

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



**FACTORES FACILITADORES Y BARRERAS QUE PERMITEN LA
ARTICULACION DE LA MEDICINA TRADICIONAL CON LA ACADEMICA EN EL
NUEVO SISTEMA DE SALUD - SAFCI - ESTUDIO REALIZADO EN YACUIBA –
TARIJA 2011**

PARA OPTAR POR EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y
SALUD

POSTULANTE : LIC. MARY NANCY NINA FLORES
TUTOR : DR. CARLOS TAMAYO CABALLERO

Yacuiba-Tarija-Bolivia

2011

Dedicatoria

A Dios por permitirme realizar este posgrado, a mi esposo Luis, mis hijos Joel y Mariana por el apoyo incondicional que me prestaron durante la realización de la especialidad.

Agradecimientos

A Dios

A los docentes por la enseñanza que nos brindaron

A mi tutor Dr. Carlos Tamayo

Esta formación fue gracias al apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo –AECID- La Cooperación Belga.

INDICE

CAPITULO I

1. Introducción	Páginas	7 – 8
2. Justificación	Páginas	8 – 12
3. Planteamiento del Problema	Páginas	12 – 14
4. Pregunta de investigación	Páginas	15
5. Marco Teórico	Páginas	16 – 49
6. Objetivo General	Página	49
7. Objetivo Específico	Páginas	49 – 50
8. Diseño de investigación	Páginas	50 – 52
9. Resultados	Páginas	52 - 65
10. Discusión	Páginas	66 – 67
11. Conclusiones	Páginas	68 – 70
12. Recomendaciones	Páginas	70 - 72
13. Bibliografía	Páginas	73 – 74

CAPITULO II

14. Propuesta de Intervención	Páginas	75
Justificación	Páginas	75 – 78
Objetivo General	Páginas	79 – 81
Objetivo Específico	Páginas	81 – 86
Criterios Metodológicos	Páginas	86 – 87
Árbol de Problemas	Páginas	88
Árbol de Objetivos	Páginas	89
Análisis de interesados	Páginas	90
Análisis de Factibilidad	Páginas	91
Matriz Lógica	Páginas	91 – 93

Cronograma	Páginas	94
Presupuesto	Páginas	95 – 97
15.Referencias Bibliográficas	Páginas	98 – 100

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla N° 1	Distribución de la población de Médicos Tradicionales según grupo de edad Yacuiba- Tarija 2011	Pág.52
TABLA N° 2	Población de Médicos Tradicionales según sexo Yacuiba-Tarija	Pág.54
TABLA N° 3	Distribución de Médicos Tradicionales según Procedencia	Pág.56
TABLA N° 4	Médicos Tradicionales con idiomas diferentes	Pág.57
TABLA N° 4.1	Distribución de Médicos Tradicionales según su ocupación	Pág.57
TABLA N° 4.2	El Gobierno del estado Plurinacional esta incluyendo a los Médicos Tradicionales en el nuevo modelo de atención en Salud Familiar Comunitario e Intercultural	Pág 58
TABLA N°4.3	A través de qué medios se informo de que existe un nuevo modelo de salud promovido desde Gobierno Plurinacional	Pág.59
TABLA N° 4.4	Tuvo usted en el nuevo modelo de atención de la salud Familiar Comunitario e Intercultural	Pág.60
TABLA N° 4.5	Tuvo usted alguna experiencia en referencia de pacientes a los Médicos a los centros de salud: podría mencionar en qué casos	Pág.61 - 62
TABLA N° 4.6	Desde su experiencia cuales serian los elementos necesarios para que puedan trabajar juntos los Médicos Tradicionales y los médicos de los centros de salud	Pág.62 - 63

CAPITULO III

16. Anexos

1. Encuesta dirigida a los Médicos Tradicionales de la Red de Yacuiba Pág.101 – 102
 2. Entrevista en profundidad dirigido a Médicos Tradicionales de Mayor trayectoria Red – Yacuiba Pág.103
 3. Relación de Médicos Tradicionales que colaboraron en entrevista Pág.104 - 105
 4. Fotos que dan cuenta del acercamiento que tuvo con los Médicos Tradicionales para conocer su percepción acerca de la Articulación de sus prácticas Medicinales con la Medicina Académica Pág.106 – 108
- Anexo 2. Mapa de Municipio de Yacuiba Pág.109
- Anexo 3. Población Estimada según Establecimiento Red Yacuiba Pág.110
- Anexo 4. Historia Clínica de confederación de Médicos Naturista y Tradicionales. Pág.111

RESUMEN

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuáles son las barreras que impiden a los médicos tradicionales para la articulación efectiva con los médicos científicos en la Red de Salud Yacuiba – Tarija Julio 2011?
En el Marco del modelo SAFCI.

OBJETIVOS

- a) **De investigación:** Identificar los facilitadores y barreras para la articulación de la Medicina Tradicional y Medicina académica en el Municipio de Yacuiba dentro el nuevo modelo de salud SAFCI Yacuiba 2011. Desde la perspectiva del médico tradicional.
- b) **De intervención: Concientizar y sensibilizar a los médicos académicos para coadyuvar a la inclusión de los médicos tradicionales en la prestación de servicios de salud**

Este objetivo parte de la necesidad de hacerle comprender a los profesionales de la salud que la medicina como está concebida hoy en día es parte de un proceso cultural propio de cada pueblo.

No hay pueblo del mundo que no haya desarrollado algún sistema de medicina, es decir, un sistema ideológico o doctrinario y tradicional, acerca de la vida y la muerte; la salud y la enfermedad; y más concretamente sobre las causas de las afecciones, la manera de reconocerlas y diagnosticarlas, así como las formas o procedimientos para aliviar, curar o prevenir las enfermedades, y además para preservar y promover la salud.

En ese sentido, el abordaje de este plan de concientización tiende a transmitir a los médicos académicos los conocimientos necesarios sobre ese complejo mundo de tradiciones, prácticas y creencias; componentes que se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los mismos médicos tradicionales,

terapeutas, parteras, promotores, sobadores; que poseen sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales y minerales.

Recuperar la identidad

La influencia de la medicina europea y anglosajona después de la conquista y durante la colonia, se abocaron a destruir muchas de nuestras visiones sobre la salud, de manera específica que se distorsionen a tal punto que hoy en día condenamos las prácticas médicas tradicionales considerándolas como meras prácticas hechiceras. En tal sentido a través de talleres de información y orientación a los médicos académicos se buscará revertir estas erróneas percepciones acerca de los médicos tradicionales.

Profundizar en la idea de que el sistema de medicina tradicional es un sistema integral que incluye terapeuta, terapias, recursos y destrezas curativas y diferenciarlo de la hechicería y charlatanes

TIPO DE ESTUDIO: Se realizó una investigación cualitativa prospectiva. Se aplicó entrevistas a profundidad para una comprensión amplia, integral y contextualizada del tema de estudio.

LUGAR: En la Población de Yacuiba – Provincia -Gran Chaco

POBLACIÓN: De 144.761 habitantes toda la red de Yacuiba

INTERVENCIÓN: Se ha realizado la búsqueda de los médicos tradicionales por referencia, de esta manera llegamos a un total estimado de 20 médicos tradicionales entrevistados, se ha seleccionado de manera convencional con base al acceso y la posibilidad real de entrevistarlos.

Siendo que no se ha establecido el universo de médicos tradicionales y asumiendo que hay más de 20, el trabajo se ha conformado por una muestra convencional identificado por rastreo.

RESULTADOS: En primer lugar se desprende tanto de las encuestas realizadas como de las entrevistas en profundidad, que el nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural hasta la fecha no ha sido asumido por todos sus actores.

Entre los factores por los cuales hasta la fecha se sigue evidenciando una brecha de separación entre la importancia que tiene la medicina tradicional ejercida a través de sus curanderos y la medicina científica destacan en primer lugar el desconocimiento que tienen los médicos tradicionales acerca de lo que significa hoy en día el nuevo modelo de salud familiar comunitaria intercultural, en segundo lugar la falta de voluntad política de parte de los propios médicos de la red de salud a permitir el acceso de la medicina tradicional como un primer nivel de atención de salud.

Respecto a la formación de los médicos tradicionales, se observa que la misma es fundamentalmente por tradición, transferidas de generación en generación, sin embargo no es excluyente la formación mediante mecanismos no formales, muchos de ellos han mencionado a que los talleres, simposios y cursos les ha dado mayor posibilidad de aprendizaje. Esta formación está fuera del alcance académico, por esto es una formación fundamentalmente cultural.

Asumimos que si se les oferta un curso universitario se convertirá en una formación médica alterna con el serio peligro de convertir a la medicina cultural en académica.

La información obtenida asimismo a través de las encuestas tanto como por las entrevistas a profundidad permitieron conocer la percepción que tienen los curanderos respecto de los médicos académicos, en ese sentido fu posible establecer que existe un nivel de respeto y reconocimiento a los conocimientos adquiridos por ellos, la totalidad de los médicos tradicionales dejaron en claro que su

capacidad es limitada frente a la de los médicos científicos, tal es así que en el caso de una enfermedad que ellos no pueden controlar ellos mismos le sugieren al paciente hacerse atender en un centro de salud.

Entre las ventajas que puede ofrecer el hecho de que la población recurra al uso de la medicina tradicional como componente de la Red de Salud - Yacuiba en el marco del nuevo Sistema de Salud - SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural), está en primer lugar la confianza de la que gozan estos médicos al interior de las diversas comunidades, y otro hecho relevante es que los médicos tradicionales bien pueden constituirse en un primer nivel de atención primaria dentro de la comunidad, contribuyendo así a fomentar el principal propósito del nuevo Sistema de Salud - SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural) que no es otro que el de aplicar una medicina preventiva.

Entre las desventajas podría darse el caso que los médicos tradicionales pretendan tratar ciertas patologías que son sólo posibles en otro ámbito de la red de salud con lo que podrían surgir ciertos casos de negligencia en la atención oportuna de la salud.

La información recogida permite afirmar con absoluta claridad que respecto al grado de disponibilidad de parte de los médicos tradicionales hacia una complementariedad de su función con Red de Salud - Yacuiba en el marco del nuevo Sistema de Salud - SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural) estos si están dispuestos a complementarse a integrarse, lo que sucede que hasta la fecha no se han establecido los mecanismos necesarios para que dicho efecto se produzca y he ahí la importancia de la presente investigación.

12.-CONCLUSIONES

Al término de la presente investigación y después de haber analizado los resultados que fueron posibles obtener a través de las encuestas y las entrevistas en

profundidad, revisada la literatura respecto al tema, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

Primero: Que tratar de responder a la diversidad cultural en el campo de la medicina es, sin duda, una tarea difícil y exigente. Exige la inclusión seria de planteamientos teóricos y metodológicos, que por muchos son percibidos como ajenos a la medicina. Además, la dura realidad en las regiones rurales o urbano-marginales, por ejemplo en las zonas periféricas de Yacuiba, hace que reivindicaciones acerca de una adaptación cultural de los servicios y programas sanitarios pueden fácilmente ser descalificadas como “ilusiones románticas”. No obstante, para minorías étnicas, poblaciones de regiones marginadas o migrantes entre otros, el reconocimiento serio y diferenciado de las dimensiones socio-culturales en el campo de la medicina es una cuestión fundamental. Porque al fin y al cabo, aquí se decide si tienen o no acceso a recursos médicos de calidad.

Segunda: Se observa que sería una situación poco alentadora, si no dispusiéramos de ciertos puntos de orientación superiores, capaces de guiar los razonamientos y esfuerzos también en el campo de la medicina intercultural. Es el caso de los valores que dan sentido a la medicina, y que deberían de justificar cualquier tipo de actividad en el campo de la atención sanitaria.

Tercera: En situaciones tan complejas, donde interfieren aspectos, intereses y fuerzas de carácter político, social y económico, la reflexión sosegada acerca de los valores implicados es la mejor ayuda a la hora de tomar decisiones – por ejemplo entre las diferentes opciones para el desarrollo de sistemas de atención médica “interculturales”. La reflexión ética ayuda a aclarar y definir de manera explícita, por ejemplo la jerarquía de los valores subyacentes de las motivaciones, intereses y resultados previstos de las actividades emprendidas, que a primera vista parecen ser iguales de importantes o, en otro caso, más bien invisibles.

Cuarta: La medicina tradicional es el conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos manejados por los médicos indígenas de las diversas etnias, se debe aclarar que no son sólo recursos y prácticas, sino también tienen que ver la cosmovisión. Si uno no entra en la cosmovisión de nuestros pueblos indígenas, uno no puede entender las enfermedades populares. O sea, yo para entender el susto o el espanto, si no me meto a la concepción indígena de qué es el cuerpo humano, y cómo se concibe la salud y la enfermedad, no voy a entender que está sucediendo y voy a decir que estas son tonterías, hechicerías, idolatrías, supersticiones, etc.

Quinta: En una sociedad donde la diversidad cultural converge cotidianamente como es el caso de la composición demográfica de la ciudad de Yacuiba, donde gran parte de su población es migrante, y donde prevalecen diversas visiones de lo que se entiende por salud, la medicina tradicional en el marco del nuevo modelo de salud familiar, comunitario intercultural se constituye en un instrumento que el sistema no puede soslayar, el carácter de la medicina preventiva es precisamente que la población se adapte a prevenir una enfermedad antes que curarla y en esto los médicos tradicionales juegan un rol muy relevante.

Sexta: La medicina tradicional puede contribuir a romper con los viejos esquemas introducidos por aquella medicina venida desde España, Francia, Inglaterra y Estados Unidos que nos hicieron creer que lo único válido es la medicina curativa y que lo demás es inútil, despreciando y desconociendo los el aporte y los orígenes de la medicina tradicional.

Séptima: Es necesario aprovechar la disponibilidad de los médicos tradicionales encuestados y entrevistados para integrarlos de manera seria a la estructura de atención primaria en la red de salud de Yacuiba, para tal efecto en las recomendaciones siguientes se sugieren los mecanismo necesarios para que tal inquietud se haga una realidad.

CAPÍTULO I

ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.- Introducción

El trabajo presenta los resultados de una investigación realizada en el Municipio de Yacuiba-Tarija, donde se logra describir la coexistencia de dos sistemas de medicina y la aplicación de los procedimientos de interculturalidad con una perspectiva de ver si es o no posible articular la medicina tradicional con la medicina académica en el marco de las políticas públicas del Estado Plurinacional Boliviano.

Como profesional de las ciencias de la salud, el trabajo responde a la obligatoriedad que tenemos en el marco de los servicios de salud de articular con la medicina tradicional como mandato, conocer la percepción de la población es fundamental, siendo que son la razón de nuestros servicios, además, la participación con conocimiento es siempre mucho más satisfactorio y generara más demanda lográndose ampliar la cobertura de los mismos.

La presente investigación es un estudio de tipo cuantitativo con base a una muestra obtenida del total de usuarios durante el primer semestre del año 2011.

Entre los hallazgos más relevantes se tiene el hecho de que se pudo encontrar que la población no está informada de la política pública, 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 médico tradicional debe ser conocido por la población misma, de esta manera evitar los ya conocidos “charlatanes” que lo único que hacen es mercantilizar la medicina tradicional.

El propósito de esta investigación es poder dotar de herramientas y elementos al sistema de salud para que se pueda desarrollar al articulación de la medicina académica con la medicina tradicional/etnomedicina, para reforzar la conceptualización de interculturalidad en salud, conocer la percepción acerca de la inclusión de los Médicos Tradicionales, poder realizar actividades y ver vías alternativas que deben desarrollarse y contribuir el nuevo sistema de salud accesible, equitativo, eficiente, eficaz y de calidad dentro la nueva política SAFCI.

2.- 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 el los servicios de salud, buscar la participación de los médicos tradicionales o tomarlos en cuenta es de fundamental importancia para el cumplimiento del modelo SAFCI.

Muchas veces los usuarios de los servicios de salud acuden primero a la medicina tradicional, pero casi nunca 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.

Durante el paso por la Facultad de Medicina el sistema se encarga de inculcarle al estudiante determinados conocimientos, de un modelo de atención medica

occidentalizado y con una carga importante en lo que se refiere a la enfermedad, consecuentemente, altamente medicalizado. Posteriormente, en los hospitales y congresos médicos, se le refuerza la idea de que la función del médico es curar y salvar vidas, de que la enfermedad y la muerte son fracasos que debe evitarse a toda costa y que la enseñanza recibida en la Universidad es la única válida. Además se le enseña que el médico no debe implicarse emocionalmente y que es un “dios” de la salud. De ahí que incluso existan ciertas formas de exclusión entre los propios profesionales de la medicina. La medicina oficial o “científica”, no quiere permitir que existan otras formas de curar que no sean serviles al sistema. 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.

La medicina científica está enormemente limitada porque se basa en la física materialista de Newton: causa - efecto. Y, por ende, tal síntoma precede a tal enfermedad y requiere tal tratamiento. Se trata de una medicina que además sólo reconoce lo que se ve, se toca o se mide y niega toda conexión entre las emociones, el pensamiento, la conciencia y el estado de salud del físico. Y cuando se la importuna con algún problema de ese tipo le cuelga la etiqueta de “enfermedad psicosomática” al paciente y le envía a casa tras recetarle pastillas para los nervios¹.

Por tanto la medicina occidental se inscribe dentro de un sistema global de pensamiento racional y dualista. Afirma una pretensión a la objetividad como sistema de observación de lo real, descartando las interferencias de la subjetividad. Establece como forma lógica la deducción mediante la relación causa efecto, abordando sus estudios mediante procesos analíticos.

La lógica aristotélica, Cartesiana y Newtoniana establecieron esos pilares del pensamiento occidental. Lo que nos lleva a buscar causas patológicas en la dimensión material y en la agresión exterior del cuerpo como entidad aislada.

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 psique. Sin embargo los factores religiosos y espirituales influyen poderosamente en la experiencia y la representación de la enfermedad. Estudios científicos coinciden en señalar que por lo menos en 80 % de los casos esa influencia ha sido positiva.

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 médicos².

Para los físicos cuánticos, lo que afirman los curanderos es coherente son sus modelos de aprensión del tiempo, la energía, del espacio.

