

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

- A. Castellano B. Aymara
C. Quechua D. Combinamos los idiomas

20. Podría mencionar 3 formas de problemas culturales presentes en la prestación de servicios de salud?

- 1.....2.....
3.....

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

Anexo B

1

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
--	---

Paico	Para la diarrea
Guayaba	Para la diarrea
Manzanilla	Para desinflamante

2

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para hacer vapores
Poleo	Para el te
Cedron	Para el te

3

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Boldo	Para el dolor de estomago
Manzanilla	Para vapores para la limpieza de cutis
Poleo	Dolor de estomago, gastritis inf. intestinal

4

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para vapores, dolor de estomago

5

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
--	---

Poleo	Para el dolor de estomago
Manzanilla	Para infecciones

6

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el resfrio
Eucalipto	Para el resfrío
Boldo	Para el dolor de estómago

7

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Par el dolor de estomago
Malva	Para el calor interior

8

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Poleo	Para infección Intestinal
Manzanilla	Para vapores

9

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Espinillo	Para el calor
Manzanilla	Para desinflamar
Guaraguay	Para cicatrización de heridas

10

Medicamentos mencionados e la	Propiedades medicinales de estos
-------------------------------	----------------------------------

pregunta anterior.	medicamentos
Eucalipto	Para la tos
Manzanilla	Para vapores
Paico	Para la diarrea

11

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para heridas, para infecciones
Boldo	Para el mate
Paico	Para empachos

12

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el resfrio, vapores
Cascara de granada	Para la fiebre
Ediondilla	Para infección y diarrea

13

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el resfrio, para baño
Poleo	Para el estómago
cedron	Para dolor de estomago

14

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el dolor de estomago
Wirawira	Para el dolor de garganta

15

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Coca	Para el dolor de estomago
Manzanilla	Para el resfrio
Poleo	Para la hinchazón del estomago, vesícula

16

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Paico	Dolor de estomago
Matico	Para la tos
Poleo	Dolor de estomago

17

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el resfrío
Eucalipto	Para el resfrío
Matico	Para el resfrío

18

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para los resfríos, para infección
Cola de caballo	Para el resfrío, para la diarrea, disentería
Paico	Para el dolor de estómago

19

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para vapores
WiraWira	Para la tos

20

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Matico	Para el resfrío
Manzanilla	Dolor de estómago
Poleo	Dolor de estómago

21

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para infecciones respiratorias
Cola de caballo	Para riñones
Alpiste	Para diabético

22

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para vapores
Eucalipto	Para el resfrío

23

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para la tos

24

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para vapores
Anís	Para el dolor de estomago
Cola de caballo	Para la tos

25

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el dolor de estomago
Malva	Para la vesícula
Espinillo	Para la vesícula, Infección urinaria

26

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Par el resfrío
Eucalipto	Para el resfrío

27

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para hacer vapores
Eucalipto	Para la tos

28

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el resfrío
Coca	Para el dolor de estómago

29

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para vapores
Airampo	Para bajar la temperatura
Amor seco	Para la fiebre

30

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Eucalipto	Para la tos y vapores
Poleo	Para el dolor de estómago
Boldo	Para la digestión

31

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para desinflamar
Matico	Para el resfrío
Viruta	Para la diarrea

32

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el resfrío
Agua de paico	Dolor de estómago
Yerba buena	Para el resfrío

33

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para vapores, para resfrío
Coca	Para el dolor de estómago

34

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Dolor de estómago
Anís	Dolor de estómago

35

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Matico	Para el resfrío
Wirawira	Para tos
Paico	Para la vesícula

36

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el dolor de estómago
Wirawira	Para el resfrío
Eucalipto	Para la tos

37

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para vapores
Guaranguay	Para el vómito, para el apéndice

38

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el resfrío
Matico	Para la tos

39

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Paico	Para malestar del estómago
Poleo	Para el dolor de estómago
Manzanilla	Para el dolor de estómago, desinflamante

40

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para mate
Cedrón	Para mate

41

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para la tos, vapores
Hoja de higo	Para el dolor de estómago

42

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Paico	Dolor de estómago
Matico	Para la tos
Guayaba	Para el dolor de estómago

43

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para la tos
Amor seco	Fiebre
Paico	Para dolor de barriga

44

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para desinflamar
Boldo	Para la vesícula, hígado
Wirawira	Para la tos

45

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Dolor de estómago

46

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Vapores
Malva	Para perder puchichi
Marancel	Para bajar el hinchazon

47

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Anis	Es un antiinflamatorio
Manzanilla	Es un antiinflamatorio
Wirawira	Para el resfrío

