



*Ministerio de Salud y Deportes*

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
POSTGRADO EN INTERCULTURALIDAD Y  
SALUD FAMILIAR COMUNITARIA

“FACTORES QUE INCIDEN EN LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL CON LA MEDICINA ACADÉMICA PARA LA ELABORACIÓN DE UN PLAN QUE FORTALEZCA SU ARTICULACIÓN, EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA PROVINCIA BAUTISTA SAAVEDRA EN LA GESTION 2008”

**AUTOR:**

**DR. GHEIBER LUIS VALLE**

**TUTOR:**

**Dr. Jose Zambrama**

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD**

**LA PAZ – BOLIVIA**

**2011**

## **AGRADECIMIENTOS:**

*A mi esposa y familia por su apoyo, a la Dra. Nila Heredia Miranda por ser guía en este proceso de cambio, al Dr. Wilfredo Tancara a quien se debe la especialidad, a mi Tutor Dr. José Zambrana ser nuestro mentor en esta especialidad, a los docentes de la Especialidad en Interculturalidad y Salud por colaborar en nuestra formación profesional y a la Universidad Mayor de San Andrés por cedernos un espacio en el curso.*



# ÍNDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN.....</b>	<b>VIII</b>
<b>CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1 ANTECEDENTES.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.4 JUSTIFICACIÓN Y VALOR POTENCIAL.....	9
1.5 OBJETIVOS.....	11
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	11
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
<b>CAPITULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>12</b>
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	12
2.2 POBLACIÓN.....	12
2.3 UNIVERSO DE LA INVESTIGACIÓN .....	13
2.4 SELECCIÓN DE MUESTRA .....	13
2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	14
2.6 TIPO DE VARIABLES Y SU DIFERENCIACIÓN .....	15
2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	16
2.8 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	23
2.9 ROL DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	25
2.10.1 CONFIDENCIALIDAD .....	25
2.10.2 BENEFICIO O NO MALEFICENCIA .....	26
2.10.3 JUSTICIA .....	26
2.11 PLAN DE ANÁLISIS.....	26
2.11.1 ETAPAS DEL PROYECTO.....	26
2.11.2 ANÁLISIS DE DATOS .....	27
<b>CAPITULO 3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>29</b>
3.1 SISTEMAS DE SALUD.....	29
3.2 SALUD.....	29
3.3 DEFINICIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL.....	30

3.4	TERAPIAS Y TÉCNICAS TERAPÉUTICAS MÁS COMÚNMENTE UTILIZADAS ...	31
3.5	INCORPORACIÓN DE LA MT/MCA A LOS SISTEMAS DE SALUD NACIONALES	32
3.6	ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE MEDICINA TRADICIONAL 2002–2005 .....	33
3.7	BAUTISTA SAAVEDRA: LA ZONA DE ESTUDIO .....	34
3.7.1	CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS .....	34
3.7.2	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS .....	35
3.7.3	CARACTERÍSTICAS SOCIO CULTURALES .....	36
3.7.4	ACCESO A LA PROVINCIA .....	36
3.7.5	ACTIVIDAD ECONÓMICA .....	37
3.7.6	CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD .....	40
3.7.7	RECURSOS HUMANOS .....	43
3.7.8	INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO .....	43
3.7.9	ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD INSTITUCIONALES .....	45
3.7.10	ALGUNOS INDICADORES DE SALUD .....	46
3.7.11	EL HOSPITAL KALLAWAYA DE AMARETE .....	47
3.7.12	EL HOSPITAL KALLAWAYA DE CURVA .....	49
3.7.13	EL CONSULTORIO KALLAWAYA EN CHARAZANI .....	51
3.8	LA CULTURA KALLAWAYA .....	53
3.8.1	LA COSMOVISIÓN ANDINA DE LA CULTURA KALLAWAYA OBRA MAESTRA DEL PATRIMONIO ORAL E INTANGIBLE DE LA HUMANIDAD (2003) .....	54
3.8.2	COSMOVISIÓN KALLAWAYA .....	54
3.8.3	ALGUNOS USOS DE PLANTAS MEDICINALES .....	55
<b>CAPITULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>		<b>57</b>
4.1	INFORMACIÓN PROCEDENTE DE LOS MÉDICOS TRADICIONALES .....	57
4.1.1	CONOCIMIENTOS .....	59
4.1.2	PERCEPCIÓN EN TORNO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN .....	64
4.1.3	ACTITUD HACIA LA ARTICULACIÓN .....	71
4.2	INFORMACIÓN PROCEDENTE DE LOS PRESTADORES DE SALUD ACADÉMICOS .....	74
4.2.1	CONOCIMIENTOS .....	75
4.2.2	PERCEPCIÓN EN TORNO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN .....	78