Del mismo modo, señala que por orden de importancia a nivel de la salud pública, la patología mental deviene en una prioridad mundial desplazando a las grandes epidemias del pasado (malaria, tuberculosis, lepra...), sin embargo pese a esto muchos países no tienen políticas de salud mental como si este tipo de sufrimiento no se merecería la misma respuesta que las patologías orgánicas. Es importante ver que un mundo con perspectivas sombrías de un mundo sin sentido, sin valores estables genera una depresión colectiva. La funcionalidad de una vida materialista no satisface las necesidades espirituales. Las medicinas tradicionales restablecen un espacio para la dimensión trascendental en la dinámica de la salud tomando en consideración el factor espiritual en sus terapias. Este “otro mundo” no está en

discontinuidad con “este mundo” y existen espacios que aseguran el interfaz como por ejemplo las ceremonias médico – religiosas donde el ritual asume el interfaz entre esos mundos.

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 biomedicina³.

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 enmarcados en la nueva constitución Política del Estado que en los Art.

30, 35, 42 y en todos los artículos relacionados con salud que incluyen a la medicina tradicional.

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.

Actualmente la política pública en salud vigente en el Estado Plurinacional de Bolivia, prioriza la participación de la práctica de la medicina tradicional como una estrategia para lograr más y mejor equidad en la prestación de servicios de salud, sin embargo es insuficiente las experiencias articuladas con el sistema Nacional de Salud, por esta razón, y ante la ausencia de trabajos que reflejen esta temática en Yacuiba, se pone a consideración el presente trabajo de investigación que pretende conocer ¿Cuál es la percepción de la comunidad, los médicos tradicionales y el personal de salud del sistema público en salud en la articulación de la medicina tradicional y la medicina científica de la Red de Salud, Yacuiba julio 2011?. Los resultados obtenidos permitirán desarrollar mecanismos de coordinación y referencia entre ambas medicinas, hasta la inclusión de médicos tradicionales en la Red de Salud Yacuiba.

Por tanto esta investigación nos permitirá socializar en los tres ámbitos la comunidad, los médicos tradicionales y el personal de salud, la articulación de la medicina tradicional y científica, porque actualmente es la nueva forma de hacer salud en nuestro país según la política SAFCI.

3.-Planteamiento del problema

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, la medicina tradicional es uno de estos escenarios, con sus representantes: los médicos tradicionales, centinelas de la manutención de las tradiciones.

Muchas de las enfermedades culturales, tienen origen en la transgresión de normas establecidas, la falta de respeto a entidades sagradas, desapego a las costumbres u otros que generan padecimientos de diversos tipos, que se hacen evidentes en la fisiopatología del cuadro, generando una demanda de atención que va mas allá de pedir una cura netamente biológica, produce una alteración en la calidad y estilo, de vida, produce una demanda de redención, para restituir un equilibrio perdido. Las medidas terapéuticas consisten en que el enfermo tribute algún trabajo o su fruto como una medida de paga⁴.

En la actualidad se puede percibir que la medicina occidental no es suficiente para dar solución a los problemas de los pacientes, y no se da la debida importancia a la medicina tradicional sabiendo que los pacientes acuden a estas teniendo resultados favorables, una de estas enfermedades por ejemplo conocida o llamada culturalmente susto, tiene su tratamiento llamando el ánimo de formas diferentes dependiendo del médico tradicional, pero que no es reconocida por la medicina académica.

Debemos expresar que también muchas veces no son médicos tradicionales sino se trata de charlatanes que se hacen pasar por médicos tradicionales.

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.

El motivo principal por el cual se acepta el desafío de llevar adelante esta investigación es porque en la población de Yacuiba se desconoce o se conoce muy poco lo que implica la inclusión de Médicos Tradicionales y el nuevo modelo de salud SAFCI 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 Yacuiba, no se tiene un registro. Sabemos también que sus servicios son muy requeridos por la comunidad pero no se sabe en qué magnitud, tampoco lo expresan libremente los pacientes al momento de la consulta con el médico occidental por temor muchas veces a que estos les llamen la atención.

Hoy en día nada impide que se pueda desarrollar programas dirigidos a socializar con la población, médicos académicos y médicos tradicionales la complementariedad de la medicina tradicional con la medicina científica o académica pues en nuestra ciudad hay médicos en formación para poder transmitir a la población el conocimiento de estos temas, lo único que se requiere es un programa que sistematizado técnicamente se vuelque a este propósito.

4.-Pregunta de investigación

Es un mandato la aplicación del Modelo SAFCI en Bolivia que debe expresarse en los servicios de salud, sin embargo, hay una resistencia razonable de parte de la comunidad, siendo que esta por una parte, no conoce el modelo y por otra, está acostumbrada a separar las dos medicinas, la convencional y la tradicional.

Desde el advenimiento de la ley, se están suscitando muchos eventos, desde el fraccionamiento de la organización de médicos tradicionales hasta buscar aspiraciones personales tendientes a conseguir un puesto de trabajo, que al parecer es razonable, sin embargo si esto sucede las posibilidades financieras para el Estado Plurinacional Boliviano será insostenible.

En el área de trabajo de este estudio no se ha realizado avances significativos en el proceso de articulación, siendo que no hay capacitaciones ni invitaciones de parte de las autoridades formales para iniciar un proceso de coordinación y acercamiento y no se conoce con certidumbre cual es la percepción de los médicos tradicionales en los procesos de articulación entre la medicina tradicional y la medicina convencional.

El proceso de acreditación es insuficiente y no se ha llegado a identificar a todos los médicos tradicionales y no existen mecanismos claros para los médicos tradicionales del proceso administrativo generándose con ello confusión o incertidumbre, incertidumbre que bien podría superarse si se reglamentara el procedimiento para dicho reconocimiento.

Por lo expresado la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cuáles son las barreras que impiden a los médicos tradicionales para la articulación efectiva con los médicos científicos en la Red de Salud Yacuiba Yacuiba – Tarija Julio 2011? En el Marco del modelo SAFCI .

5.- MARCO TEÓRICO

MARCO SITUACIONAL

Caracterización de la ciudad de Yacuiba

El municipio de Yacuiba, 1ra Sección de la provincia Gran Chaco, del departamento de Tarija, se encuentra ubicado en el Sub andino Sur y la Llanura del Chaco, distante a 357 Km. de la ciudad de Tarija y 540 Km. de la ciudad de Santa Cruz por la ruta 9 Santa Cruz - Villa Montes -Yacuiba. Se constituye en una franja que se proyecta en la serranía del Aguaragüe y se prolonga hasta la zona de transición pasando a la llanura chaqueña. Geográficamente el municipio se encuentra localizado entre los S 21°13'35.6" - 63°33'35.65" W en su extremo Nor-occidental, 22°03'05", S - 63°40'54", en su región Nor-oriental, 22°0'00" S - 63° 39'55.2" W en el extremo Sur - Occidental y 21°59'57" S - 62°48'36.4" W.

Limita hacia el Norte y Este con la tercera sección del municipio de Villa Montes, en el límite natural del río Pilcomayo, al Oeste con la segunda sección del municipio de Caraparí, confluyente con el límite natural de la serranía del Aguaragüe hasta la intersección del río Pilcomayo y al Sur con la república de Argentina. En la actualidad, el municipio de Yacuiba, cuenta con una superficie de 5.181.02 km². La población estimada para la gestión 2011 según el SEDES Tarija es de 144761 habitantes.⁵ La proyección del INE para el año 2011 es de 132.067 habitantes.⁶

Estructura Política Administrativa

El municipio de Yacuiba de acuerdo a su estructura organizacional está dividido políticamente en ocho distritos, de las cuales cuatro corresponden al área urbana y cuatro al área rural. La división político administrativa de área urbana, comprende cuatro distritos; 1, 2, 3 y 4, con una superficie media de 262,6 Has. Los distritos en su

conjunto tienen 44 barrios, con superficies variables pero en general reducidas, ya que en promedio tendrían una superficie de 23,8 Has.

El *área rural* según la Superintendencia Agraria está dividida en cuatro cantones: Caiza, Aguayrenda, Yacuiba y Pocitos, en cuyo territorio se encuentran cuatro distritos: 5 - 6 - 7 y 8, en los que están asentadas 56 comunidades, el mayor número de comunidades lo ostenta el distrito 8. Los Cantones son unidades político administrativas territoriales dependientes del Gobierno Municipal, a partir de las cuales se planifica y administra el desarrollo del municipio.

Yacuiba está considerada como la frontera más importante de Bolivia por diversas razones: su población, infraestructura citadina, sus organizaciones, su actividad comercial, etc., y por las características geográficas a nivel nacional se considera como zona de riesgo para los diferentes tipos de violencia que se presentan: narcotráfico, asaltos, robos, prostitución, violencia intrafamiliar como así también para la salud como dengue, fiebre amarilla, VIH/SIDA, Gripe AH1N1, tuberculosis, etc.

Yacuiba proviene de la voz guaraní “Yacu igua” que significa “Aguada de la Pava”. Habitada por guaraníes de inicio. Era un fértil valle con abundantes plantaciones de cítricos, paltos, mangos, papayos, una gran variedad de frutas y cereales que cultivaban para el consumo. La llegada de la civilización fue cruenta. Primero soldados y misioneros, luego ganaderos y comerciantes, esto ocasionó una diversidad sociocultural con un marcado machismo del hombre chaqueño.

La actividad ganadera generó el ancestro cultural chaqueño, con las faenas propias de la doma y monta de potros, el laceo, la marcada y hierra de ganado, la vestimenta; para dar paso luego a los juegos, carreras, jocheo, pialadas, sortijas, con gritos, cantos, zapateos, mucho bombo, violín y guitarra; asado todo el día y la taba en medio del montón. Estas manifestaciones culturales se las reviven anualmente a fines de Agosto en la “Fiesta de la Tradición Chaqueña” en la localidad

de El Palmar, considerado la Capital Folklórica del Gran Chaco. Cueca, Chacarera, gato y escondido, son los aires que se bailan en la zona. Se agrega la zamba, el chamamé y toda una riqueza del folklore regional. En estas actividades la mayor participación la tiene el hombre demostrando así su hombría.

Servicios de salud

La estructura de los servicios de salud en el municipio de Yacuiba, está organizada de la siguiente manera: Seguridad Social: Caja Nacional de Salud con el Policlínico Nº 42, atiende consulta externa e internación con infraestructura nueva de 2do nivel próxima a inaugurarse, Caja Petrolera de salud con su población beneficiaria y a su vez atiende el SSPAM; Seguro de la Banca Privada (compra servicios a la Clínica Privada San Roque), Seguro Social Universitario (compra servicios a la Clínica Privada Monserrat), COSSMIL, Caja CORDES;, Servicios Privados como: Prosalud, Clínica San Roque, Clínica Monserrat. Servicio Público: Hospital de 2do nivel Dr. Rubén Zelaya, centro de referencia para todo el municipio de Yacuiba e inclusive recibe pacientes del Municipio de Villamontes y Caraparí. Brinda atención por el Seguro Universal de salud de Tarija (SUSAT) y SUMI

En el Área urbana de Yacuiba:

- Consultorio médico El Jardín: 1 medico 1 Aux. de Enfermería Consultorio Médico Las Delicias: 1 medico 1 Aux. de Enfermería
- Consultorio Médico El Porvenir: 1 medico 1 Aux. de Enfermería
- Consultorio Médico El Prado: 1 medico 1 Aux. de Enfermería
- Consultorio Médico San Gerónimo: 1 medico 1 Aux. de Enfermería
- Consultorio Médico Barrio Obrero: 1 medico 1 Aux. de Enfermería
- En el área dispersa se tiene el centro médico en la Comunidad de Campo Grande, área geográfica que corresponde al límite entre Yacuiba ciudad y el área rural: 1 medico 1 Aux. de Enfermería.

Área Rural Municipio Yacuiba:

- Centro de salud Pocitos
- Centro de salud Palmar Chico
- Centro de salud Palmar Grande (Brigada Timboy)
- Centro de salud Caiza
- Centro de salud Yaguacua
- Centro de salud Crevaux
- Puesto de salud Sanandita
- Puesto de salud Sachapera
- Puesto de salud Timboy
- Puesto de salud Pajoso
- Puesto de salud D'orbigny

Poblón Estimada según establecimientos Red de Salud Yacuiba, 2011

Establecimiento	< 1 Año	1 a 4 Años	5 a 14 15 a 59 Años Años	60 + Años	TOTAL	
Hospital Yacuiba	2856	10922	2336 7	62212	6048	105405
C.S Pocitos	487	1862	3983	10604	1031	17967
C.S Crevaux	98	375	803	2138	208	3623
C.S Palmar	122	467	1000	2662	259	4510
C. S. Caiza	176	673	1441	3836	373	6499
C. S. Yaguacua	93	357	764	2035	198	3448
P.S. Sachapera	18	70	148	394	38	668
P.S. Timboy	4	14	30	79	8	134
P.S. Sanandita	25	97	208	553	54	936
P.S. Pajoso	43	163	348	927	90	1571
RED SALUD YBA.	3922	15000	3209	85440	8307	144.861

Fuente: Estadística Red Yacuiba, 2011

El número de trabajadores en salud de toda la RED Yacuiba es de 372 funcionarios, (médicos generales, especialistas, bioquímicos, farmacéuticos, licenciadas en enfermería, auxiliares en enfermería, personal administrativo, de limpieza, y otros), existe tres fuentes de financiamiento: TGN, Municipio y la Sub gobernación del Municipio de Yacuiba.⁷

Empíricamente se conoce que existen en los diferentes barrios personas que practican la medicina tradicional (curanderos, hueseros, santiguadores, sobadores y otros), sin embargo no existe un registro en la Gerencia de Red de salud Yacuiba.

Antecedentes de la Medicina tradicional

El momento del encuentro entre las medicinas de Europa y América se describe de esta manera:

“...Había muchos herbolarios...” comentaba Bernal Díaz del Castillo describiendo lo que vio en la Plaza de Tlaltelolco, correspondiendo exactamente a lo que Cortés relataría en octubre de 1520 al Emperador Carlos V- : “Hay calles de herbolarios, donde hay todas las raíces y yerbas medicinales que en la tierra se hallan...”, y agregaba: “Hay casas como de boticarios donde se venden las medicinas hechas, así potables como unguentos y emplastos”⁸.

Sin duda México y Perú eran los dos lugares geográficos más ricos en elementos medicinales. Aunque hay que decir que cada cultura tiene su propia medicina y las culturas del Nuevo Continente eran y siguen siendo muy numerosas.

El Qollasuyo, Los Qulla, los Kallawaya y los Kullawa. Los que conservaron el fuego sagrado

Las culturas eran diferentes; diversas las filosofías y cosmovisiones, la interpretación de vida, enfermedad y muerte y por tanto la etiología de las mismas; distintas las lenguas, las religiones y los tipos de vida. En la región andina peruano boliviana.

Los Incas tenían su propia tradición médica y al Incario está ligada la cultura Colla (Qulla, Qolla) de Bolivia que era denominada primero como el Qollasuyo o “País de médicos y medicinas” y luego como el Collao. Según el libro del Dr. Gerardo Fernández Juárez, (Pag. 229) afirma que la cultura del Qollasuyo era una cultura estrictamente medicinal. En ella los principales actores pertenecían a tres subgrupos: los Kallawaya, muy estudiados, a quienes pinta el Cronista Felipe Wamán Poma de Ayala llevando las Andas del Inca TupacYupanki, y de quienes afirma el Investigador

mexicano, Dr. Xavier Lozoya, que probablemente eran el grupo médico más organizado de América. Los Qulla, o habitantes del Qollasuyo y los Kullawa o farmacéuticos itinerantes, siempre marginados, obligados a vivir en los pedregales de la Cordillera, donde la agricultura era imposible; nunca estudiados, quienes ni siquiera figuran en los actuales catálogos de las Etnias bolivianas.

Se han estudiado sí, las Ferias de Huari en Oruro y las de Viacha o del Domingo de Ramos en El Alto de La Paz, donde ellos son quienes negociaban con las estrellas de mar, conchas y algas marinas, con la Quina, el Matico o el Waji de las selvas o la Wirawira, Chachaquma y Choqekaylla de los montañas más altas. Caminantes incansables y comerciantes, primero llameros; ahora quizá camioneros, ellos mantuvieron la vigencia de su propia medicina en estos 508 años, poniendo al alcance de la mano de cualquiera los remedios de origen más remoto. Por lo general mujeres, las Kullawa se encuentran en todos los rincones de Bolivia. Ya no usan el “aqsu” bordado y de color oscuro que lucían hace 20 años en la Calle Santa Cruz de La Paz , quince días antes de las Ferias de Ramos o de Viacha. Ellas hablan indistintamente el castellano, aymara o quechua. Pero si hoy les preguntamos si son Kullawa, lo niegan... Como, a decir de Louis Girault, los Kallawaya, hartos de ser llamados “brujos”, preferían hacia la década del 70, el oficio de orfebres.

Méritos de esa medicina

Santiago Erick Antúnez de Mayolo en su obra: “La Nutrición en el Antiguo Perú” y Julia Elena Fortún en su publicación “Reeducación Alimentaria en Área Rural” muestran cómo en el Incario había una Seguridad Alimentaria que nosotros estamos ya muy lejos de tener actualmente. Sólo por citar una frase: “la alimentación y el uso equilibrado de nutrientes fue uno de los mayores logros en la coherente cadena de seguridad alimentaria que resalta estructurada, a partir de la cultura de Tiwanaku”.

Si la alimentación correcta es la mejor medicina preventiva, los Quilla merecieron muy bien el elogio que hacía de ellos Wamán Puma de Ayala cuando dice de ellos en 1617: “Los del Qullasuyo son grandotes, todos, hombres y mujeres son grandotes y gordos...”

Esta Medicina tuvo sus épocas brillantes. Se afirma que se rechazó en 1637 el proyecto de una Facultad de Medicina para Lima porque existían hierbas e indios que las manejaban con más eficiencia que los médicos.