48

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el resfrío, baños
Cedrón	Para el frío
Molle	Para el frío

49

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Vapores, dolor de menstruacion
Llanten	
Paico	

50

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el dolor de estómago
Boldo	Para el hígado
Cedrón	Para el resfrío

51

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para vapores, resfríos
Boldo	Para bajar la presión
Anís	Para el dolor de estómago

52

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Wirawira	Para la tos
Manzanilla	Para vapor
Poleo	Para el dolor de estómago

53

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el resfrío
Yerba buena	Para la empachadura
Matico	Para el resfrío

54

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el redfrío
Incencio	Para hacer llamar al niño

55

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el resfrío
Cola de caballo	Para limpiar el estómago
Llanten	Para la diarrea

56

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Kellakella	Para el resfrío
Wirawira	Para el resfrío
Manzanilla	Par vapores

57

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Paico	Para la diarrea
Hoja de durazno	Para la disentería
Matico	Para el resfrío

58

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para vapores
Eucalipto	Para la tos
Menta	Para la tos

59

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Dolor de garganta
Limón	Para el resfrío

60

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Miel de abeja	Para el resfrío
Manzanilla	Para vapor
Limón	Para el resfrío

61

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Vapor
Eucalipto	Vapor
Wirawira	Tos

62

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
La papaya	Para el resfrío
Manzanilla	Para vapores
Eucalipto	Para la tos

63

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Cola de caballo	Para los riñones
Espinillo	Para el dolor de estomago
Manzanilla	Desinflamar el ovario, hinchazon

64

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para el resfrío
Cedron	
Paico	Para el dolor de estomago

65

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
ninguna	

66

Medicamentos mencionados e la pregunta anterior.	Propiedades medicinales de estos medicamentos
Manzanilla	Para vapores, mal de ojo
Eucalipto	Para la tos
Paico	Para dolor de estómago

En la pregunta ¿Podría mencionar dos formas de discriminación durante la prestación de los servicios de salud? Podemos ver que de los 66 entrevistados, solo 15 respondieron (22,7 %) a la pregunta

Entre las respuestas:

Nº14 Discriminación

Nº 12 Campesino

Nº 22 Forma de vestir

Nº 25 Discriminación

Nº 27 Pobre – Rico

Nº 34 forma de vestir

Nº 35 Respetar la cultura

Nº 41 Ricos

Nº 40 No

Nº 46 Idioma hablar quechua

Nº 48 Desigualdad por la atención y Ricos pobres

Nº 51 Posición social

Nº 53 Discriminación

Nº 59 No entiende

Nº 61 Profesión

En fecha 10.11.08 se converso con la
Sra Asente Pizano Arce partera tradicional
para que los mencionada señora
pueda atender parto institucional en
caso que requiera lo paciente.

Asente

Dr. Leopoldo Licarazi B.
MEDICO RESP. P.S. "SANANDITA"
Méd. Prof. L - 696
RED MUNICIPAL DE SALUD YAC

-
- ⁱ Plan de Desarrollo Municipal 2005-2010 Diagnóstico Urbano, Honorable Alcaldía Municipal de Yacuiba.
- ⁱⁱ Plan de Desarrollo Municipal 2005-2010 Diagnóstico Rural, Honorable Alcaldía Municipal de Yacuiba.
- ⁱⁱⁱ OPSITE 3
- ^{iv} OPSITE 3
- ^v Medicina indígena tradicional y medicina convencional. Instituto Interamericano de derechos humanos y Organización Panamericana de la Salud. Elaborado San José – Costa Rica 25 de junio 2006. Disponible <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsapi/e/proyectreg2/paises/costarica/medicina.pdf> Visitado en 08/08/2011 Pág. 35
- ^{vi} Medina A, Silva J, Mayca J. Centro Nacional de Salud Intercultural. Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.
- ^{vii} Sáez Salgado Margarita. “Curso sobre Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores indígenas y pueblos indígenas” Modulo IX protección en salud a pueblos indígenas e interculturalidad. Visitado en fecha 22/07/2011 Disponible <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31235.pdf> Pág. 19
- ^{viii} Sáez Salgado Margarita. “Curso sobre Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores indígenas y pueblos indígenas” Modulo IX protección en salud a pueblos indígenas e interculturalidad. Visitado en fecha 22/07/2011 Disponible <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31235.pdf> Pág. 20
- ^{ix} Citarella Luca, Zangari Alessia. YachayTinkuy, Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina. Visitado en fecha 22/07/2011 Disponible en <http://bvs.per.paho.org/textcom/cd048358/dialogo.pdf>. Pág. 395
- ^x Crespo Germán. Artículo Aniversario de la declaración Universal de los derechos humanos y el derecho a la salud en Bolivia. Documento presentado durante la formación en el curso de APS del Diplomado de Salud e Interculturalidad, versión 2011.
- ^{xi} ALIAGA, Alicia. Metodología para un diálogo Intercultural en servicio de la salud 2008. La Paz - Bolivia 2007. p. 12
- ^{xii} Alarcón M. Ana M, Vidal H Aldo, Neira Rozas Jaime. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2003 Sep. [citado 2011 Sep 11]; 131(9): 1061-1065. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872003000900014.
- ^{xiii} Campos Roberto. Hacia un diálogo intercultural. Versión PDF visitado en fecha 22/07/2011, disponible en <http://bvs.per.paho.org/textcom/cd048358/dialogo.pdf>, Pág. 6.
- ^{xiv} Idem IX.