4.2.3	ACTITUD HACIA LA ARTICULACIÓN .....	82
4.3	INTERRELACIÓN Y TRABAJO COORDINADO ENTRE EL PERSONAL DE SALUD ACADÉMICO Y MÉDICOS TRADICIONALES.....	85
4.3.1	OPINIÓN DE LOS MÉDICOS TRADICIONALES .....	85
4.3.2	OPINIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ACADÉMICO .....	89
4.4	INFORMACIÓN PROVENIENTE DE LOS POBLADORES.....	91
4.5	DISCUSIÓN .....	94
<b>CAPITULO 5. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES.....</b>		<b>98</b>
5.1	CONCLUSIONES .....	98
5.2	RECOMENDACIONES .....	102
<b>PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN .....</b>		<b>104</b>
5.3	CONTEXTO .....	104
5.4	JUSTIFICACIÓN .....	106
5.5	OBJETIVO GENERAL.....	109
5.6	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	110
5.7	RESULTADOS ESPERADOS.....	111
5.8	RECURSOS Y PRESUPUESTO .....	117
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>		<b>123</b>
<b>ANEXOS</b>		

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. SEGMENTO DE POBLACIÓN INCLUIDA EN LA MUESTRA .....	14
TABLA 2. TERAPIAS Y TÉCNICAS TERAPÉUTICAS MÁS COMÚNMENTE UTILIZADAS .....	31
TABLA 3. LA RED DE SERVICIOS DE SALUD NO. 2 “APOLOBAMBA” .....	41
TABLA 4. PERSONAL DE SALUD DE LA PROVINCIA BAUTISTA SAAVEDRA .....	43
TABLA 5. POBLACIÓN POR GRUPO ETÁREO DE LOS MUNICIPIOS DE CURVA Y CHARAZANI ..	45
TABLA 6. ASPECTOS QUE DESEARÍA CONOCER SOBRE LA MEDICINA OCCIDENTAL.....	62
TABLA 7. DIFICULTADES QUE ENCUENTRA EN LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL .....	67
TABLA 8. SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL ..	69
TABLA 9. ASPECTOS QUE DESEARÍA CONOCER SOBRE LA MEDICINA TRADICIONAL.....	77
TABLA 10. DIFICULTADES QUE ENCUENTRA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL .....	80
TABLA 11. SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL	81
TABLA 12. PROPUESTAS PARA UN TRABAJO CONJUNTO .....	89
TABLA 13. PROPUESTAS PARA UN TRABAJO CONJUNTO .....	91
TABLA 14. SISTEMA MÉDICO DE USO REGULAR.....	92

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	28
FIGURA 2. CRÍA DE LLAMAS Y ALPACAS .....	37
FIGURA 3. AGRICULTURA EN TERRAZAS.....	38
FIGURA 4. LA AGRICULTURA EN LAS TIERRAS BAJAS .....	39
FIGURA 5. MAPA DE CONCESIONES MINERAS DEL ANMI APOLOBAMBA.....	40
FIGURA 6. MUNICIPIOS DE LA RED DE SERVICIOS APOLOBAMBA Nº 2 .....	41
FIGURA 7. COBERTURA POBLACIONAL (MUNICIPIOS DE CHARAZANI Y CURVA) .....	42
FIGURA 8. CÓMO SE ACERCÓ AL ESTUDIO E INVESTIGACIÓN DE LA MEDICINA KALLAWAYA ...	57
FIGURA 9. RECIBIÓ CAPACITACIÓN O SE INFORMÓ ACERCA DEL SISTEMA MEDICO CIENTÍFICO .....	59
FIGURA 10. IMPORTANCIA DE CONOCER LA MEDICINA OCCIDENTAL .....	61
FIGURA 11. ALGUNA VEZ FUE INFORMADO SOBRE LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL AL SISTEMA OFICIAL DE SALUD .....	63
FIGURA 12. ACTUALMENTE SON CAPACITADOS POR EL EQUIPO PROFESIONAL MÉDICO .....	64
FIGURA 13. EXISTENCIA DE CLARIDAD EN LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL	65
FIGURA 14. OBTENCIÓN DE BUENOS RESULTADOS LUEGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL .....	66
FIGURA 15. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA MEDICINA ACADÉMICA .....	71
FIGURA 16. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON UN SISTEMA DE TRABAJO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ENTRE LOS DOS SISTEMAS MÉDICOS .....	72
FIGURA 17. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON QUE LOS MÉDICOS TRADICIONALES CUENTEN CON ESPACIO EN LA ATENCIÓN DE SALUD, CON CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA, SOCIOECONÓMICA Y CULTURALMENTE ADECUADAS .....	72
FIGURA 18. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA DESARROLLO, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL .....	73