Louis Girault en una Conferencia en La Paz decía que los Kallawaya famosos fueron más de 500 en el Siglo XIX, cuando no pasaban de 50 en el XX. El mismo autor nos dijo que la Botánica Kallawaya no tenía nada que envidiar a la de Linneo y, congruente con esa afirmación, él usa los géneros y especies kallawaya en las familia botánicas de Linneo. Y él mismo puso en la carátula de su libro la foto de los 5 Kallawaya que curaron de la malaria a los segundos constructores del Canal de Panamá en 1914. Cuando en 1905 habían muerto los primeros 25.000.

Un grave conflicto

A los sabios del Qullasuyo los llamaron y los quemaron como brujos y ellos se defendieron acuñando una afrenta similar para sus enemigos los médicos dándoles el denominativo de: “kharisiris, lik'ichiris o kharikharis” cuyo significado es : el que te puede matar desde lejos, sin dejar marcas, sacándote la grasa. Era como acusarse mutuamente de “comunistas” en el Chile de Pinochet. No había cabida para los dos en el mismo ámbito geográfico. El que escribe este artículo atribuye a esta guerra de siglos una de las causas, quizás la principal, de que el país de médicos y medicinas sea ahora uno de los dos últimos países de América en los indicadores de salud.

Recuperación y perspectivas

En los últimos 30 años y en gran parte por el apoyo brindado por la OMS en Alma Ata (1978) con la consigna de “Recuperar al curandero y a la partera como amigos del médico”, se han implementado investigaciones de las medicinas tradicionales y de las plantas curativas en más de 20 universidades del África y en muchos países latinoamericanos, como Guatemala, Perú, Brasil, Paraguay, Costa Rica y México.

Conceptos y definiciones atinentes al tema

Definición de 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, país⁹.

Para comprender mejor lo que se debe entender por cultura se debe precisar lo siguiente:

- 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.

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 distintas¹⁰.

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 cultura¹¹.

Principios básicos de la Interculturalidad:

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

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. La articulación, reciprocidad y complementariedad con la medicina tradicional/etnomedicina practicada de manera diversa en nuestro país multiétnico, es pertinente.

Entre los muchos sentidos que se dan a estas palabras el concepto que más se aproxima e interesa en el sector salud es el siguiente:

- 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.¹²
- 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.

La relación y convivencia con el otro / a distinto / a lleva a su aceptación como tal, aunque no se lleguen a entender todos sus códigos y símbolos culturales de una a otros.

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.

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, capitanías, indígenas de tierras bajas y altas, confederaciones y federaciones, regionales y provinciales de campesinos, juntas vecinales, organizaciones de mujeres campesinas, y otros.

El carácter pluricultural de Bolivia también se expresa en formas de atención en salud culturalmente estructurada en un Sistema Médico Tradicional/Etnomédico la medicina facultativa/académico/occidental.

El carácter holístico de la medicina tradicional/etnomedicina hace que se desarrollen mecanismos de comunicación dialógica y práctica en salud dirigidos a la persona como un todo biopsicosocial.

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

Que se entiende por Medicina tradicional

La medicina tradicional entendida como el conjunto de saberes y prácticas transmitidas oralmente por generaciones sobre los procesos de salud-Enfermedad, la medicina indígena ha jugado 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 prácticamente 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 enfermedad¹³.

La medicina tradicional 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”¹

Por esta razón en septiembre del año 2007 desde la 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:

Artículo 5: 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 8: Los pueblos y las personas indígenas tienen derecho a no sufrir la asimilación forzada o la destrucción de su cultura.

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

¹ Ministerio de Salud y Deporte Vice ministerio de Salud “Plan de desarrollo sectorial 2010-2020”.

- a) 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;
- b) Todo acto que tenga por objeto o consecuencia enajenarles sus tierras, territorios o recursos;
- c) Toda forma de traslado forzado de población que tenga por objeto o consecuencia la violación o el menoscabo de cualquiera de sus derechos;
- d) Toda forma de asimilación o integración forzadas;
- e) Toda forma de propaganda que tenga como fin promover o incitar a la discriminación racial o étnica dirigida contra ellos.

Artículo 23: 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 24: 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.

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

Artículo 30. 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:

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.

Por estas razones las actividades de los médicos científicos – académicos deben buscar mecanismos de manera tal que se retroalimente la función de la salud respetando el valor que tiene la medicina tradicional por el carácter natural y espiritual que es reconocido por su comunidad, en ese sentido es necesario orientar los esfuerzos al logro de:

1. Trabajar de manera autónoma en la comunidad
2. Trabajar en la referencia y retorno de las personas enfermas u convalecientes
3. Trabajar de manera conjunta con el médico facultativo, siempre u cuando la comunidad lo decida

4. Trabajar con los médicos tradicionales no significa necesariamente incorporarlos al establecimiento de salud, darles un horario de trabajar. Trabajar con ellos significa: coordinar, referir, contra referir, o atender conjuntamente a las personas, familias y comunidad.²

En Bolivia el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 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 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 SUS sería conducido y dirigido por el MSD;
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

² "Salud Familiar Comunitaria Intercultural". Documento técnico – didáctico, publicación 171, p. 53.

4. Lograr el camino el “Vivir Bien”.¹⁴

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 (3)

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, capitanías, indígenas de tierras bajas y altas, confederaciones y federaciones, regionales y provinciales de campesinos, juntas vecinales, organizaciones de mujeres campesinas, y otros.

El sistema medico tradicional/etnomedicina

El carácter multicultural de nuevo Estado Plurinacional se pone de manifiesto en el Preámbulo de la Nueva Constitución Política del Estado: 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, capitanías, indígenas de tierras bajas y altas,

confederaciones y federaciones, regionales y provinciales de campesinos, juntas vecinales, organizaciones de mujeres campesinas, y otros.

Características de la medicina tradicional/etnomedicina

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

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 biosicosocial.

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

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: 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.

Medico tradicionales /etnomedicos

Hombres o mujeres que practica y ejércela 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.)

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:

Kallawuayas

Son médicos que ejercen un practica 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”.

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.

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).

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.

Jamiris

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

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.

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.

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.³

³ ALIAGA, Alicia. Documento Base para la Interculturalidad Medicina Tradicional Salud. p. 7,8.

DIAGNOSTICO

ASPECTOS GENERALES DE LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL CON LA MEDICINA ACADÉMICA

Antecedentes

En Bolivia, existen 36 Pueblos Indígenas y Originarios, distribuidos a lo largo del Territorio Nacional. Durante los últimos años la población Indígena y Originaria, a través de sus distintas formas de organización social, han demandado al Estado Boliviano, una mayor atención, a sus múltiples necesidades; un mejor acceso a los Servicios de salud, Educación, Desarrollo Productivo, al proceso de saneamiento y titulación de las tierras que ocupan tradicionalmente.

Una vez promulgada la Ley 1257 el año 1991, que ratifica el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo “OIT”, se inicia una nueva etapa en la visión del estado Boliviano, respecto a los derechos de los Pueblos Indígenas y Originarios de Bolivia.

Posteriormente, la Constitución Política del Estado, reconoce a Bolivia, Multiétnica y Pluricultural (Art. 1° de la CPE) y el respeto y protección de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales de los Pueblos Indígenas, el Artículo 171 de la CPE, ratifica y extiende el respeto y protección a las tierras comunitarias de origen, así como el uso y aprovechamiento de los recursos naturales, identidad, valores culturales, lengua, costumbres e instituciones, usos y costumbres. Reconoce la personalidad jurídica de las Comunidades Indígenas y campesinas y de las asociaciones y sindicatos campesinos.

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

El Estado Boliviano, realiza el esfuerzo necesario para disminuir las brechas existentes en la atención de salud, creando inicialmente el Ministerio de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios, que a través de la Unidad de Salud Intercultural, interactúa con el Ministerio de Salud, para aplicar los Derechos de los pueblos Indígenas y Originarios a la atención en Salud con un enfoque Intercultural.

A partir, de Febrero 2006, se crea el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, fruto del proceso de cambio, que lleva el actual gobierno, para responder de manera más adecuada a los objetivos de una atención en salud, con un enfoque intercultural, revalorizando los conocimientos ancestrales de la práctica médica de los Pueblos Indígenas y Originarios.

Visión

El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, respetuoso de las culturas y de su concepto salud/enfermedad, promueve 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 en una política de interculturalidad con equidad.

Misión

El Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, 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.

La Ley Organizativa del Poder Ejecutivo “LEY LOPE”, reglamenta las funciones del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad del Ministerio de Salud como sigue:

- Diseñar la política de promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica o universitaria, en el marco de la interculturalidad y adecuación étnico-cultural de los servicios de salud.-
- Diseñar unos modelos de atención integral de promoción y fomento de la salud familiar y comunitaria, respetando la interculturalidad en las comunidades, 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.
- Fomentar los procesos de enseñanza-aprendizaje de las medicinas tradicionales a fin de asegurar su fortalecimiento y consolidación en cada región de Bolivia.
- Defender las plantas medicinales como parte de la Biodiversidad, así como el derecho de las culturas que han usado con exclusividad dichas especies de la flora medicinal, evitando la Biopiratería.

Principios de la Política de Salud y Medicina Tradicional para los pueblos indígenas

El sector salud boliviano parte de los siguientes principios: **Universalidad**, para proteger a toda la población, sin ningún tipo de discriminación. **Inclusión social**, para favorecer a quienes quedaron al margen de los beneficios del sistema de salud. **Equidad de género y generacional**, porque bolivianas y bolivianos de todas las edades, tienen derecho a una atención de calidad. **Ética en salud**, por la necesidad de una conducta moral, tanto en la formulación de las políticas, como en la prestación de atención en los servicios. **Transparencia**, que se traduzca en una gestión abierta al control social y contemple mecanismos de prevención y punición de actos de corrupción en todos y cada uno de los subsectores.

Los cuales son complementados por principios específicos para los pueblos indígenas en Bolivia, y que están enunciados en instancias normativas tan importantes como la nueva CPE y el Plan de Desarrollo Sectorial de la Salud. **CPE**

También la Salud en la nueva CPE está íntimamente relacionada a la realidad plurinacional e intercultural: **Artículo 18.**

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Artículo 30. II. En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos: 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 respete su cosmovisión y prácticas tradicionales. **Plan de Desarrollo Sectorial** La política de salud enunciada en el Plan de Desarrollo Sectorial (versión preliminar) denominado “Movilizados por el derecho a la salud y la vida”, contiene la propuesta de cambio del Ministerio de Salud y Deportes en concordancia con los postulados y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo. Este Plan, de carácter indicativo, establece los lineamientos políticos, estratégicos y programáticos que guiarán el quehacer sanitario en el sistema de salud, durante el periodo 2008-2015, en el marco del nuevo “Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural”, bajo el paradigma de **Vivir Bien**. El reto de construir una salud intercultural, es de esta manera, el reto del Estado, y por ende de toda la sociedad boliviana.

La salud intercultural en el Estado Plurinacional Boliviano

La importancia de la interculturalidad en el Estado boliviano, es verificable en la conformación misma del sector, que está constituido por cuatro subsectores:

- ◆ Subsector público, encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes, financiado principalmente por fondos públicos y de cooperación, y descentralizado en su gestión.
- ◆ Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, compuesto por diversas Cajas de Salud que atiende a los trabajadores asalariados y sus familias, y financiado principalmente por cotizaciones de los afiliados,
- ◆ Subsector privado, conformado por las entidades sin fines de lucro – entre ellas Iglesia y ONGs- que actúan en el campo de la salud y los establecimientos de salud privados con fines de lucro.
- ◆ Subsector de la medicina tradicional.

Y analizando más profundamente podemos afirmar que la política de salud en Bolivia, parte de los siguientes principios:

Interculturalidad

Algunos reclaman por la vaguedad con que se suele utilizar el término cultura y su derivado intercultural o interculturalidad, pero ni bien se intenta una definición se descubre la complejidad que encierra el concepto y, por tanto, la dificultad que representa definirlo. Para hacer una aproximación, es indispensable, primero, definir qué entendemos por cultura y señalar que cultura y etnia o etnicidad no son equivalentes. Por cultura entendemos los modos de vivir, los modos de ser o de

transformar las relaciones con el mundo, comunes a determinados seres humanos, teniendo en cuenta que la relación con el mundo implica la relación con la naturaleza, con los demás y consigo mismo.

La diversidad cultural se presenta en espacios definidos donde coexisten grupos humanos con tradiciones culturales diferentes. Las relaciones que se desarrollan en este tipo de contextos, *son relaciones interculturales de hecho*, es decir relaciones en las cuales, aunque las personas no necesariamente lo quieran ni lo busquen, se ven influenciadas de manera importante por rasgos culturales originados en tradiciones diferentes a la propia. Esta situación puede producir reacciones muy diversas que van desde el reconocimiento y aceptación al desconocimiento y rechazo de otras culturas o expresiones culturales diferentes a la propia. Por lo general, las influencias culturales mutuas no se procesan de manera armoniosa, en un ambiente de respeto mutuo y de diálogo; históricamente se ha constatado que más bien ocurre lo contrario; pero ello no significa que no hayan existido influencias mutuas (o relaciones interculturales de hecho). Significa, eso sí, que para quienes viven ese proceso, es difícil reconocer y asumir plenamente la riqueza potencial que representan recursos culturales generados a través de prolongadas experiencias históricas distintas, y que de pronto se encuentran reunidas y al alcance.

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

interculturalidad implica la actitud de asumir positivamente la diversidad cultural, y convertirla en un principio rector de los procesos sociales.

En este sentido, la interculturalidad orienta también procesos sociales que intentan construir –sobre la base del reconocimiento del derecho a la diversidad y en franco combate contra todas las formas de discriminación y desigualdad social- relaciones dialógicas, democráticas y equitativas entre los miembros de universos culturales diferentes.

La interculturalidad en salud

En los últimos años, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención en salud. Sin embargo, es necesario no perder de vista que el tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico o racial ya que implica valorar la diversidad cultural, social y económica del ser humano en tanto determinantes del proceso de salud y enfermedad.

A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores de salud es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción entre el personal de salud y los usuarios del sistema, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción promocional, preventiva o terapéutica, y las diversas conductas frente a la enfermedad. En la medicina occidental o alópata, el conocimiento académico o científico que sustenta la práctica médica es el que provee los medios para explicar y validar las causas de enfermedad.

En este sentido, la medicina occidental no aceptará que una persona pueda enfermar de susto o porque perdió su alma, sin embargo, para la medicina tradicional esta explicación podría ser totalmente aceptable. Por lo tanto, aunque la lógica que opera en la definición de salud y enfermedad sea universal, difiere en las premisas culturales y pruebas de validación en las que se basa, por ello distintas percepciones y observaciones del mismo fenómeno derivan en diferentes explicaciones de la enfermedad y su posible tratamiento. Probablemente, esta diferencia adquiere su mayor relevancia cuando se trata de la aceptación del diagnóstico y la adherencia al tratamiento correspondiente, ya que si la explicación otorgada por el personal de salud es contrapuesta a la lógica del usuario, lo más probable será que se produzca un fracaso terapéutico.

En este contexto, el éxito de las intervenciones del personal de salud –no sólo en lo asistencial, sino también en lo preventivo y promocional- depende en gran medida, de su capacidad para no desestimar las creencias de otras culturas, y sobre todo de sus habilidades para negociar y conjuncionar saberes diferentes. Como ya se mencionó con anterioridad, por lo general en todo proceso de interacción social en el cual concurren cosmovisiones antagónicas o diferentes existe el riesgo de conflicto. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro. En este sentido, la cultura biomédica expresada a través del sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población, independientemente de los contextos económicos, sociales y culturales.

No obstante, la experiencia de proyectos en salud tanto a nivel nacional como internacional -muchos de ellos patrocinados por organismos como la OPS y OMS, y dirigidos hacia los sectores más pobres- dan cuenta de las importantes dificultades e inclusive fracasos que se enfrentan al no considerar factores socio económicos y

culturales, especialmente en países que como el nuestro, son multiculturales y pluriétnicos.

De ahí que uno de los mayores desafíos para el sector sea crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural. A nivel de las acciones en salud, las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El mejorar los procesos de comunicación y diálogo, promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico.

Algunos autores señalan que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto por cinco elementos: escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar. Pero esto no es suficiente, ya que el personal de salud debería, adicionalmente, conocer usos y costumbres, denominación cultural de las enfermedades y la utilización de la farmacopea tradicional herbolaria. Otra forma de abordar la interculturalidad en salud, se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre usuarios y personal de salud.

La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad de los usuarios considerando el contexto cultural en el cual el modelo se origina, esto no significa que el personal de salud comparta la cosmovisión comunitaria, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes tanto para el proceso de recuperación del enfermo como para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Por otra parte, la negociación intercultural es indispensable cuando las creencias culturales y las expectativas de los usuarios se contraponen a las del personal de salud repercutiendo de manera negativa en los resultados esperados. En estos casos, el proceso de negociación intercultural sirve para identificar las áreas de

conflicto y acuerdo, así como los posibles puntos de consenso que sirvan para establecer acuerdos de cooperación mutua.

Políticas de Salud para la Medicina Tradicional

Principios de la Medicina Tradicional

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

Por lo expuesto se ha creado el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad que tiene como misión el fortalecimiento de la medicina tradicional y su articulación y complementación en el Sistema Único SAFCI, en un modelo de gestión y atención con enfoque intercultural, de género e inclusión social.

La exclusión que han sufrido los pueblos originarios y campesinos en Bolivia, concomitantemente con la permanencia de culturas y saberes ancestrales, ha producido, entre otras cosas, un amplio desarrollo de sistemas de salud diferentes a los propuestos por la medicina occidental o biomédica. Estas otras visiones de la salud y la enfermedad, agrupadas bajo la caracterización de medicina tradicional, tienen sin embargo, especificidades geográficas, históricas y culturales que las unen y a la vez las diferencian.

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

Por otra parte, en los sistemas de salud tradicionales, la enfermedad es definida en un sentido social como la interferencia con el comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar. La mayoría de los pueblos originarios dividen las enfermedades en dos grupos: enfermedades del campo producidas por causas sobrenaturales como encantos, vientos, espíritus que actúan autónomamente o al ser evocadas o dirigidas por medio de operaciones mágicas, y enfermedades de Dios, cuyo origen no pertenece al mundo mítico indígena.