^{xv} Campos Roberto, Hacia un diálogo intercultural, Versión PDF visitado en fecha 22/07/2011. disponible en <http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048358/dialogo.pdf>, Pág. 7

^{xvi} Ministerio de Salud y Deporte Vice ministerio de Salud "Plan de desarrollo sectorial 2010-2020". disponible en www.sns.gob.bo/planificacion/.../plan%20sectorial%20de%20desarrollo%202010-2020.pdf

^{xvii} Ministerio de Salud y deportes. Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010. Disponible en www.sns.gob.bo/planificacion/.../1_ELABORACION%20PDS.ppt

^{xviii} Ministerio de Salud y Deportes. Plan de Desarrollo Sectorial 2010-2020 disponible en www.sns.gob.bo/planificacion/.../plan%20sectorial%20de%20desarrollo%202010-2020.pdf

^{xix} Vice Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. Visitado 20/08/2011. Disponible en [www.sns.gov.bo/index.php?ID=ViceMedicina Tradicional](http://www.sns.gov.bo/index.php?ID=ViceMedicina%20Tradicional)

^{xx} Tejerina O. Mary E.; Delgadillo A. María C., Gutiérrez Gabriel E.; Hiramatsu Yoshida Yuko; Soto V. Jenny; Flores V. Omar; Mendoza Lizbeth; Márquez Cabezas Carla. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección general de servicios de salud. Unidad de servicios de salud y calidad. Norma Nacional de Caracterización de establecimientos de salud de primer nivel.

^{xxi} ídem XV.

^{xxii} Aliaga Alicia. Documento Base para la interculturalidad y Medicina Tradicional en salud. MSD/VMT-I/DMT-I/PNUD

^{xxiii} Sáez S. Margarita. "Curso sobre Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores indígenas y pueblos indígenas" Modulo IX protección en salud a pueblos indígenas e interculturalidad. Visitado en fecha 22/07/2011 Disponible <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31235.pdf>. pág. 6

^{xxiv} Orientación metodológica para la capacitación. Carlos Tamayo Caballero. La Paz- Bolivia 2008. P27-28

^{xxv} Sáez Salgado Margarita. "Curso sobre Interculturalidad y extensión de la cobertura de la protección social en salud para trabajadores indígenas y pueblos indígenas" Modulo IX protección en salud a pueblos indígenas e interculturalidad. Visitado en fecha 22/07/2011 Disponible <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31235.pdf>. pág. 6

^{xxvi} Sangari Alessia, Abril es tiempo de Karisiris, 2da. Edición 2006. Pág. 1 (Prologo)

^{xxvii} ALIAGA, Alicia. Documento Base para la Interculturalidad Medicina Tradicional Salud. p. 7,8.

^{xxviii}Crespo Germán. Programa de capacitación en APS. Modulo APS diplomado en salud e interculturalidad versión 2011.

^{xxix}Marbit Jacques, Articulación de las medicinas tradicionales y occidentales: El reto de las coherencias, Conferencia en el Seminario Taller regional sobre políticas y experiencias en salud e interculturalidad, Quito junio 2004 disponible en http://www.takiwasi.com/docs/arti_esp/articulacion_medicinas.pdf visitado en [fecha 08/08/2011.paq](#). 16

^{xxx} Campos Roberto, Hacia un dialogo intercultural en salud Disponible <http://www.utlamericas.org/wp-content/themes/pdf/it/7/5/indice.pdf>. visitado en [fecha27/07/2011pag](#). 5

^{xxxi}HERNÁNDEZ, S. Roberto et. al. Metodología de la investigación. México: Editorial McGraw – Hill/Interamericana editores S.A. 3ª Edición. 2003. p. 5.

^{xxxii}Endsa 2008.

^{xxxiii}Modulo de información básica 2009. P.S. Sanandita