FIGURA 19. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON QUE LOS MÉDICOS TRADICIONALES PUEDAN SER INCLUIDOS AL SISTEMA OFICIAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DEL PRIMER NIVEL CON SALARIO INCLUIDO.....	73
FIGURA 20. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON QUE SE PROMUEVA LAS PRÁCTICAS TRADICIONALES Y SU INTEGRACIÓN A LA MEDICINA ACADÉMICA .....	74
FIGURA 21. CONOCIMIENTO ACERCA LA ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA MÉDICO TRADICIONAL .....	75
FIGURA 22. VIO O RECIBÍ INFORMACIÓN SOBRE LA MEDICINA TRADICIONAL.....	76
FIGURA 23. IMPORTANCIA DE CONOCER LA MEDICINA TRADICIONAL .....	76
FIGURA 24. ALGUNA VEZ VIO O RECIBÍ INFORMACIÓN SOBRE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL.....	77
FIGURA 25. EXISTENCIA DE CLARIDAD SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL.....	78
FIGURA 26. OBTENCIÓN DE BUENOS RESULTADOS LUEGO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL .....	79
FIGURA 27. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA MEDICINA ACADÉMICA .....	82
FIGURA 28. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON UN SISTEMA DE TRABAJO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ENTRE LOS DOS SISTEMAS MÉDICOS .....	82
FIGURA 29. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON QUE LOS MÉDICOS TRADICIONALES CUENTEN CON ESPACIO EN LA ATENCIÓN DE SALUD, CON CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA, SOCIOECONÓMICA Y CULTURALMENTE ADECUADAS .....	83
FIGURA 30. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON LA ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO PARA DESARROLLO, SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL .....	83
FIGURA 31. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON QUE LOS MÉDICOS TRADICIONALES PUEDAN SER INCLUIDOS AL SISTEMA OFICIAL DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DEL PRIMER NIVEL CON SALARIO INCLUIDO.....	84
FIGURA 32. GRADO EN EL QUE ESTÁ DE ACUERDO CON QUE SE PROMUEVA LAS PRÁCTICAS TRADICIONALES Y SU INTEGRACIÓN A LA MEDICINA ACADÉMICA .....	84

FIGURA 33. EXISTENCIA DE ALGUNA FORMA DE COORDINACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD .....	85
FIGURA 34. EXISTENCIA DE ALGÚN MODELO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA ENTRE EL SISTEMA DE SALUD TRADICIONAL Y EL ACADÉMICO.....	85
FIGURA 35. PARTICIPACIÓN DE LOS MÉDICOS TRADICIONALES EN ALGUNA ÁREA DE ATENCIÓN DE SALUD .....	86
FIGURA 36. FRECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DE EQUIPO CON EL PERSONAL DE SALUD .....	87
FIGURA 37. DEFINICIÓN DEL AMBIENTE DE RELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS MÉDICOS KALLAWAYAS .....	88
FIGURA 38. EXISTENCIA DE ALGUNA FORMA DE COORDINACIÓN CON LOS MÉDICOS TRADICIONALES .....	89
FIGURA 39. FRECUENCIA DE PARTICIPACIÓN EN REUNIONES DE EQUIPO CON LOS MÉDICOS TRADICIONALES .....	90
FIGURA 40. DEFINICIÓN DEL AMBIENTE DE RELACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS MÉDICOS KALLAWAYAS .....	90

## RESUMEN

La articulación de la Medicina Tradicional a los servicios de Salud en la provincia Bautista Saavedra ha llamado la atención a investigadores de antropología al plantearse como nuevo modelo en el sistema salud para reducir la morbi – mortalidad y mayor acceso de la población a los servicios de salud.