Asimismo, existen diferentes técnicas para el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades: mediante vela, cuis, huevo o la orina del paciente. Algunos terapeutas diagnostican y pronostican bajo el efecto de plantas, ceremonia, relatos, lectura de la coca y otros interpretando sueños y lugares en que estuvieron o que vieron los consultantes. Los tratamientos incluyen, rituales, invitaciones, plantas, derivados de sustancias humanas, minerales y animales. En este contexto el individuo acude al terapeuta tradicional en busca de ayuda ante la presencia de la enfermedad, para protegerse de ella, o para reafirmar su estado de salud.

La atención del terapeuta tradicional se basa en sus conocimientos sobre las enfermedades, la connotación general de las mismas y su presencia en las personas, y lo que se pretende es recuperar el equilibrio perdido. La acción del terapeuta sólo se considera eficaz si, una vez identificado el padecimiento, se logra

restablecer la unidad y la armonía interna del paciente y entre éste y el mundo que lo rodea.

Al igual que en el sistema médico occidental, en los sistemas de salud tradicionales, para cada enfermedad se han determinado etiología, anamnesis, sintomatología, examen físico, diagnóstico, diagnóstico diferencial, pronóstico y terapia. Adicionalmente, el terapeuta tradicional realiza acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incidiendo en lo actitudinal a través de la acogida, la escucha y el acompañamiento.

Esta riqueza de los pueblos originarios en relación al desarrollo de la medicina tradicional, no sólo ha sido objeto de descrédito por parte del personal de salud y de las autoridades del sector, sino que históricamente se han negado los saberes de los terapeutas y el valor de la farmacopea tradicional. De ahí la importancia de determinar mecanismos que permitan articular estas medicinas con el sistema de salud público.

8.- Objetivo General

Identificar los facilitadores y barreras para la articulación de la Medicina Tradicional y Medicina académica en el Municipio de Yacuiba dentro el nuevo modelo de salud SAFCI Yacuiba 2011. Desde la perspectiva del médico tradicional.

Objetivos específicos

Identificar los factores que limitan la articulación de la Medicina Tradicional y científica desde la perspectiva de los médicos tradicionales.

Conocer la percepción que tienen los médicos tradicionales respecto a los médicos científicos.

Describir las ventajas y desventajas del uso de la medicina tradicional como componente de la Red- Yacuiba en el marco del nuevo Sistema de Salud – SAFCI.

Determinar la disponibilidad de parte de los médicos tradicionales hacia una complementariedad de su función con Red de Salud – Yacuiba en el marco del nuevo Sistema de Salud – SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural).

Trabajo de investigación con participación de los médicos tradicionales. Se realizó un diagnóstico inicial el mismo que consiste en la descripción de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal como son sentidas y expresadas por las personas; la investigación se orienta hacia la acción y la transformación de la realidad; no basta con describir los fenómenos o aportar a la construcción de un conocimiento.

9.- DISEÑO DE INVESTIGACION

No experimental¹⁵: 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.

Tipo de investigación

Cualitativa: La investigación cualitativa, inductiva, orientada al proceso. Busca descubrir o generar teorías. Pone énfasis en la profundidad y sus análisis no necesariamente, son traducidos a términos matemáticos.

El trabajo de campo consiste en una participación intensa, en periodos específicos con los sujetos en estudio curanderos de la Red de Salud - Yacuiba, por lo que se requiere de un registro detallado de todos los acontecimientos, lo mismo que sus análisis en minucioso. La recolección de datos puede realizarse de diferentes formas como, la encuesta y la observación participante.

Técnicas

La técnica es una operación del método que se relaciona con el medio y que se usa en la investigación para recolectar, procesar y analizar la información sobre el objeto de estudio en ese sentido en la presente investigación se aplicara la técnica de la encuesta dado que la encuesta es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador. Para ello, a diferencia de la entrevista, se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito.

Ese listado se denomina cuestionario, es impersonal porque el cuestionario no lleve el nombre ni otra identificación de la persona que lo responde, ya que no interesan esos datos. Es una técnica que se puede aplicar a sectores más amplios del universo, de manera mucho más económica que mediante entrevistas. Por esta la misma será dirigida a los curanderos de la Red de Salud – Yacuiba.

Universo

En toda la provincia de Yacuiba de acuerdo al último taller llevado a cabo en la ciudad de Villa Montes, se estima la presencia de 60 médicos tradicionales en el Departamento y no se tiene datos exactos de Yacuiba.

Se ha realizado la búsqueda de los médicos tradicionales por referencia, de esta manera llegamos a un total estimado de 20 médicos tradicionales entrevistados, se

ha seleccionado de manera convencional con base al acceso y la posibilidad real de entrevistarlos.

Siendo que no se ha establecido el universo de médicos tradicionales y asumiendo que hay más de 20, el trabajo se ha conformado por una muestra convencional identificado por rastreo.

Fases de la investigación

Presentación

Orientar dando a conocer la razón de ser la entrevista

Realizar la entrevista - profundidad

Trascripción de la entrevista

Interpretación y Análisis de las respuestas

Informe final

Las presentes fases serán desarrolladas sistemáticamente en el transcurso de la propia investigación y específicamente en el capítulo correspondiente a los resultados y evaluación del mismo a partir de las propias experiencias y trato directo con una población que por múltiples factores muchas veces no recurre a la medicina científica sino al médico tradicional.

10.- RESULTADOS

Tabla Nº 1 Distribución de la Población de Médicos Tradicionales según grupo de edad Yacuiba –Tarija 2011

Alternativas	Número	Porcentaje
40 a 45 años	8	40
50 a 55 años	3	15
56 a 60 años	6	30
61 a 65 años	2	10
66 a 70 años	1	5
Total	20	100

La edad de los médicos tradicionales esta en concordancia a la formación y forma de capacitación que es de generación en generación, su aprendizaje implica años de vida y experiencia, por esta razón no esperamos médicos tradicionales jóvenes menores a los 40 años. Con un 40%, de 50 a 55 años un 15%, así le siguen los de 56 a 60 años con un 30%, vienen luego los de 61 a 65 años con el 10% y los de 66 a 70 años con un 5% que tendrían la mayoría de nuestro universo.

Periodo de formación como médico tradicional.

¿En qué tiempo llego usted a formarse como medico tradicional y como es su forma de aprender?

Informante de 46 años, hombre y dijo "Mire mi formación es por dinastía, mi madre trabajo siempre con esto. Transmitido por mi madre siempre estoy en simposios, cursos, charlas, trabajo en esto desde mis 20 años

Informante de 50 años

De sexo femenino da a conocer lo siguiente:

Desde mis 18 años de por si he aprendido, luego ya me capacite con la enfermera viendo.

Informante 43 años, Mujer nos comentó: "Tengo 22 años trabajando de forma empírica y luego con estudios soy médico Geoterapéutica Naturista, ustedes se habrán preguntado que es la geoterapia, es una terapia en base a la arcilla medicada tratada que se pone de acuerdo al cuadro que presenta el paciente".

Informante de 43 años de sexo masculino nos da a conocer: La forma de aprender es por descendencia, tu padre te dice vaya a recoger esta planta o la otra o para que sirven

Informante de 42 años de sexo femenino nos dice: Esto viene desde mis padres, desde los 10 ayudaba a mi padre en la recolección de yuyos, solo con mi papá.

Informante de 73 años de Sexo masculino nos hace conocer lo siguiente:

Yo lo sé desde mis 26 años, mi madre era enfermera de ella aprendí a ser curandero, de todo curo menos brujería

Informante de 46 años de sexo masculino no da a conocer al respecto de los Callahuayas:

Bien en relación a la formación de un callahuaya soy de un pueblo de La Paz, la cultura

Callahuaya está reconocida por la UNESCO, yo he aprendido de mi padre, ellos son médicos de los Incas, la transmisión es de padre a hijo desde mis 9 años, recogía plantas, hay Mire mi formación es por dinastía, mi madre trabajo siempre con esto. Transmitido por mi madre siempre estoy en simposios, cursos, charlas, trabajo en esto desde mis 20 años que saber hasta las horas para recogerlas, para que sirvan. He participado en varios encuentros.

La formación de los médicos tradicionales es fundamentalmente por tradición, transferida de generación en generación, sin embargo no es excluyente la formación mediante mecanismos no formales, muchos de ellos han mencionado a que los talleres, simposios y cursos les ha dado mayor posibilidad de aprendizaje. Esta formación está fuera del alcance académico, por esto es una formación fundamentalmente cultural.

Asumimos que si se les oferta un curso universitario se convertirá en una formación médica alterna con el serio peligro de convertir a la medicina cultural en académica.

Tabla Nº2 Población de Médicos Tradicionales según sexo Yacuiba-Tarija 2011

Alternativas	Número	Porcentaje
Masculino	12	60
Femenino	8	40
Total	20	100

Se puede apreciar que los varones tienen en este gráfico el mayor porcentaje con un 60% y las féminas están con un 40%.

Este resultado se explica porque las mujeres tienen mucha carga de trabajo, son madres, son amantes, son trabajadoras y son amas de casa, esta circunstancia las deja en desventaja respecto a los hombres, que solo se dedican al trabajo.

En el área rural incluso las cargas domesticas están multiplicados desde la provisión de alimentos, provisión del agua, cuidado de los alimentos.

Los médicos tradicionales varones, son generalmente personas que han dejado de trabajo, son jubilado, albañiles u tienen otras ocupaciones, siendo que son jubilado su dedicación a la medicina tradicional es exclusiva.

Especialidad de los médicos tradicionales.

¿Cuál es tu especialidad como Médico Tradicional?

Informante de sexo femenino de 43 años quién dice lo siguiente: Soy geo terapeuta, la geo terapia es una arcilla medicada tratada que se pone de acuerdo al cuadro que presenta el paciente, es una tierra medicinal analizada a base de hierbas medicinales.

Informante de sexo femenino de 42 años nos dice lo siguiente: Yo curo lastimadura, asustadura, parto.

Informante de sexo femenino de 50 años dijo lo siguiente: Partera, lastimadura, niños y adultos

Informante de sexo masculino de sexo 43 años nos dice lo siguiente: Soy igual a un médico general, sé medicina tradicional también curo a través del ojo , curo de todo.

Informante de sexo masculino de 73 años dice lo siguiente: Soy Partero luego curo, asustaduras, lastimaduras, úlceras, vesícula, pero cuando están muy mal los transfiero al hospital

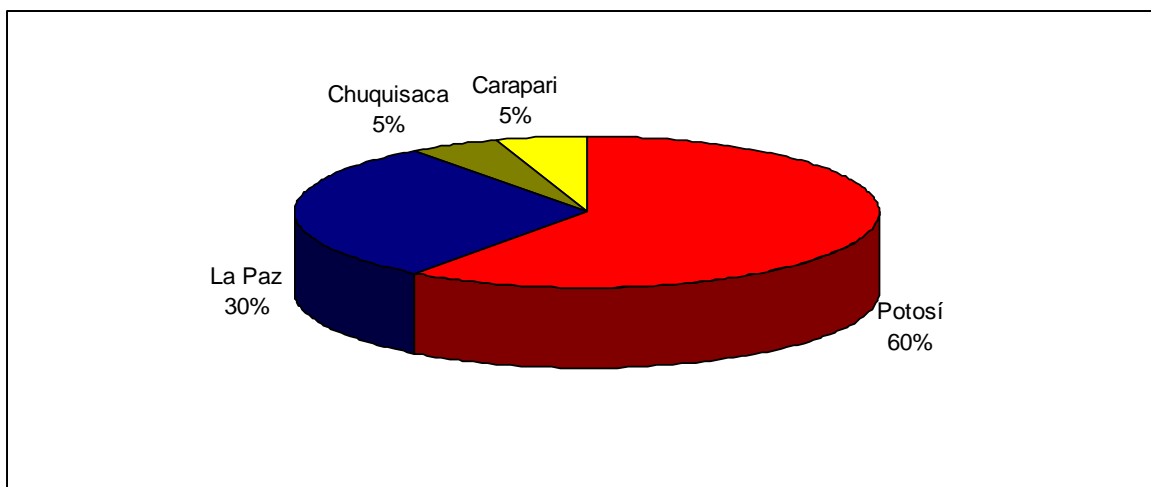
Informante de sexo masculino de 60 años dijo: Bueno mi especialidad es múltiple practicamos la cosmovisión andina

Informante de sexo masculino de 46 años nos hace conocer lo siguiente: Hay en la cultura callahuaya, bueno yo me dedico a los rituales, los sahumerios, las milluchadas, también soy naturista, pero más me dedico a la cosmovisión andina

Se observa que sería una situación poco alentadora, si no dispusiéramos de ciertos puntos de orientación superior, capaces de guiar los razonamientos y esfuerzos también en el campo de la medicina intercultural. Es el caso de los valores que dan sentido a la medicina y qué deberían de justificar cualquier tipo de actividad en el campo de la atención sanitaria.

Grafica N° 3 Distribución de Médicos Tradicionales según procedencia

Yacuiba - Tarija 2011



Aquí vemos que la mayoría de los curanderos encuestados pertenecen a otros departamentos liderizando este gráfico Potosí con el 60, seguido de La Paz con 30% a los que siguen Chuquisaca y Caraparí con 5%.

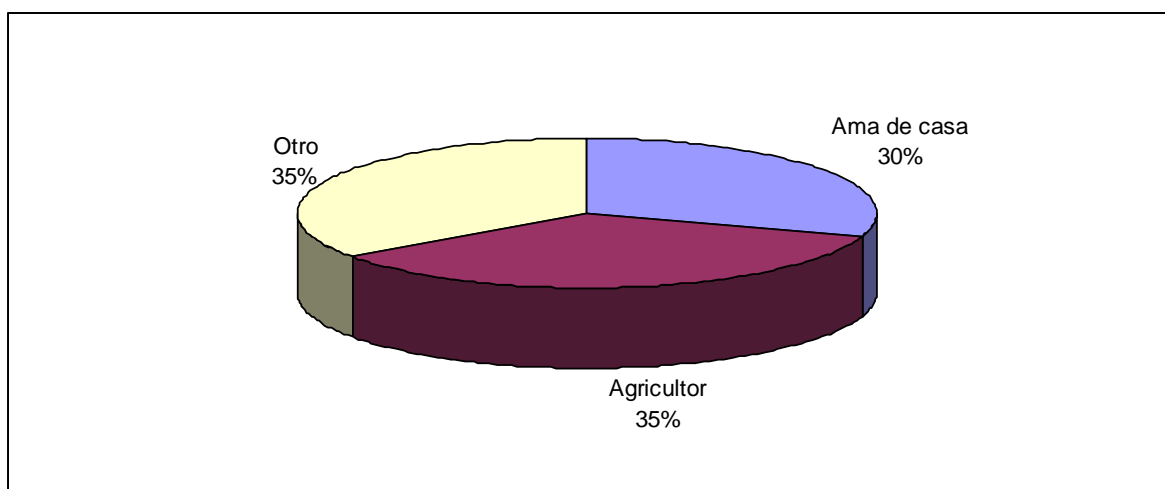
Cuadro N° 4 Médicos Tradicionales con Idiomas Diferentes
Yacuiba – Tarija 2011

Alternativas	Número	Porcentaje
Castellano	10	50
Quechua	10	50
Total	20	100

Se puede apreciar que el total de los curanderos encuestados habla castellano y una lengua originaria.

Cuadro N° 4.1 Distribución de Médicos Tradicionales Según Su Ocupación
Yacuiba – Tarija 2011

Alternativas	Número	Porcentaje
Ama de casa	6	34
Agricultor	7	33
Otro	7	33
Total	20	100



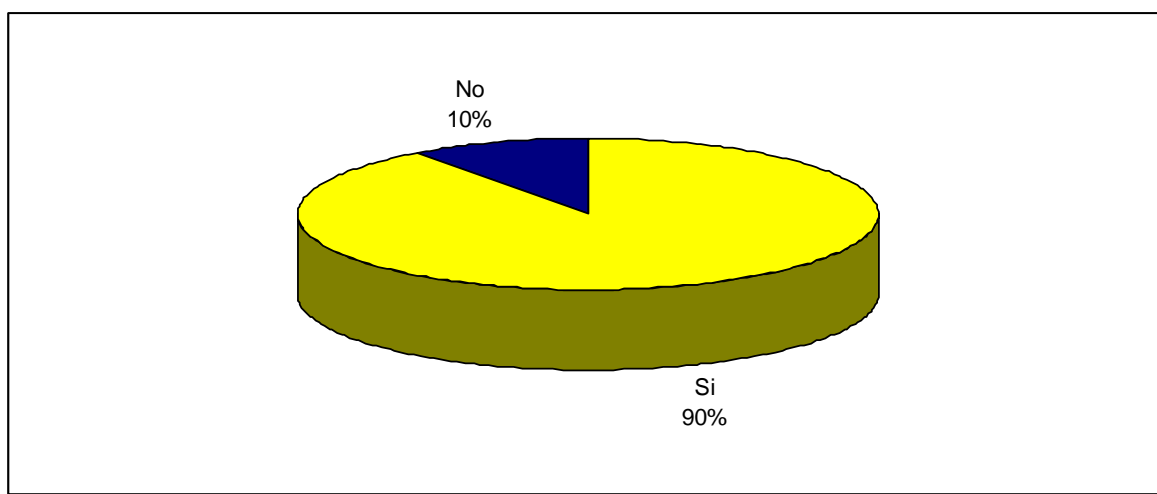
De acuerdo a este grafico podemos deducir que las amas de casa tienen un 34%,

seguida y de muy cerca con los agricultores y otras ocupaciones con el 33% cada una.

De este resultado se desprende asimismo la estrecha relación que guardan los médicos tradicionales con la naturaleza, esas labores de campo, expresan el respeto por la madre tierra

Cuadro Nº 4.2 El Gobierno del Estado Plurinacional esta incluyendo a los Médicos Tradicionales en el nuevo modelo de atención de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural sabía usted.