Interrogante de investigación: ¿Aplicando un Plan de Intervención, basado en los factores que inciden en la articulación de la Medicina Tradicional y la Medicina Académica, lograremos mayor efectividad en la articulación en los centros de salud de la provincia Bautista Saavedra?.

Objetivo: Diseñar una propuesta de un plan para fortalecer la articulación del sistema medico tradicional con el académico.

Método: Se aplicaron cuestionarios a 10 médicos tradicionales, 10 médicos académicos y 12 pobladores. La muestra fue no probabilística intencionada con criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: los médicos académicos conocen poco de la cultura kallawayá, subvaloran la medicina tradicional y no están ni de acuerdo ni en desacuerdo con la articulación de los dos sistemas médicos. Los médicos tradicionales muestran entusiasmo por ser considerados en el sistema público de salud; desean mayor atención y valoración de su trabajo. Su actitud es favorable hacia la articulación. Los pobladores creen que el trabajo conjunto entre los médicos tradicionales y los académicos otorgaran muchas ventajas.

Se propone una estrategia de articulación de la medicina tradicional a los servicios de salud para mejorar el acceso y la satisfacción de la población bien recibida por autoridades locales y del sistema de salud de la región.

## **CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN**

Los pueblos indígenas habitantes de América han desarrollado desde tiempos ancestrales un conjunto de prácticas y conocimientos muy complejo y bien estructurado para la curación de enfermedades. Los médicos tradicionales fueron y son los especialistas en el conocimiento médico en regiones inhóspitas donde la medicina académica no ha llegado. Sus terapias son administradas con gran efectividad en el ambiente de la comunidad utilizando productos herbarios naturales.

La estrategia sobre medicina tradicional de la OMS (Organización Mundial de la Salud) 2002–2005<sup>1</sup> en uno de sus objetivos señala la necesidad de Integrar la MT (Medicina Tradicional) en los sistemas sanitarios nacionales, según sea apropiado, mediante el desarrollo e implementación de políticas y programas nacionales de MT.

En Bolivia en el marco del rescate del conocimiento indígena actualmente se trabaja en estrategias de revalorización y aprovechamiento de la medicina tradicional buscando una complementariedad entre las perspectivas, conocimientos y prácticas de la medicina tradicional y el sistema oficial de salud. Las experiencias de articulación en los centros de salud Curva, Charazani y Amarete, de la provincia Bautista Saavedra demuestran esta posibilidad, aunque la sostenibilidad en el tiempo no está garantizada.

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS Sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005. Ginebra, 2002, WHO/EDM/TRM/2002.1.

Por ello, el propósito del presente trabajo de investigación fue determinar los factores que condicionan el desarrollo del proyecto de articulación para aportar elementos que apoyen su fortalecimiento.

## **1.1 ANTECEDENTES**

En el marco del rescate del conocimiento indígena sobre salud, muchos investigadores y organizaciones internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hacen esfuerzos para articular la medicina tradicional con el sistema de salud.

Ya desde 1977, la Organización Mundial de la Salud ha declarado la importancia de los conocimientos y prácticas médicas de origen ancestral valorando las contribuciones que tienen en la atención de salud de la población indígena y no indígena.

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata, estableció la estrategia de atención primaria de salud con un enfoque global, en la que se reconoció que el sistema médico tradicional, en la mayoría de los países, coexiste con el sistema oficial de salud con actitudes o sentimientos antagónicos, desprecio o indiferencia, por lo que se hace necesario su articulación a la estrategia de atención primaria de salud<sup>2</sup>.

Enfoque que se fundamentan en:

- a) El reconocimiento e incorporación de los practicantes de la medicina tradicional a los programas de desarrollo de la comunidad;

---

<sup>2</sup> Informe Final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6 –12 Septiembre, 1978.

- b) La formación complementaria de los practicantes de la medicina tradicional a fin de utilizar sus servicios en la atención primaria de salud;
- c) Enseñanza de los principios de la medicina tradicional al personal profesional de salud y a los alumnos de medicina moderna, a fin de promover el diálogo, la comunicación y el buen entendimiento.

En 1983 la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, en seguimiento a la Meta de Salud para Todos, apoyó el desarrollo del llamado Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe. El objetivo fue reflexionar sobre el abordaje multicausal de los procesos salud-enfermedad, donde la cultura juega un papel fundamental principalmente en países cuya población tiene una gran diversidad multicultural. Se enfatiza, que en materia de salud y culturas médicas tradicionales no se debe promover la creación de una entidad separada y un programa vertical en esta materia, sino por el contrario se debe *“articular la investigación y acción con los programas y operaciones que ya están en curso”* y que puedan aumentar su viabilidad y eficacia a través de la revaloración y promoción de las culturas médicas tradicionales.<sup>3</sup>

A partir de 1992, la OPS/OMS, ha encaminado sus esfuerzos en el tema de la salud de los pueblos indígenas del continente americano en el marco de los principios y directrices de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, aprobada por los Estados Miembros en 1993. Las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6 enfatizan en el conocimiento de los factores socioculturales y sistemas de salud tradicionales como una de las estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la atención proporcionada a los indígenas.

---

<sup>3</sup> OPS/OMS. Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. Julio 1985. p. 5.

En el ámbito latinoamericano se hicieron seis estudios de caso presentadas como publicaciones individuales respecto a iniciativas de articulación de la medicina tradicional con la medicina oficial. Los estudios se realizaron según el proyecto “Marcos de Referencia para la Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud”, que se formuló en 1999 respondiendo a las recomendaciones de los participantes en el Grupo de Trabajo OPS/OMS sobre Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas, realizado en Washington, D.C, EUA, del 15 al 16 de noviembre de 1999. Los estudios se tuvieron que ajustar a términos de referencia comunes para obtener resultados comparables.

Estos estudios se hicieron con el pueblo Nahuat Pipil en El Salvador; con el pueblo Mapuche en Chile; con el pueblo Maya en Guatemala; con el pueblo Garífuna en Honduras; con el pueblo Ngöbe-Buglé en Panamá y con el pueblo Quechua en el Perú.

En estos estudios se describen las diferentes cosmovisiones que tienen en el campo de la salud las culturas étnicas de los pueblos que se estudiaron. También se describen los sistemas de salud institucional que operan en esos pueblos. Se puntualizan algunos elementos que articulan los dos sistemas de salud y que ayudan a delinear varios considerandos que podrían incluirse en un nuevo modelo de salud que articule la medicina tradicional y la académica. Estos estudios muestran la necesidad de una complementariedad entre las perspectivas, conocimientos y estrategias de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional.

En Bolivia se reconoce la existencia de dos sistemas médicos, el sistema tradicional y el sistema oficial (académico, científico, institucional). Mientras el

último tiene algo más de cuatrocientos años de desarrollo, el sistema médico tradicional, es tan antiguo como la aparición misma del Hombre en estas tierras.

Bolivia fue uno de los primeros países que tuvo normas en lo referente a Medicina Tradicional los cuales datan de 1987.

- EL Reglamento del Ejercicio de la Práctica de la Medicina Tradicional Boliviana. R. M. No. 0231 (1987). Art. Único menciona: Aprobar el Reglamento para la práctica de la medicina tradicional de la medicina naturista-tradicional de Bolivia, en sus nueve partes, sujeta a revisiones periódicas para introducir modificaciones que sean detectadas en el curso de su aplicación.
- La Ley del Instituto de Medicina Tradicional Kallawaya Ley No. 0928 (1987). Propone la creación del Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawaya declarando como capital de la medicina tradicional de Bolivia, a la Provincia Bautista Saavedra del Departamento de La Paz.

De origen más reciente el:

- Seguro Básico de Salud Indígena y Originario D.S. 26330 de 22 de septiembre de 2001 sostiene: “El estado promueve el estudio y aplicación de las farmacopeas tradicionales y la reforma de la salud dentro de sus líneas estratégicas”.
- Seguro Universal Materno Infantil. Ley 2426 de 21 de noviembre de 2002. Artículo 1. II. menciona: “Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuará, y ejecutarán mediante la medicina tradicional Boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección”.