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	18	90
No	2	10
Total	20	100

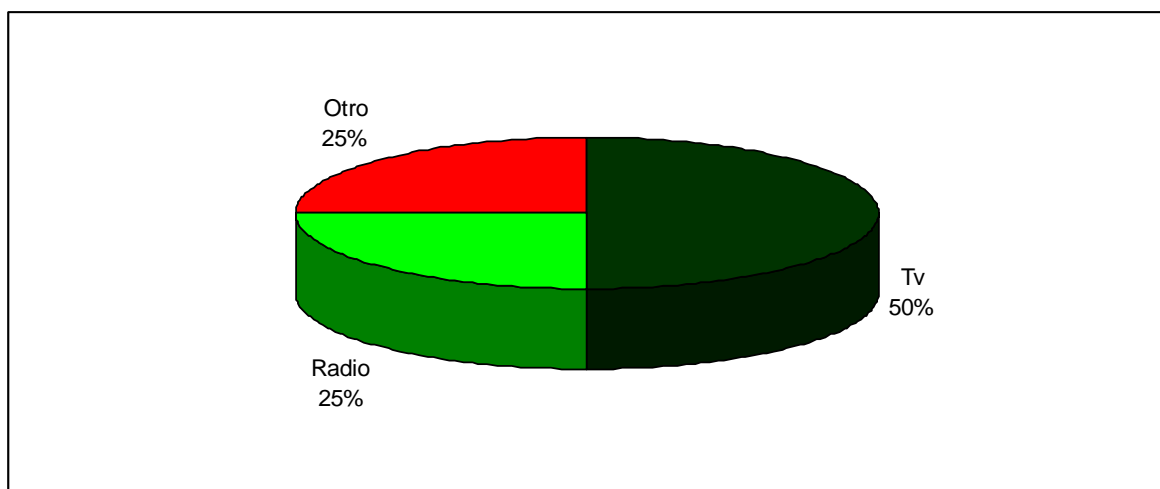


Del total de los curanderos encuestados 90% afirma que sabían de este emprendimiento el restante 10% asegura que no sabía.

La mayoría de los curanderos encuestados están informados acerca de su inclusión en el nuevo modelo de atención de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, eso beneficia de gran manera porque la gente, así responden con propiedad al siguiente cuestionario.

Cuadro Nº 4.3 Atraves de que medio se informo de que existe un nuevo modelo de salud promovido desde el Gobierno Plurinacional

Alternativas	Número	Porcentaje
Tv	10	50
Radio	5	25
Otro	5	25
Total	20	100

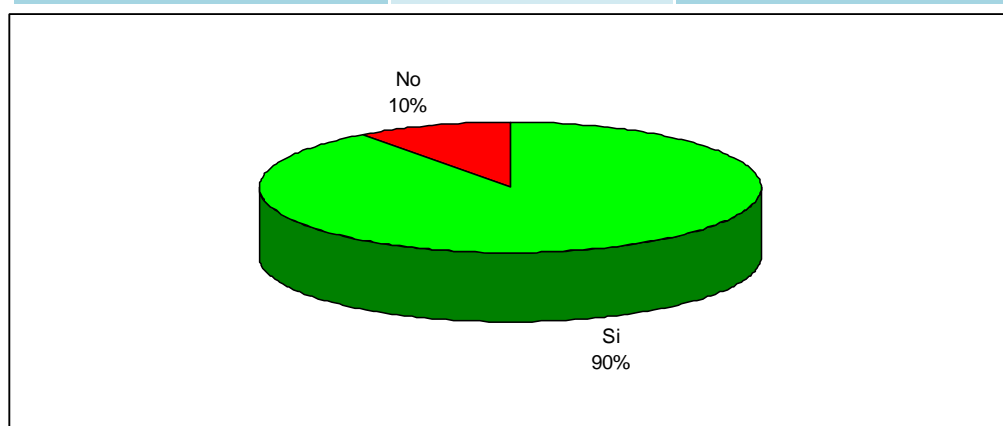


Según estos datos nos podemos dar cuenta de que la mayoría de los curanderos encuestados se enteraron de este plan por medios audio – visuales, por radio el 25%, por TV el 50%, y por otros medios no específicos el 25%.

Esto nos demuestra que el gobierno, está haciendo un buen trabajo de información, porque la mayoría de las personas se informaron por radio o televisión, ayudando de buena manera a que se lleve un proceso de cambio en la medicina sin traumas para la sociedad.

Cuadro N° 4.4 Tuvo Ud. Capacitación en el nuevo modelo de atención de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural

Alternativas	Número	Porcentaje
Si	2	10
No	18	90
Total	20	100



La mayoría con un 90% no afirma haber sido capacitado, el restante 10% si

¿Cuáles son los factores que le ayudarían para que entre a trabajar; y cuáles son los factores que le perjudicarían dentro de la salud?

Informante de sexo masculino de 73 años nos da a conocer lo siguiente: Yo no soy reconocido por el ministerio, trabajo personalmente, no tengo capacitación yo trabajo desde la edad de 26 años. Ninguno de ambos factores me afecta.

. Informante de sexo masculino de 60 años da a conocer lo siguiente: Mira nosotros desde muy muchachos nos han enseñado que la medicina tradicional es paliativa. Es aspecto psicosomático, hay gente en el campo que con cualquier yuyo se cura. Yo creo que es importante la coordinación con los médicos científicos. Ellos han estudiado años y siempre tienen su capacitación y su especialidad. No veo factores que nos afecte, algunas cositas hay médicos que son mercantilistas, en algunos.

Informante de sexo masculino de 46 años informa lo siguiente: A mí no me perjudicaría en nada me gusta el área de salud desde mi niñez no me perjudica pasar la parte de salud y muchos de los hijos de los callahuayas son médicos científicos.

Informante de sexo femenino de 50 años de edad nos informa: No sé qué decir ;capacitarnos para aprender más	Informante de sexo femenino de 42 años nos dice: Lo que nos perjudicaría sería que no tenemos título y otro que los médicos no creen en la naturaleza.	Informante de sexo femenino de 43 años dice: Los que perjudicaría sería la falta de cultura en ese tipo de medicamentación a la población.
---	--	--

Es negativo desde todo punto de vista la capacitación no llegó a los curanderos encuestados ya que no les ayudara en el nuevo modelo SAFCI (Salud Familiar Comunitaria e Intercultural).

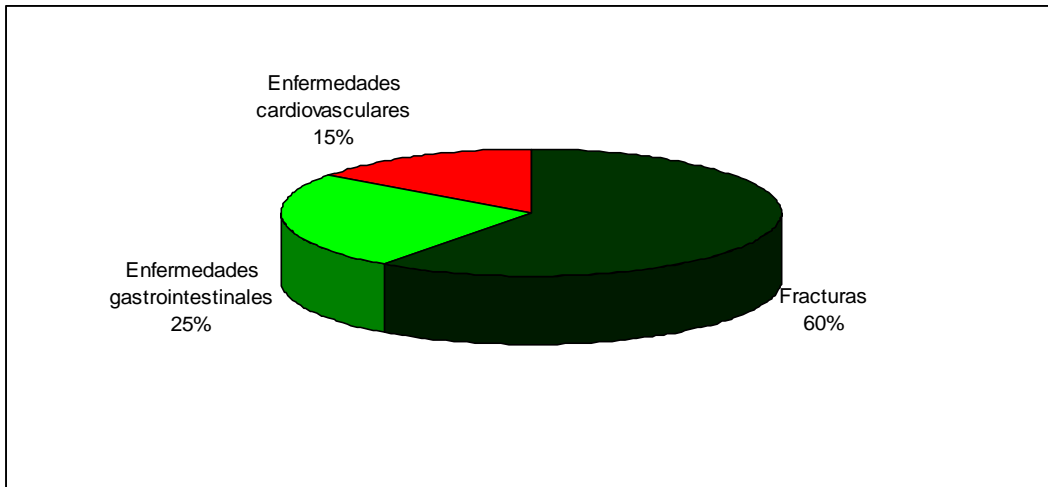
En situaciones tan complejas, donde interfieren aspectos, intereses y fuerzas de carácter político, social y económico, la reflexión sosegada acerca de los valores. La reflexión ética ayuda a aclarar y definir de manera explícita, por ejemplo la jerarquía de valores.

¿Qué experiencia específica tubo usted con el uso de la práctica médica en los centros de Salud?

R.- Ninguno

Cuadro N° 4.5 Tuvo usted alguna experiencia en referencia de pacientes a los Médicos a los centros de salud: podría mencionar en qué casos

Alternativas	Número	Porcentaje
Fracturas	12	60
Enfermedades gastrointestinales	5	25
Enfermedades cardiovasculares	3	15
Total	20	100

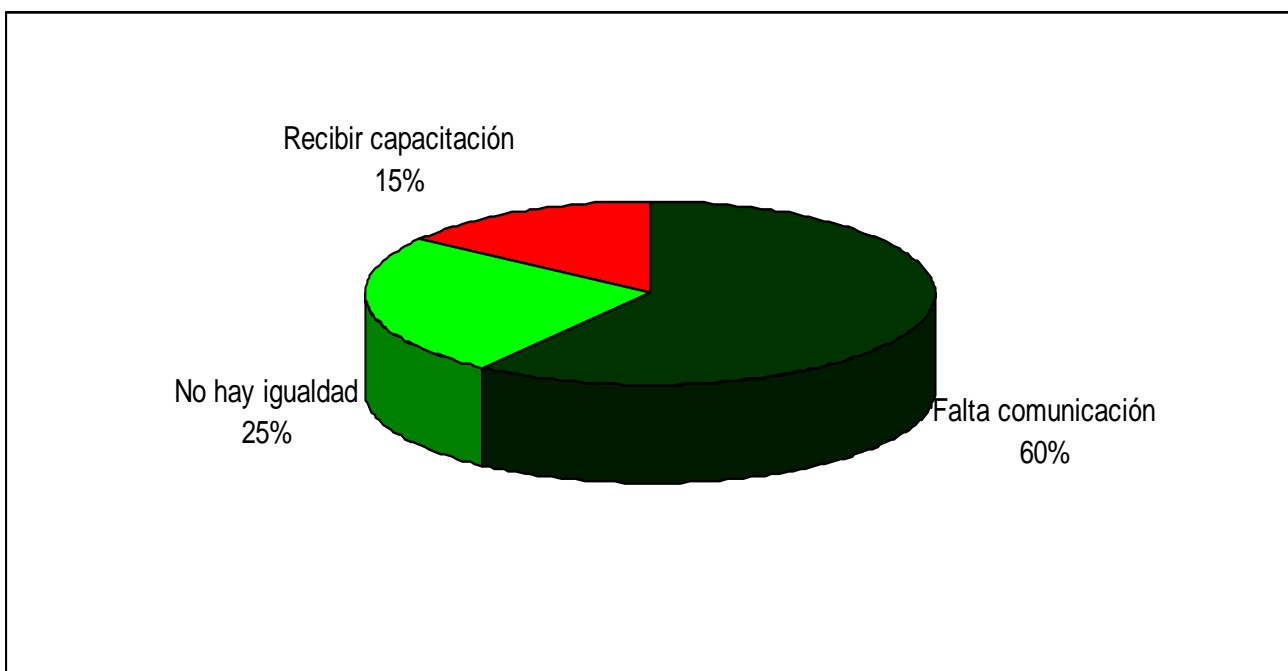


Las experiencias por las cuales tuvieron que referir son diversas empezando por fracturas con un 60%, después las enfermedades gastrointestinales y por ultimo enfermedades cardiovasculares.

Es en estos casos donde la medicina tradicional, pierde su eficacia para dar su lugar a la medicina científica, es ahí donde toma fuerza el Nuevo modelo de salud SAFCI.

Cuadro N° 4.6 Desde su experiencia cuales serían los elementos necesarios para que puedan trabajar juntos los curanderos y los médicos de los centros de salud

Alternativas	Número	Porcentaje
Falta comunicación	12	60
No hay igualdad	5	25
Recibir capacitación	3	15
Total	20	100



60% la mayoría los curanderos encuestados afirma que hay falta de comunicación entre los curanderos y los médicos, el 25% dice que no hay igualdad entre ellos y el restante 15% piensa que falta capacitación

Esto nos demuestra fehacientemente que por ahora hay barreras, que dado el compromiso de ambos sectores se puede romper y dar lugar de esa manera al Nuevo modelo de salud SAFCI.

¿En que está usted capacitada?

Informante de sexo femenino de 43 años dice: Capacitada en medicina Geo terapéutica naturista.

Informante de sexo femenino de 42 años está capacitada en: Lastimadura, asusta dura.

Informante de sexo femenino de 50 años está capacitada: como partera tradicional.

Informante de sexo masculino de 73 años está capacitado en: En todo estoy capacitado yo he ido aprendiendo personalmente.

Informante de sexo masculino de 60 años capacitado en: Psicosomático, psicológico, lo mío son los sahumeros, la dulce mesa, la mesa blanca cosmovisión andina, con la medicina natural, mesa multicolor, rituales para darle tributo a la madre tierra.

Informante de sexo masculino de 46 años está capacitado más que todo en cosmovisión andina, también con la medicina natural, tratamos las enfermedades que hay en el campo, curo de todo.

Informante de sexo masculino de 43 años está capacitado en: vesícula, gastritis, sinusitis, hinchazón, dolor de huesos, dolor de estomago,, le damos a la persona diez días para que vea el 15% de su mejoría igual que cuando toman medicamentos con el médico. En medicina Geoterapéutica naturista.

Vemos que hay personas con dones diferentes donde sus antepasados y sus costumbres lo han hecho lo que hoy son capacitados en diferentes campos. Respecto a la formación de los Médicos Tradicionales se observa que es fundamentalmente por tradición, transferidos de generación en generación, ellos se formaron por cultura.

¿Qué opina Usted de los médicos que trabajan en los hospitales, centros?

Informante de sexo femenino 43 años nos dice: Lo que natura no da Salamanca nos presta.

Informante de sexo femenino de 42 años dijo: Si no fuera por ellos tampoco sería bien, se necesita de ellos.

Informante de sexo femenino de 50 años no da a conocer lo siguiente: Bueno lo que veo la han matado porque le han lastimado yo lo tuve que curar. Yo no sé porque no he ido al médico nunca.

Informante de sexo masculino de 46 años nos dice lo siguiente: No tenemos ninguna inconveniencia para poder intercambiar conocimientos, más bien tratamos de combinar la medicina científica y a medicina tradicional.

Informante de sexo masculino de 60 años nos dice lo siguiente: Yo pienso que no hay personas que opinen mal de los médicos que trabajan en los centros médicos porque es importante el trabajo que ellos realizan en nuestra sociedad.

Informante de sexo masculino de 43 años nos dice: No puedo decir mucho solo que los colegas cubanos son buenos, vienen a consultarnos y de los Médicos Bolivianos también no puedo decir nada.

Informante de sexo masculino de 73 años nos informa lo siguiente: En realidad nada, yo he ido a la Caja Petrolera y de ahí me han mandado a Santa Cruz para que me operen de la hernia, me querían sacar análisis, yo le dije este loco, yo me atiendo particular, hemos hecho marcha para que el hospital se vaya, yo me voy curando despacio.

Nos permite conocer que hay un nivel de respeto y reconocimientos adquiridos.

11.- DISCUSIÓN SOBRE HALLAZGOS ENCONTRADOS

En primer lugar se desprende tanto de las encuestas realizadas como de las entrevistas en profundidad, que el nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural hasta la fecha no ha sido asumido por todos sus actores.

Entre los factores por los cuales hasta la fecha se sigue evidenciando una brecha de separación entre la importancia que tiene la medicina tradicional ejercida a través de sus curanderos y la medicina científica destacan en primer lugar el desconocimiento que tienen los médicos tradicionales acerca de lo que significa hoy en día el nuevo modelo de salud familiar comunitaria intercultural, en segundo lugar la falta de voluntad política de parte de los propios médicos de la red de salud a permitir el acceso de la medicina tradicional como un primer nivel de atención de salud.

Respecto a la formación de los médicos tradicionales, se observa que la misma es fundamentalmente por tradición, transferidas de generación en generación, sin embargo no es excluyente la formación mediante mecanismos no formales, muchos de ellos han mencionado a que los talleres, simposios y cursos les ha dado mayor posibilidad de aprendizaje. Esta formación está fuera del alcance académico, por esto es una formación fundamentalmente cultural.

Asumimos que si se les oferta un curso universitario se convertirá en una formación médica alterna con el serio peligro de convertir a la medicina cultural en académica.

La información obtenida asimismo a través de las encuestas tanto como por las entrevistas a profundidad permitieron conocer la percepción que tienen los curanderos respecto de los médicos académicos, en ese sentido fu posible

establecer que existe un nivel de respeto y reconocimiento a los conocimientos adquiridos por ellos, la totalidad de los médicos tradicionales dejaron en claro que su capacidad es limitada frente a la de los médicos científicos, tal es así que en el caso de una enfermedad que ellos no pueden controlar ellos mismos le sugieren al paciente hacerse atender en un centro de salud.

Entre las ventajas que puede ofrecer el hecho de que la población recurra al uso de la medicina tradicional como componente de la Red de Salud - Yacuiba en el marco del nuevo Sistema de Salud - SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural), está en primer lugar la confianza de la que gozan estos médicos al interior de las diversas comunidades, y otro hecho relevante es que los médicos tradicionales bien pueden constituirse en un primer nivel de atención primaria dentro de la comunidad, contribuyendo así a fomentar el principal propósito del nuevo Sistema de Salud - SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural) que no es otro que el de aplicar una medicina preventiva.

Entre las desventajas podría darse el caso que los médicos tradicionales pretendan tratar ciertas patologías que son sólo posibles en otro ámbito de la red de salud con lo que podrían surgir ciertos casos de negligencia en la atención oportuna de la salud.