Hay varios documentos Legislativos sobre la medicina tradicional y recientemente se expidió una resolución ministerial: Normas para Medicamentos Naturales, Tradicionales y Homeopáticos, Resolución Ministerial N° 0013, del 16 de enero de 2003. Esta Resolución proporciona la definición, características, criterios de evaluación farmacéutica y la lista oficial de los productos naturales aceptados para uso médico.

En Bolivia un trabajo ejecutado por la organización no gubernamental Causananchispaj<sup>4</sup>, con apoyo técnico y financiero de OPS/OMS y de Population Concern, condujo la implementación de la primera fase de una intervención de la estrategia, materna, concertada e intercultural en ayllus de los municipios de Caiza “D” y Cotagaita el cual refleja que es posible el acercamiento y la comunicación de los dos servicios de salud, en tanto exista amplitud y humildad de parte los funcionarios de salud para comprender y valorar los saberes populares.

Estudios específicos en la Provincia Bautista Saavedra respecto a la articulación de los dos sistemas médicos no se pudo encontrar. Sin embargo, está en proceso un programa de articulación de la medicina tradicional al servicio de salud.

Antes del año 2000 ya se tenían intentos aún no bien estructurados de implementación de la medicina tradicional:

- Experiencias en el Hospital Kallawaya Amarete (1984).
- Centro de Formación de Chajaya y Curva (descontinuadas), Julio, 1993.

Se vuelve a retomar en el Municipio de Curva, en noviembre del año 2002, con la infraestructura recién concluida, se presenta a la población de Curva, dentro del

---

<sup>4</sup> C.D.C. Causananchispaj, OPS/OMS, Populationconcern, Sedes/Potosí. Primera Fase de Intervención de La Estrategia Materna, Concertada e Intercultural en Ayllus de los Municipios de Caiza “D” y Cotagaita. La Paz, Bolivia, 2004.

servicio de salud, la Medicina Tradicional y la Medicina Académica. Replicado el 29 de Febrero 2004 en el Centro de Salud Hospital Kallawaya Amarete del Municipio de Charazani. El Hospital Charazani, articulado la Medicina Tradicional y Académica dentro del servicio de Salud, ha sido inaugurado el 25 de Septiembre del 2004 y es de referencia de toda la Mancomunidad de servicios de salud de la Red Apolobamba (Municipios de Charazani, Curva, Pelechuco y Apolo).

Existen varios estudios referentes a la Medicina Tradicional de origen local, nacional e internacional; también se tiene avances significativos respecto a la discusión sobre las posibilidades de articulación de ésta con la medicina académica, sin embargo, al momento no se conocen investigaciones específicas hechas en la región de la provincia Bautista Saavedra respecto a la articulación de las dos sistemas médicos, por lo que sólo se hará referencia a estudios, documentos y experiencias ajenas relacionados al tema de medicina tradicional.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En Bolivia la medicina tradicional se emplea desde hace mucho tiempo atrás especialmente en las poblaciones indígenas del área rural, sin haber sido reconocida e integrada a los servicios de salud, por falta de normas y formas de implementación, existió de manera paralela al sistema oficial de salud. Es importante destacar que se han tratado de incorporar a los médicos tradicionales a los servicios de salud a través de la implementación de programas específicos. Actualmente se está realizando esfuerzos para la implementación de la medicina tradicional en el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)<sup>5</sup>.

Los pobladores de la provincia Bautista Saavedra, al igual que en otras regiones del altiplano, han desarrollado desde tiempos ancestrales un conjunto de prácticas

---

<sup>5</sup> El Seguro Universal Materno Infantil, Ley 2426 de 21 de noviembre de 2002, Art. 1. II.

y conocimientos respecto a la medicina tradicional. Sólo en la región de Curva, se presume que existen alrededor de 60 médicos kallawayas de acuerdo al informe de la organización que agrupan a los Kallawayas del municipio de Curva. Para rescatar estos valores culturales, el año 2002 se inicia en el proyecto de desarrollo en Apolobamba en sus diferentes ámbitos de desarrollo, por otra parte el intento de articular las prácticas tradicionales en el sistema de salud.

Al momento se puede observar que la articulación de la Medicina Tradicional en el sistema de salud se encuentra en los servicios de salud de Curva, Charazani, Amarete. Los objetivos de la articulación no fueron bien establecidos, sin embargo, son claramente identificados por los kallawayas que cumplen actividades de atención dentro del servicio de salud en la provincia Bautista Saavedra.