La información recogida permite afirmar con absoluta claridad que respecto al grado de disponibilidad de parte de los médicos tradicionales hacia una complementariedad de su función con Red de Salud - Yacuiba en el marco del nuevo Sistema de Salud - SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural) estos si están dispuestos a complementarse a integrarse, lo que sucede que hasta la fecha no se han establecido los mecanismos necesarios para que dicho efecto se produzca y he ahí la importancia de la presente investigación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

12.-CONCLUSIONES

Al término de la presente investigación y después de haber analizado los resultados que fueron posibles obtener a través de las encuestas y las entrevistas en profundidad, revisada la literatura respecto al tema, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

Primero: Que tratar de responder a la diversidad cultural en el campo de la medicina es, sin duda, una tarea difícil y exigente. Exige la inclusión seria de planteamientos teóricos y metodológicos, que por muchos son percibidos como ajenos a la medicina. Además, la dura realidad en las regiones rurales o urbano-marginales, por ejemplo en las zonas periféricas de Yacuiba, hace que reivindicaciones acerca de una adaptación cultural de los servicios y programas sanitarios pueden fácilmente ser descalificadas como “ilusiones románticas”. No obstante, para minorías étnicas, poblaciones de regiones marginadas o migrantes entre otros, el reconocimiento serio y diferenciado de las dimensiones socio-culturales en el campo de la medicina es una cuestión fundamental. Porque al fin y al cabo, aquí se decide si tienen o no acceso a recursos médicos de calidad.

Segunda: Se observa que sería una situación poco alentadora, si no dispusiéramos de ciertos puntos de orientación superiores, capaces de guiar los razonamientos y esfuerzos también en el campo de la medicina intercultural. Es el caso de los valores que dan sentido a la medicina, y que deberían de justificar cualquier tipo de actividad en el campo de la atención sanitaria.

Tercera: En situaciones tan complejas, donde interfieren aspectos, intereses y fuerzas de carácter político, social y económico, la reflexión sosegada acerca de los valores implicados es la mejor ayuda a la hora de tomar decisiones – por

ejemplo entre las diferentes opciones para el desarrollo de sistemas de atención médica “interculturales”. La reflexión ética ayuda a aclarar y definir de manera explícita, por ejemplo la jerarquía de los valores subyacentes de las motivaciones, intereses y resultados previstos de las actividades emprendidas, que a primera vista parecen ser iguales de importantes o, en otro caso, más bien invisibles.

Cuarta: La medicina tradicional es el conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos manejados por los médicos indígenas de las diversas etnias, se debe aclarar que no son sólo recursos y prácticas, sino también tienen que ver la cosmovisión. Si uno no entra en la cosmovisión de nuestros pueblos indígenas, uno no puede entender las enfermedades populares. O sea, yo para entender el susto o el espanto, si no me meto a la concepción indígena de qué es el cuerpo humano, y cómo se concibe la salud y la enfermedad, no voy a entender que está sucediendo y voy a decir que estas son tonterías, hechicerías, idolatrías, supersticiones, etc.

Quinta: En una sociedad donde la diversidad cultural converge cotidianamente como es el caso de la composición demográfica de la ciudad de Yacuiba, donde gran parte de su población es migrante, y donde prevalecen diversas visiones de lo que se entiende por salud, la medicina tradicional en el marco del nuevo modelo de salud familiar, comunitario intercultural se constituye en un instrumento que el sistema no puede sostener, el carácter de la medicina preventiva es precisamente que la población se adapte a prevenir una enfermedad antes que curarla y en esto los médicos tradicionales juegan un rol muy relevante.

Sexta: La medicina tradicional puede contribuir a romper con los viejos esquemas introducidos por aquella medicina venida desde España, Francia, Inglaterra y Estados Unidos que nos hicieron creer que lo único válido es la medicina curativa y que lo demás es inútil, despreciando y desconociendo los el aporte y los orígenes de la medicina tradicional.

Séptima: Es necesario aprovechar la disponibilidad de los médicos tradicionales encuestados y entrevistados para integrarlos de manera seria a la estructura de atención primaria en la red de salud de Yacuiba, para tal efecto en las recomendaciones siguientes se sugieren los mecanismo necesarios para que tal inquietud se haga una realidad.

13.- RECOMENDACIONES

Sobre la base del estudio realizado y de las conclusiones arribadas se plantean las siguientes recomendaciones:

Ante la evidencia de los serios problemas que atraviesa el sistema de salud basado en el modelo curativo de atención se recomienda diseñar mecanismos políticos-sanitarios los mismos que deben estar dirigidos a articular el rol del médico tradicional (curandero) con el ejercicio científico profesional de la medicina en la Red de Salud - Yacuiba en el marco del nuevo Sistema de Salud - SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural)

En ese sentido es necesario comprender que el modelo médico hegemónico de escuelas, de facultades de medicina y de enfermería. En realidad, su origen, finalmente, fue traído por los europeos, fue traído por los españoles, pero además, tuvo influencia francesa, tuvo influencia inglesa, tuvo influencia alemana, (y ahora estadounidense) pero es el origen europeo de nuestras medicinas, con una orientación que ya sabemos que se va más a la cuestión biológica, tiende a ser individualista, a-histórica, a-social y por supuesto, mercantilista.

Se debe entender que en el actual modelo de salud hay el predominio de lo curativo que tiene que ver con eficacia pragmática y concepción positivista de la salud, donde es más el cuerpo que otras instancias, que lo psicológico, que lo social, y que lo cultural. La relación asimétrica médico-paciente es muy fuerte, es

muy evidente. Tiene una participación social subordinada, o sea, los pacientes, los enfermos, la gente, los clientes son secundarizados.

Se tienen que superar las viejas prácticas médicas donde la característica más relevante es estructural e ideológicamente excluyente, es decir, muchos médicos van a decir que esta es la única manera de curarse. Esta es la única y la mejor medicina. Lo demás, no sirve. Lo demás, es superstición. Estamos hablando desde un punto de vista ideológico.

En el marco del nuevo Sistema de Salud - SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural) estas concepciones tienen que superarse para dar paso a la integración de las nuevas percepciones que se tiene de los servicios de Salud, para dar paso a un nuevo estilo de llevar los servicios de salud a la población basados eminentemente en criterios de prevención y ya no de curación, en ese contexto la integración a la red de salud de los médicos tradicionales como parte de una instancia para la atención primaria es vital.

Por lo expuesto para hacer viable las recomendaciones expuestas deben tenerse en cuenta los siguientes mecanismos políticos-sanitarios que han de permitir articular el rol del médico tradicional (curandero) con el ejercicio científico profesional de la medicina en la Red de Salud - Yacuiba en el marco del nuevo Sistema de Salud - SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural):

- Difundir el nuevo Sistema de Salud - SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural) ya que a través del mismo se legitimado y la legalizado las prácticas de la medicina tradicional como forma de la revaloración y reafirmación de las culturas indígenas
- Se debe ahora que ya está legalizada la medicina tradicional llevar a cabo talleres de sociabilización y se consiga su respectiva reglamentación la misma

que debe ser producto de la participación directa y activa de los propios médicos tradicionales

- La regulación operativa de la práctica de la medicina tradicional debe ser responsabilidad de los médicos indígenas y sus organizaciones
- Las normas referidas a la atención primaria de salud deben estar sujetas a la coordinación con las autoridades sanitarias evitándose, lo más posible, la subordinación.
- Se sabe que esta legalización por sí misma no resolverá el problema de la relación hegemonía/subordinación, pero la puede aminorar.
- En el marco del nuevo Sistema de Salud - SAFCI (Salud Familiar Comunitario Intercultural) se debe integrar el piso referido a la medicina tradicional de manera tal que desde esa instancia se promueva de manera efectiva el conocimiento que la población debe tener acerca de lo que es un modelo preventivo de salud.

BIBLIOGRAFÍA

ALBÓ, Xavier. El mundo de adentro en el ciclo vital del aymara. En: Rev. Culturas Contemporáneas. México: Universidad de Colima. Vol. VI, No. 18. 1994

ALIAGA, Alicia. Documento Base para la Interculturalidad Medicina Tradicional Salud.

BANNERMAN R.H. La medicina tradicional en la moderna atención de salud. Mesa redonda. "Foro Mundial de la Salud", Revista de desarrollo sanitario de la OMS. Ginebra 1982, Vol. 3, N° I.

CASTELLON, Iván. Abril es tiempo de kharisiris. (Campesinos y médicos en comunidades andino-quechuas). Cochabamba: Serrano. 1997

DECLARACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS. Asamblea General ONU, celebrada el 13 de septiembre de 2007

EQUIPO EDITORIAL PANAMERICAN BOOKS, GRAN ATLAS DE BOLIVIA,ED. PANAMERICAN BOOKS 2DA. EDICION 2009

FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo. Médicos y Yatiris - Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara. CIPCA, OPS/OMS, La Paz 1999.

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

Ministerio de Salud y Deportes, 2006

Ministerio de Salud y Deporte Vice ministerio de Salud. Plan de desarrollo sectorial 2010-2020´.

PDM 2005-2010 DIAGNOSTICO URBANO FACILITADO POR LA HONORABLE ALCALDIA MUNICIPAL DE YACUIBA

“Salud Familiar Comunitaria Intercultural”. Documento técnico – didáctico, publicación 171.

VIESCA TREVIÑO, Carlos. Medicina prehispánica de México (El conocimiento médico de los nahuas. Editorial Panorama. México. 1996.

CAPÍTULO II

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

1.-JUSTIFICACIÓN.-

La presente intervención se justifica de acuerdo a la evidencia hallada en el proceso investigativo, la experiencia y el quehacer cotidiano, hacen ver que los conocimientos y el saber de los pueblos originarios, son fuentes de primer orden para obtener respuestas efectivas a los problemas de la atención de la salud.

Una de las razones más impactantes que avala a la medicina tradicional, es que los pueblos indígenas, subyugados, empobrecidos y obligados a abandonar su cultura a lo largo de varios siglos, tuvieron capacidad para sobrevivir, y lo hicieron hallando refugio en elementos trascendentales de su cultura, como es la medicina tradicional.

Los conocimientos de este sistema de salud se transmitieron de labios a oído, de padres a hijos, de terapeutas a aspirantes. El enfoque de complementariedad intercultural puede significar superar las grandes barreras que existen en la atención de la salud de los pueblos originarios.

Un hecho notorio ocurre con los indígenas emigrados hacia las urbes, donde, en las entrañas de esas ciudades, los indígenas llegan a manejar formas de *doble identidad*; la de la sociedad moderna que los acoge y la suya propia; esta última, es la que en su intimidad reproduce, vivencia y auxilia sus prácticas y cuidados de salud más inmediatos, rememorando las prácticas médicas tradicionales de sus comunidades de origen. Pareciera que estos emigrados son los primeros que a nivel casero integran los sistemas médicos convencional y tradicional.

El analfabetismo, la pobreza, el desempleo, la carencia de tierra y territorio, las altas tasas de morbilidad por causas evitables y las grandes limitantes de acceso y utilización de los servicios por barreras geográficas, económicas y culturales, son problemas que afectan a la mayoría de la población del municipio de Yacuiba. Sobre ese contexto, parece claro que para que ocurra la armonización de los sistemas de salud, existen varios requerimientos uno de ellos y quizá el más esencial el de la comunicación.

En lo que va de la siguiente intervención se pondrá de manifiesto la imperiosa necesidad de que para lograr una armonización entre la medicina tradicional y la medicina académica se hace indispensable mecanismos de comunicación que faciliten dicho proceso, población, médicos tradicionales y médicos académicos son actores de un mismo problema: la atención de la salud, y frente a ello lo más loable que se puede hacer es articularse unos a otros y con la fuerza necesaria superar las diversas tasas de morbilidad y mortalidad del municipio de Yacuiba.

Al término de la presente investigación y después de haber analizado los resultados que fueron posibles obtener a través de las encuestas y las entrevistas en profundidad, revisada la literatura respecto al tema, se pueden establecer las siguientes conclusiones:

Primero: Que tratar de responder a la diversidad cultural en el campo de la medicina es, sin duda, una tarea difícil y exigente. Exige la inclusión seria de planteamientos teóricos y metodológicos, que por muchos son percibidos como ajenos a la medicina. Además, la dura realidad en las regiones rurales o urbano-marginales, por ejemplo en las zonas periféricas de Yacuiba, hace que reivindicaciones acerca de una adaptación cultural de los servicios y programas sanitarios pueden fácilmente ser descalificadas como “ilusiones románticas”. No obstante, para minorías étnicas, poblaciones de regiones marginadas o migrantes entre otros, el reconocimiento serio y diferenciado de las dimensiones socio-

culturales en el campo de la medicina es una cuestión fundamental. Porque al fin y al cabo, aquí se decide si tienen o no acceso a recursos médicos de calidad.

Segunda: Se observa que sería una situación poco alentadora, si no dispusiéramos de ciertos puntos de orientación superiores, capaces de guiar los razonamientos y esfuerzos también en el campo de la medicina intercultural. Es el caso de los valores que dan sentido a la medicina, y que deberían de justificar cualquier tipo de actividad en el campo de la atención sanitaria.

Tercera: En situaciones tan complejas, donde interfieren aspectos, intereses y fuerzas de carácter político, social y económico, la reflexión sosegada acerca de los valores implicados es la mejor ayuda a la hora de tomar decisiones – por ejemplo entre las diferentes opciones para el desarrollo de sistemas de atención médica “interculturales”. La reflexión ética ayuda a aclarar y definir de manera explícita, por ejemplo la jerarquía de los valores subyacentes de las motivaciones, intereses y resultados previstos de las actividades emprendidas, que a primera vista parecen ser iguales de importantes o, en otro caso, más bien invisibles.

Cuarta: La medicina tradicional es el conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos manejados por los médicos indígenas de las diversas etnias, se debe aclarar que no son sólo recursos y prácticas, sino también tienen que ver la cosmovisión. Si uno no entra en la cosmovisión de nuestros pueblos indígenas, uno no puede entender las enfermedades populares. O sea, yo para entender el susto o el espanto, si no me meto a la concepción indígena de qué es el cuerpo humano, y cómo se concibe la salud y la enfermedad, no voy a entender que está sucediendo y voy a decir que estas son tonterías, hechicerías, idolatrías, supersticiones, etc.

Quinta: En una sociedad donde la diversidad cultural converge cotidianamente como es el caso de la composición demográfica de la ciudad de Yacuiba, donde

gran parte de su población es migrante, y donde prevalecen diversas visiones de lo que se entiende por salud, la medicina tradicional en el marco del nuevo modelo de salud familiar, comunitario intercultural se constituye en un instrumento que el sistema no puede soslayar, el carácter de la medicina preventiva es precisamente que la población se adapte a prevenir una enfermedad antes que curarla y en esto los médicos tradicionales juegan un rol muy relevante.

Sexta: La medicina tradicional puede contribuir a romper con los viejos esquemas introducidos por aquella medicina venida desde España, Francia, Inglaterra y Estados Unidos que nos hicieron creer que lo único válido es la medicina curativa y que lo demás es inútil, despreciando y desconociendo los el aporte y los orígenes de la medicina tradicional.

Séptima: Es necesario aprovechar la disponibilidad de los médicos tradicionales encuestados y entrevistados para integrarlos de manera seria a la estructura de atención primaria en la red de salud de Yacuiba, para tal efecto en las recomendaciones siguientes se sugieren los mecanismo necesarios para que tal inquietud se haga una realidad.

2.- OBJETIVO GENERAL.-

Factores facilitadores y barreras que permiten la articulación de la medicina tradicional con la académica en el nuevo sistema de salud - SAFCI- estudio realizado en YACUIBA – TARIJA 2011

Resultado esperado

- R.1 Médicos Tradicionales conforman una mesa directiva
- R.2 Médicos Tradicionales capacitados en el nuevo modelo SAFCI
- R.3 Médicos tradicionales están acreditados

Protagonistas del proyecto

Los dos actores principales de la problemática objeto de estudio, médicos académicos, y médicos tradicionales, deben aprovechar los espacios para los encuentros posibles con el fin de conocerse, evaluarse mutuamente y articularse sin violencia, es deseable que se establezcan espacios de encuentro entre ambas medicinas que permitan un acercamiento ajustable a medida de su evolución. Para ello se dará prioridad a proyectos-pilotos pequeños y más controlables pero que tengan capacidad de ser demultiplicados, con metodología de difusión y desarrollo progresivo.

- Aprovechar el campo de la Clínica ya que es el terreno pragmático donde la confrontación con la realidad del paciente sufriente es idéntica para todos.
- Utilizar el campo de la Profilaxis dirigido a buscar la coparticipación de la población en el conocimiento de enfermedades más comunes que se dan en San José de Pocitos.

- En el campo de la Epidemiología: los agentes tradicionales de salud no sólo pueden colaborar con las evaluaciones epidemiológicas convencionales sino formular sus propios instrumentos de evaluación.

Las actividades partirá de establecer una corresponsabilidad entre el médico tradicional y el médico académico en el campo de la clínica

En definitiva es a este nivel de realidad inmediata y práctica donde puede existir la mejor cooperación ya que la sanción del resultado clínico es innegable: ¿el paciente se mejoró o no? ¿se curó o no? ¿se siente satisfecho de la prestación de salud no? ¿la atención del parto resultó un éxito o no? Se pueden crear espacios experimentales de atención mixta localizados o deslocalizados (con referencias mutuas), en salud primaria, medicina general o atención especializada

Difundir desde una perspectiva profiláctica la identificación y tratamiento de enfermedades más comunes de la población

En esta actividad pueden cooperar los diferentes agentes de salud en campañas masivas profilácticas como por ejemplo para reducir el bocio y cretinismo o prevención de enfermedades respiratorias, tratamiento de la diarrea etc. Se pueden conseguir resultados muy interesantes y a corto plazo con tales medidas.

Mejorar el conocimiento de los médicos académicos sobre epidemiología desde una perspectiva de la medicina tradicional

Los médicos tradicionales representan verdaderos epidemiólogos de terreno que pueden dar cuenta de una percepción diferente de la realidad y las problemáticas de salud. En este campo del sufrimiento humano, la subjetividad juega un papel esencial e innegable así como el predominio de las funciones de un hemisferio cerebral sobre el otro (por ejemplo en la representación en el tiempo-espacio y la

del esquema corporal). La sintomatología varía en función del contexto cultural y requiere ser afinada en esa medida así como ciertos instrumentos clásicos de recolección de datos establecidos sobre estándares ajenos (por ejemplo la relación talla/peso de los niños).

3.- OBJETIVO ESPECÍFICO.-

Concientizar y sensibilizar a los médicos académicos para coadyuvar a la inclusión de los médicos tradicionales en la prestación de servicios de salud

Este objetivo parte de la necesidad de hacerle comprender a los profesionales de la salud que la medicina como está concebida hoy en día es parte de un proceso cultural propio de cada pueblo.

No hay pueblo del mundo que no haya desarrollado algún sistema de medicina, es decir, un sistema ideológico o doctrinario y tradicional, acerca de la vida y la muerte; la salud y la enfermedad; y más concretamente sobre las causas de las afecciones, la manera de reconocerlas y diagnosticarlas, así como las formas o procedimientos para aliviar, curar o prevenir las enfermedades, y además para preservar y promover la salud.

En ese sentido, el abordaje de este plan de concientización tiende a transmitir a los médicos académicos los conocimientos necesarios sobre ese complejo mundo de tradiciones, prácticas y creencias; componentes que se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los mismos médicos tradicionales, terapeutas, parteras, promotores, sobadores; que poseen sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales y minerales.

- Que los médicos académicos partir del conocimiento pleno de las practicas de la medicina tradicional, legitimen y copartícipe en el rol que deben cumplir el médico tradicional.

- Qué los médicos académicos del municipio de Yacuiba sepan que las prácticas médicas tradicionales han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos originarios, indígenas y campesinos, y que surgieron antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos conceptos, metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural, esto es interculturalidad.

- Que ante la diversidad etnográfica habitante en la ciudad de Yacuiba, (quechuas, aymaras y guaraníes y otras culturas) se busque que dicha población recupere su identidad y cosmovisión acerca de la salud, a pesar de la existencia de diferentes procesos de desarrollo de la salud entre estos pueblos, es posible ver una cosmovisión común que, fundamentalmente, entiende la salud como, el equilibrio entre las fuerzas naturales y las espirituales, entre los individuos y las comunidades, la enfermedad, en esta concepción, es una alteración de dicho equilibrio y su curación tiene que ver con la restauración de los equilibrios perdidos, poniéndose de relieve la armonización necesaria.

Recuperar la identidad

La influencia de la medicina europea y anglosajona después de la conquista y durante la colonia, se abocaron a destruir muchas de nuestras visiones sobre la salud, de manera específica que se distorsionen a tal punto que hoy en día condenamos las prácticas médicas tradicionales considerándolas como meras prácticas hechiceras. En tal sentido a través de talleres de información y orientación a los médicos académicos se buscará revertir estas erróneas percepciones acerca de los médicos tradicionales.

Profundizar en la idea de que el sistema de medicina tradicional es un sistema integral que incluye terapeuta, terapias, recursos y destrezas curativas y diferenciarlo de la hechicería y charlatanes

Esta actividad se desarrollara aprovechando los espacios en los cuales puedan llegar a compartir los médicos académicos con los médicos tradicionales a través de charlas relámpago difundidas por el personal asistencial, tocando temas puntuales como los que sugieren a continuación:

- ✓ Descripción de los males o enfermedades comunes de las culturas originarias como es el “susto”, y el “mal de ojo u ojeado”. Confirmando a través del diálogo directo si en su barrio o comunidad o en su familia, se produjo ese mal y cómo se curó.
- ✓ A través de la exposición abierta que los médicos de ambos sistemas pudieran hacer manifiesten como es su actuación, rasgos o particularidades del terapeuta o médico tradicional y del médico académico que atendió su caso, y que actitudes de estos médicos les llamo más la atención.
- ✓ Finalmente realizar una rápida plenaria para que los médicos compartan sus conclusiones entre ellos y reflexionen ¿Cómo se explica la enfermedad y la curación desde la cosmovisión originaria tradicional?

Fomentar una capacitación mixta

En los estudios académicos (universitario e institutos, etc.) es imprescindible de que se introduzcan por lo menos clases de epistemología que permitan a los médicos académicos relativizar su conocimiento y ubicarlo dentro del paradigma de la medicina tradicional como una manera a evitar los terribles errores del reduccionismo racionalista, positivista y materialista. Se entiende de que se trata

de un aporte de fondo que concierne todas las disciplinas y no solamente las de la salud.

- Qué los médicos académicos conozcan de manera específica el alcance que tiene la medicina tradicional instruyéndolos y sensibilizados con un enfoque intercultural
- Que los médicos académicos apliquen prácticas preventivas y curativas desde la visión de la medicina tradicional
- Qué el programa sea implementado en todo el sistema o Red de Salud Departamental.

Preparar a la población para el conocimiento pleno de los dos sistemas de salud

Esta preparación conceptual debe ir idealmente seguida de trabajos en el terreno con mentalidad abierta y posibilidad de auto-experimentación. Se trata de hecho de introducir nuevos métodos de aprendizajes no excluyentes y nuevas modalidades de comunicación. El conocimiento directo y las vivencias apelando a despertar la conciencia por la medicina tradicional autorizan el descubrimiento de enfoques insospechables y sumamente enriquecedores

Articulación e interacción médico académico, médico tradicional y población en general

El terreno favorece el encuentro en directo y en vivo de los diferentes actores de la sociedad con sus diferencias socio-culturales. No permite el escapismo vano en las teorías evanescentes y obliga a una confrontación pragmática de situaciones concretas. De esta manera crea solidaridades, establece vínculos afectivos,

colorea el academismo de emociones vitales, pule el idealismo y lo enraíza con el peso de la cotidianidad. De ahí nacen las vocaciones individuales y se forjan los recursos humanos con una motivación a toda prueba.

Recíprocamente, los miembros de cada grupo étnico deben conocer las raíces culturales de su pueblo, su cosmovisión ancestral, sus postulados epistemológicos. ¿Qué podría decir un agente de salud indígena de sus medicinas si no pasó por un mínimo de iniciación personal en su tradición? Para defenderse del poder avasallador de sistema occidental y salir de la fascinación que muchas veces genera (con sus derivados de la idealización o de la satanización), es preciso que conozca también las debilidades y limitaciones de este modelo. Como ya lo señalamos, un joven indígena debe poder revalorar su herencia cultural sabiendo las riquezas que encierra y la coherencia de sus aportes con los últimos adelantos de la ciencia moderna y especialmente el pensamiento relativista. En todo este esquema de articulación, las posturas extremas nos parecen inadecuadas, poco pragmáticas y fructíferas, y con agudeza falta de discernimiento.

Promover la articulación de las dos medicinas en pro de mejores servicios de salud

La articulación de las medicinas es ante todo el encuentro en vivo y en directo de seres humanos que se educaron dentro de los parámetros de una u de otra medicina. Si una exalta las funciones de un hemisferio cerebral y la otra del otro hemisferio, en suma el trabajo consiste en rearmonizar cerebros izquierdos y derechos, restablecer un balance entre lo femenino y lo masculino. El otro se vuelve entonces el espejo revelador de las deficiencias del otro y ello exige cierto coraje para ser aceptado. Requiere de valor para transformar el miedo a lo diferente y ajeno en aspiración a conocerlo, descubrirlo y apreciarlo.

Cuando se aplica al campo de la salud, supone que los agentes de salud conozcan sus respectivos límites en su práctica y sepan transferir sus pacientes cuando es necesario. Si el curandero identifica una “enfermedad del hombre” (daño), la tratará; pero si es una “enfermedad de Dios” (natural) que escapa a su poder curativo, o una emergencia quirúrgica, o una gran deficiencia orgánica, sabrá mandar a su paciente a un centro de salud. Igualmente, al médico la responsabilidad ética le obliga a tomar en consideración los factores Psico-espirituales directamente en la consulta médica o en su defecto a derivar su paciente a personas adecuadas (curanderos o responsables religiosos). Si reconoce un “susto” evitará dar tranquilizantes adictivos para proponer la simple “soplada” o “limpieza” del yachak que resolverá el asunto eficazmente en poco tiempo y a costo reducido. La obstetra se abstendrá de intervenir si el embarazo es normal y la parturiente desea dar a luz con la partera local de reconocida trayectoria.

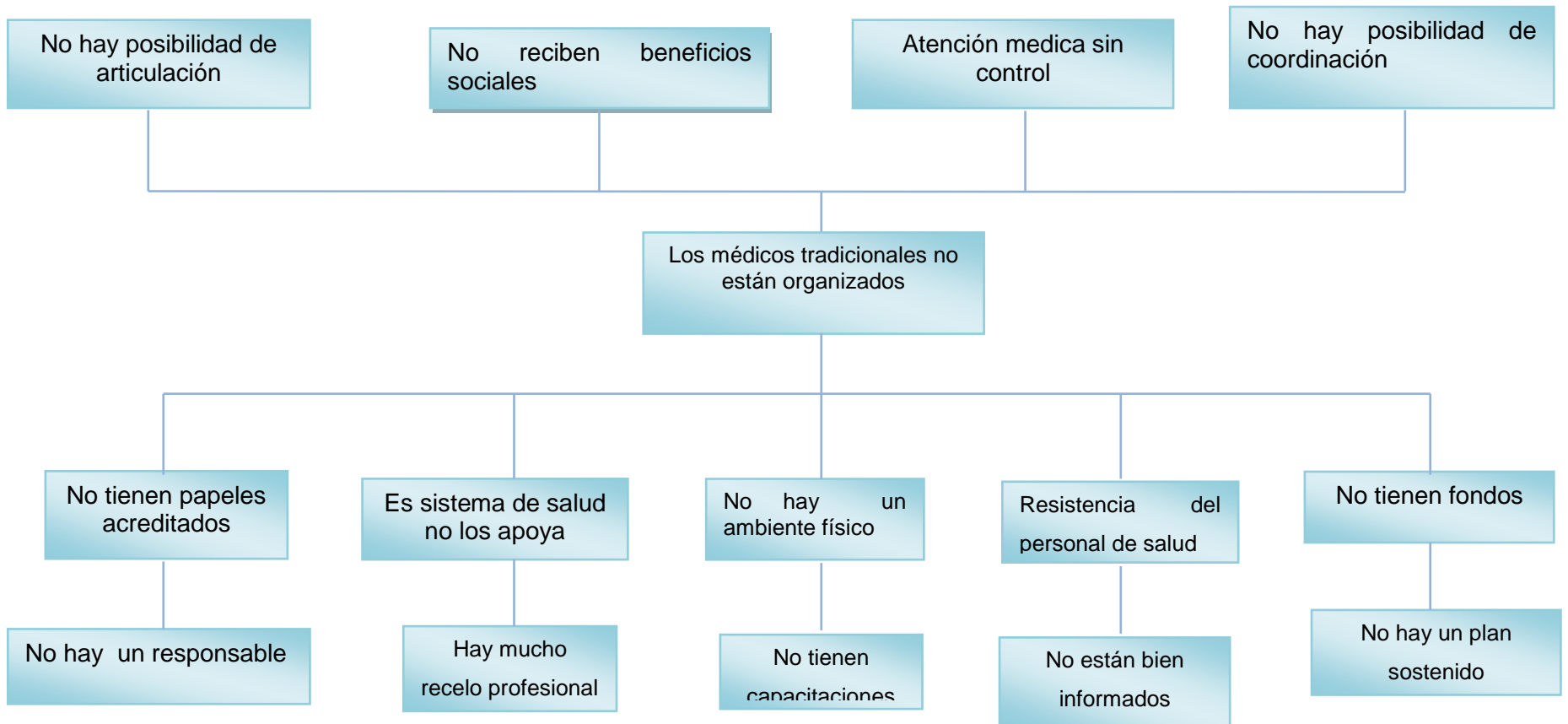
Esta relación de colaboración, para volver ser fluida, se beneficiará de un intercambio en la formación, capacitación o aprendizaje. La experimentación directa es buena maestra y es deseable ver a los curanderos delante de los microscopios y a los médicos tomando ayahuasca: son iniciaciones recíprocas. La obstetra aprenderá como atender un parto en cuclillas mientras la partera mejorará la higiene profiláctica del tétanos neo-natal. El fisioterapeuta o traumatólogo podrá reducir manualmente “lisiados” (luxaciones, dislocaciones) sin necesidad de enyesar mientras el sobador descubrirá métodos modernos de masajes, osteopatía o quiropraxia. Los médicos modernos compararan los datos de la toma del pulso con las informaciones del médico tradicional en este mismo acto diagnóstico.

4.-CRITERIOS METODOLÓGICOS:

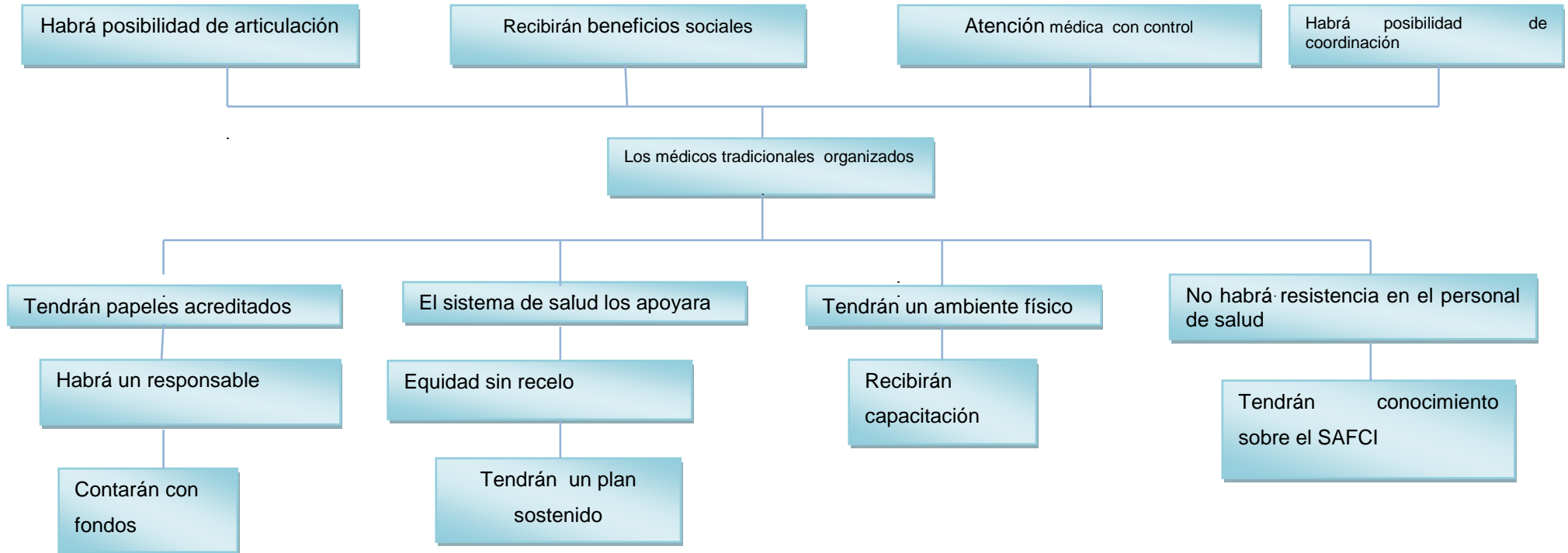
- El proceso partirá de buscar consenso con la mayoría de los médicos tradicionales que operan en la región.

- Será un proceso participativo a partir de encuentros personales y colectivos.
- La capacitación estará centrada en talleres participativos con participación de maestros del mismo entorno y que son reconocidos por la base social de la región.
- Articulación de los sistemas de la Medicina Tradicional y la Medicina Académica desde la perspectiva del Médico Tradicional.
- Equidad de género, propiciando oportunidades no sólo para Médicos Tradicionales varones sino también para la mujer.
- Trabajar en equidad, unidad en unas bien comunes ambas medicinas por la salud de la población de Yacuiba.

5.--ARBOL DE PROBLEMAS



6.-ARBOL DE OBJETIVOS



7.- ANALISIS DE INTERESADOS:

En el presente proyecto de intervención, participaran los Médicos Tradicionales y los Médicos Académicos en la Red de Yacuiba.

Entre las actividades que apreciamos en los médicos tradicionales están: tratamientos con las plantas medicinales tales como: tallo, hojas, raíz, flor y otros como preparados magistrales etc.

Sabemos que los Médicos Tradicionales realizan atención integral que va desde actividades de prevención y promoción de la salud empírica aunque es solo es paliativa.

El interés que hay en la articulación de la Medicina tradicional con la Académica es mejorar las barreras de ambos en la Red de Yacuiba. Logrando un trabajo articulado entre la medicina tradicional y la Académica.

Beneficiarios Directos	Beneficiarios indirectos	Excluidos/Neutrales	Perjudicados/Oponentes Potenciales
-Médicos tradicionales que habitan en la Red de Yacuiba. -Personal Médico Académico de la Red de Yacuiba.	Población en general de la Red de Yacuiba.	Médicos tradicionales que no puedan ser persuadidos para su participación para la articulación de ambas medicinas.	Población de Yacuiba y Personal de salud que no apoya en la articulación de ambas medicinas.

8.-ANALISIS DE FACTIBILIDAD:

El presente proyecto de intervención tiene una factibilidad en Médicos Tradicionales y Médicos Académicos porque hay predisposición de trabajar juntos con intercambio de conocimientos. Existe posibilidad de coordinación, articulación para trabajar en equidad respetando sus costumbres, tradiciones, normas, reglas, principios y culturas.

Por otra parte las políticas nacionales en salud SAFCI brindan un clima propicio para la ejecución de este proyecto. También están los saberes y conocimientos de las 36 Naciones del estado Plurinacional de Bolivia incluyendo la Etnomedicina y etnobotánica.

9.- MATRIZ LOGICA

Lógica de intervención	Indicadores objetivamente verificables	Fuentes de Verificación	Hipótesis
Objetivo General Contribuir a la articulación de la medicina tradicional y científica con el nuevo modelo de atención SAFCI Red Yacuiba, 2012	50 % de los Médicos Tradicionales de la Red Yacuiba articularan con la Medicina Académica al finalizar la gestión 2012	Libro de registro con atención de ambas medicinas, Boletas de referencia y contra referencia, Historias clínicas de casos atendidos por ambas medicinas.	Cambios de la políticas de Salud
Objetivo Específico Organizar una red de Médicos tradicionales para la aplicación el nuevo modelos de atención SAFCI	80% de los médicos tradicionales están registrados en la Red Local al final del Proyecto. Existe un plan de Desarrollo de la Red al final el proyecto.	Registro de participantes, actas de reuniones, libro de constitución, personería jurídica	Las políticas de salud para la articulación y organización comunitaria esta fortalecida.

<p>Resultados R.1 Médicos tradicionales forman su mesa directiva</p>	<p>Está conformado y funcionando una directiva local de médicos tradicionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Libro de actas - Evaluación - Verificación de carnet 	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios en las políticas de
<p>R.2 Médicos Tradicionales están capacitados en el nuevo modelo SAFCI</p>	<p>Se ha logrado consenso con el 80% de Médicos tradicionales para conformar la directiva al final 2012</p>		
<p>R.3 Médicos Tradicionales están acreditados al establecimiento de salud con base a la norma nacional.</p>	<p>60% de Médicos Tradicionales local han recibido capacitación en articulación de la medicina científica, manejo de pacientes con enfoque intercultural, modelo de atención SAFCI</p>		
	<p>60% de médicos tradicionales tienen un carnet de acreditación.</p>		
	<p>Existe efectivamente una base de datos de los médicos tradicionales con sus competencias técnicas, culturales y sociales.</p>		

<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar reunión para organizar mesa directiva - Talleres de capacitación en el nuevo modelo SAFCI. - Seguimiento a la capacitación para una buena articulación de la Medicina Tradicional y la Académica. 	<ul style="list-style-type: none"> -Talleres de capacitación en SAFCI a los Médicos Tradicionales en el primer trimestre 2012 - 55% de los Médicos Tradicionales estarán en el proceso de articular la medicina científica con la tradicional tres meses post capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> -Libro de actas - Evaluación Pre y Pos test - Evaluación trimestral 	<ul style="list-style-type: none"> -Tendrán un representante - Cambios en las políticas de salud. - Articulación de la Medicina Tradicional con la Académica. - Cambios en las políticas de salud.
--	--	---	--

10.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FASE	Actividad	Gestión 2012											
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
1	Socialización del Proyecto de intervención	X											
2	Coordinar con Coordinador de Red y líder de Médicos Tradicionales de capacitación	X											
3	Realizar talleres de capacitación a los médicos tradicionales		X										
4	Seguimiento post capacitación (Los capacitados en Febrero 2012 en medicina tradicional)			X									
5	Seguimiento a los capacitados en medicina tradicional					X							

PRESUPUESTO		PROYECTO Articulación de los Médicos Tradicionales con los M. Académicos en el nuevo modelo de Salud- SAFCI- EN BOLIVIANOS					
Detalle		BOLIVIANOS				TOTAL	
		UNIDAD	CANTIDAD	DIAS-MES	VECES	UNITARIO	
1 Organizar una red de Médicos tradicionales para la aplicación el nuevo modelos de atención SAFCI- Red D de Yacuiba 2012		Persona					0
Elaborar un registro actual de Médicos Tradicionales de Yacuiba		Pieza					0
. Monitorear el desempeño en base al SNIS		Pieza					0
Elaborar un reglamento de desempeño del médico tradicional		Pieza					0
Existen registros de la práctica de la medicina tradicional		Pieza	1	1	1	1	0
Revisar y elaborar el vademécum de la medicina tradicional		Pieza					0
Elaborar en cada centro de salud una instancia de revisión de casos		Evento					0
Generar una ficha de seguimiento de casos atendidos por médicos tradicionales		Pieza					0
Realizar un inventario local de plantas medicinales		Documento					0
Elaborar protocolos de atención en centros de salud y domicilio		Documento					0
Realizar talleres locales de sensibilización y concienciación		Persona					0

Revisar y elaborar un reglamento organizacional en base a la ley vigente	Documento					0
Capacitar en liderazgo a médicos tradicionales de la Red de Yacuiba	Persona					0
Capacitar a líderes en monitoreo de la practica medica tradicional Yba	Persona					0
Realizar eventos de difusión y capacitación de las normas vigentes	Evento					0
PERSONAL LOCAL						
Administrador Nacional	mes	1	1	1	1.000,00	
VIAJES Y ALOJAMIENTOS						
Viáticos	persona	3	3	2		
Pasajes terrestres	persona	3	1	1		
FUNCIONAMIENTO						
Servicio Telefónico	mes		1	3	350,00	12.600,00
Servicio de agua potable	mes		1	3	280,00	10.080,00
Servicio Internet	mes		1	3	600,00	21.600,00
comunicaciones	mes		1	3	450,00	16.200,00
Combustible	Lts	500	1	2	3,80	3.800,00
Gastos financieros	varios	1	1	3	400,00	1.200,00

Currier Nacional	bol.	1	1	3	80,00	2.880,00
Currier Internacional	bol	1	1	4	1.100,00	4.400,00
Insumos de computación	pza.	2	1	3	600,00	10.800,00
Gastos Varios	varios	1	1	2	3.000,00	6.000,00
EQUIPAMIENTO						
Fotocopiadora	Equipo	1	1	2		
Computador portátil	Equipo	1	1	3		
Impresora	Equipo	1	1	3		
Filmadora	Equipo	1	1	2		
Pizarras acrílicas	pzas.	1	1	2		
Escritorio metálico	mueble	1	1	2		
TOTAL SOLICITADO						25000.00

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

http://www.takiwasi.com/docs/arti_esp/articulacion_medicinas.pdf visitado en fecha 08/08/2011. p. 16.

¹CAMPOS Roberto, Hacia un dialogo intercultural en salud Disponible <http://www.utlamericas.org/wp-content/themes/pdf/it/7/5/indice.pdf>. visitado en fecha 27/07/2011 p. 5

²ALIAGA, Alicia. Metodología para un diálogo Intercultural en servicio de la salud 2008. La Paz - Bolivia 2007. p. 12

[1cieplane.uajms.edu.bo/docscieplane/doc010/pdf/Manimunicipioyacuiba.pdf](http://cieplane.uajms.edu.bo/docscieplane/doc010/pdf/Manimunicipioyacuiba.pdf).

Obtenido 10/06/11. Estimación de los Principales Indicadores de Competitividad de la Producción de Maní del Municipio de Yacuiba Gestión Agrícola 2008 – 2009)

³ PDM YACUIBA 2005-20

⁴ Recursos Humanos RED Yacuiba, 2010.

⁵ Jaime R. Zalles Asín Tarija, diciembre de 2000

⁶ DOCUMENTO BASE PARA LA INTERCULTURALIDAD Y MEDICINA TRADICIONAL EN SALUD MSD/VMT-I/DMT-I/PNUD ELABORACION: Dra. Alicia Aliaga

⁷ Margarita Saez Salgado. “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. p. 6

⁸ Orientación metodológica para la capacitación. Carlos Tamayo Caballero. La Paz- Bolivia 2008. P27-28

⁹ Margarita Saez Salgado. “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. p. 6

¹⁰ Sangari Alessia, Abril es tiempo de Karisiris, 2da. Edición 2006. p. 1 (Prologo)

¹¹ PDS 2010-2020 www.sns.gob.bo/planificacion/.../plan%20sectorial%20de%20desarrollo%202010-2020.pdf

¹² HERNÁNDEZ, S. Roberto et.al. Metodología de la investigación. México: Editorial McGraw – Hill/Interamericana editores S.A. 3ª Edición. 2003. p. 5.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ALIAGA, Alicia. Metodología para un diálogo Intercultural en servicio de la salud 2008. La Paz - Bolivia 2007. p. 12

Ministerio de Salud y Deportes Vice ministerio de Salud "Plan de desarrollo sectorial 2010-2020" p.7

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. p. 16

²CAMPOS Roberto, Hacia un dialogo intercultural en salud Disponible <http://www.utlamericas.org/wp-content/themes/pdf/it/7/5/indice.pdf>. visitado en fecha 27/07/2011 p. 5

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

1cieplane.uajms.edu.bo/docscieplane/doc010/pdf/Manimunicipiocyacuiba.pdf.

Obtenido 10/06/11. Estimación de los Principales Indicadores de Competitividad de la Producción de Maní del Municipio de Yacuiba Gestión Agrícola 2008 – 2009)

⁴ PDM YACUIBA 2005-20

⁵ Recursos Humanos RED Yacuiba, 2010.

⁶ Jaime R. Zalles Asín Tarija, diciembre de 2000

⁷ DOCUMENTO BASE PARA LA INTERCULTURALIDAD Y MEDICINA TRADICIONAL EN SALUD MSD/VMT-I/DMT-I/PNUD ELABORACION: Dra. Alicia Aliaga

⁸ Margarita Saez Salgado. "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. p. 6

⁹ Orientación metodológica para la capacitación. Carlos Tamayo Caballero. La Paz- Bolivia 2008. P27-28

¹⁰Margarita Saez Salgado. “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. p. 6

¹¹Sangari Alessia, Abril es tiempo de Karisiris, 2da. Edición 2006. p. 1 (Prologo)

¹²[PDS 2010-2020 www.sns.gob.bo/planificacion/.../plan%20sectorial%20de%20desarrollo%202010-2020.pdf](http://www.sns.gob.bo/planificacion/.../plan%20sectorial%20de%20desarrollo%202010-2020.pdf)

ANEXO Nº 1 ENCUESTA DIRIGIDA A LOS MÉDICOS CURANDEROS DE LA
CIUDAD DE YACUIBA

Nombre del/la Entrevistador / a.....
Código

Consentimiento Informado: Es una Entrevista CONFIDENCIAL, voluntaria, los resultados son de uso exclusivo de la investigación sin riesgo para su persona, conociendo estos criterios está usted de acuerdo con esta Entrevista?

SI NO

Objetivo General: Determinar la percepción de los curanderos respecto a la Articulación de la Medicina Científica en la Red Yacuiba en el marco del Nuevo Modelo de Salud SAFCI - Julio 2011.

Datos Generales del Entrevistado / a:

Edad Sexo

Idioma Procedencia

Ocupación: Ama de casa Agricultor Otros

Articulación en Interculturalidad

1.- El Gobierno del Estado Plurinacional está incluyendo a los curanderos en el nuevo modelo de la Atención de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, sabía usted?

SI NO

2.- Cómo se informó?

Radio TV Otros

3.- Tuvo usted capacitación en el nuevo modelo de atención de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural?

SI NO

Dónde?

Cuándo?

Por qué tiempo?

5. Que experiencias específicas tuvo usted con el uso de la práctica médica en los centros de salud? Podría mencionar algunas de ellas.

.....
.....

5.- Tuvo usted alguna experiencia en referencia de pacientes a los médicos de los centros de salud?

SI

NO

Podría mencionar usted cuál fue?

6.- Desde su experiencia cuál serían los elementos necesarios para que puedan trabajar juntos los curanderos y los médicos de los centros de salud?

Porque:.....
.....

7.- Y que elementos influyen para que los curanderos y médicos de los centros de salud no puedan trabajar juntos?

Porque:

Gracias...

**ANEXO Nº 2 ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD DIRIGIDO A MÉDICOS
CURANDEROS DE MAYOR**

TRAYECTORIA DE LA CIUDAD DE YACUIBA

1. ¿En qué tiempo llego usted a formarse como medico tradicional y como es su forma de aprender?
2. ¿Cuál es tu especialidad en la medicina tradicional?
3. ¿Cuáles son los factores que le ayudarían para que entre al sector salud y cuáles son los factores que le perjudicarían en el sector salud?
4. ¿En que está usted capacitada?
5. ¿Qué opina Usted de los médicos del Centro de Salud

**RELACION DE MEDICOS TRADICIONALES
QUE COLABORARON EN ENTREVISTA PROFUNDIDAD**

Nombre Dora Paulette de Peñaranda

Edad: 43 años

Idiomas que habla: castellano

Originaria: La Paz

Ocupación: Medico Tradicional

Nombre: María Gonzáles

Edad: 42 años

Idiomas que habla: castellano

Originaria: Yacuiba

Ocupación: Comerciante

Nombre Lola Valentina Sánchez Aguayito

Edad: 50 años

Idiomas que habla: castellano

Originaria: Carapari

Ocupación: Partera

Nombre: Arnaldo Flores Nacimiento

Edad: 43 años

Idiomas que habla: castellano, ingles, portugués, Guaraní, italiano

Originario: Cuba- Nacionalizado en Bolivia.

Ocupación: médico naturista

Nombre: Cornelio Rómulo Reyes Escalante

Edad: 73 años

Idiomas que habla: castellano, quechua, Guaraní

Originaria: Tarija

Nombre: Armando Javier Cáceres

Edad: 46 años

Idiomas que habla: castellano, aymara

Originaria: La Paz

Nombre: David Crespo García

Edad: 60 años

Idiomas que habla: castellano, aymara, quechua

Originaria: La Paz

Ocupación: Medico Callahuaya

ANEXO N° 4 FOTOS QUE DAN CUENTA DEL ACERCAMIENTO QUE SE TUVO HACIA LOS MEDICOS TRADICIONALES PARA CONOCER SU PERCEPCIÓN ACERCA DELA ARTICULACIÓN DE SUS PRACTICAS MEDICINALES CON LA MEDICINA CIENTÍFICA



Conociendo su percepción frente a la posibilidad de articular sus prácticas tradicionales medicinales con la medicina científica

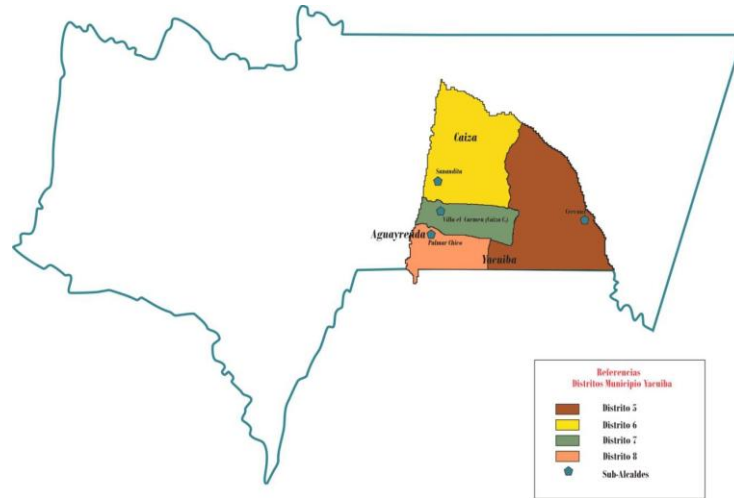


Médico tradicional de la zona, mostrando parte de las hierbas con las que cura y el lugar donde realiza sus atenciones



En plena tarea de recopilación de información en la foto se observa a una de las informantes de mayor trayectoria en medicina tradicional respondiendo a la entrevista realizada por la autora de la presente investigación

Mapa de Ubicación del Municipio de Yacuiba



**POBLACION ESTIMADA SEGÚN ESTABLECIMIENTO
RED DE SALUD YACUIBA - AÑO 2011**

ESTABLECIMIENTO	TOTAL	Men. 1 Año	1 Año	2 Años	3 Años	4 Años	1 - 4	5 - 14 A.	15 - 59 A.	60 + A	TOTAL
	100	27092	26671	26160	25612	25151	103619	221689	590214	57384	100
YACUIBA	105405	2856	2811	2757	2703	2651	10922	23367	62212	6048	105405
POCITOS	17967	487	479	470	461	452	1862	3983	10604	1031	17967
CREVAUX	3623	98	97	95	93	91	375	803	2138	208	3623
PALMAR	4510	122	120	118	116	113	467	1000	2662	259	4510
CAIZA	6499	176	173	170	167	163	673	1441	3836	373	6499
YAGUACUA	3448	93	92	90	88	87	357	764	2035	198	3448
SACHAPERERA	668	18	18	18	17	17	70	148	394	38	668
TIMBOY	134	4	4	4	3	3	14	30	70	8	134
SANANDITA	936	25	25	24	24	24	97	208	553	54	936
PAJOSO	1571	43	42	41	40	40	163	348	927	90	1571
RED DE YACUIBA	144861	31014	30532	29947	29324	28792	118619	253781	675645	65691	144861
ESTABLECIMIENTO	MEF	EMB	PART	ABORT	NACIM.	H.N. VIVOS	H.N. MUERT.	5 - 9 Años	15 - 19 Años	20 - 60 A.	
	264532	27866	24937	0,2928	24778	24723	0,0062	118222	103467	111998	478218
YACUIBA	27883	4937	2629	309	2612	2606	7	12461	10906	11805	50406
POCITOS	4753	501	448	53	445	444	2	2124	1859	2012	8592
CREVAUX	958	100	90	11	90	89	0	428	375	406	1733
PALMAR	1193	126	113	13	112	0	0	533	467	505	2157
CAIZA	1719	181	162	19	161	161	0	768	672	728	3108
YAGUACUA	912	96	86	10	85	85	0	408	357	386	1649
SACHAPERERA	177	19	17	2	17	17	0	79	69	75	319
TIMBOY	35	4	3	0	3	3	0	16	14	15	64
SANANDITA	248	26	23	3	23	23	0	111	97	105	448
PAJOSO	416	44	39	5	39	39		186	162	176	751
RED DE YACUIBA	38294	6034	3610	425	3587	3467	9	17114	14978	16213	69227

PALLO

1208-211

FF 73366064

CONFEDERACIÓN DE MEDICOS NATURISTAS Y TRADICIONALES DE BOLIVIA
FDA. EL 11 DE DICIEMBRE DE 1999. P.J. 71/01 RES. MIN. 0231
CONSULTORIO MEDICO "DOS HERMANOS"

NOMBRE DEL PACIENTE

PAULO SEAINAC

FECHA DE NACIMIENTO

SEXO... MASCULINO

PESO DEL INICIO DEL TRATAMIENTO

PESO DE CONCLUIDO EL TRATAMIENTO 62

DIAGNOSTICOS DEL PACIENTE

NO COME CHORHO

GRASA

COMPLEMENTO

DIETAS DEL PACIENTE

SONIDO NACHA BEZA

FAS BROQUILLO

RAMQUEL R.A.

TRATAMIENTO REALIZADO

Ases de la dentadura

COMPROMISO CON EL PACIENTE

5.00 POR MES

Esta dia cordo si ano

DR. ARNALDO N. FLORES

MEDICO NATURISTA TRADICIONAL

PACIENTE EN TRATAMIENTO