Desde su implementación hasta el momento no se tiene evaluaciones de la articulación de la medicina tradicional al servicio de salud al no existir políticas de estado que respalden dicha iniciativa.

Al parecer existen múltiples factores que impiden una coordinación efectiva entre estos dos sistemas médicos, parece existir un antagonismo entre los dos sistemas médicos que se repite en muchas regiones, debido a que han desarrollado diferentes respuestas frente a las dolencias, aflicciones y enfermedades habituales de su entorno.

En consecuencia, esta situación genera un efecto negativo en la demanda de servicios, reduciéndose considerablemente los niveles de usuarios de la población a los servicios de salud que prestan los centros de salud de la Provincia Bautista Saavedra.

Pese a los problemas planteados que señalarían que el antagonismo entre la medicina tradicional y la medicina académica está lejos de resolverse, creemos que detectando los factores que inciden en su articulación permitirá proponer un plan para fortalecerla.

### **1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

**¿Cuáles son los factores que inciden en la articulación de la medicina tradicional con la medicina académica que nos permitirá proponer un Plan para fortalecer su articulación en los centros de salud de la provincia Bautista Saavedra, durante la gestión 2008?**

### **1.4 JUSTIFICACIÓN Y VALOR POTENCIAL**

La medicina tradicional desde mucho tiempo atrás representó una opción importante de repuesta ante las necesidades de atención a la salud en diferentes países de la región, especialmente en las poblaciones económicamente desfavorecidas, debido a su accesibilidad y asequibilidad.

Existen muchas organizaciones internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS) quienes han tomado un interés particular en el apoyo y promoción de políticas dirigidas a fortalecer y articular la medicina tradicional con los sistemas oficiales de salud, enfocadas principalmente en la atención primaria de la salud.

En Bolivia se han hecho intentos de articulación de la medicina tradicional al sistema de salud, como se puede ver en la Ley 2426 del 21 de Nov.2002 en su artículo 1.- II. Sin embargo, no se menciona la forma de implementación de la

Medicina Tradicional como estrategia de atención del Primer nivel de Salud. Por ello, esta investigación apoyará la necesidad de consolidar la articulación de la medicina tradicional al sistema de salud de la región y aportar con esto nuevas estrategias para la articulación de esta medicina al sistema nacional de salud.

Con seguridad los resultados de este trabajo contribuirán, de manera significativa, para proponer estrategias para mejorar la situación de salud en la región de estudio, ya que conociendo los factores que inciden negativamente en la articulación de la medicina tradicional y la medicina institucional, se podrá estudiar alternativas para superar el obstáculo y fortalecer al sistema de salud. Como efecto de ello, se tendrán servicios de salud con adecuación intercultural con facilidades y gratuidad otorgada por el SUMI, mejorando el acceso de la población a los servicios de Salud incrementando las coberturas de atención Integral.

Desde el Ministerio de Salud y Deportes, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud se impulsa acciones dirigidas a la promoción, acreditación y fortalecimiento de la medicina tradicional, así como su desarrollo científico y técnico y su incorporación al sistema oficial de salud. Por tanto, los resultados del presente trabajo proporcionarán elementos para el diseño de modelos de servicios de salud articulados con la medicina tradicional y con adecuación intercultural.

Por último, con el Plan de Intervención, resultado de la presente investigación, se contribuirá al sistema de salud aportando lineamientos de importancia en un modelo de salud articulado (tradicional–occidental) que beneficien de una manera más efectiva a las comunidades de la Región. La articulación de la medicina tradicional a la académica incidirá en la reducción de las altas tasas de morbi-mortalidad materno infantil, según los objetivos trazados en el Plan Estratégico de Salud del Ministerio de Salud.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar los factores que inciden en la articulación de la medicina tradicional y la medicina académica y diseñar la propuesta de un plan para fortalecer la articulación en los Centros de Salud de la provincia Bautista Saavedra.

### **1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar los conocimientos, percepciones y actitudes de las personas dedicadas al ejercicio de la medicina tradicional en torno a la articulación.
2. Identificar los conocimientos, percepciones y actitudes de los prestadores de servicios médicos académicos respecto a la estrategia de articulación.
3. Identificar el nivel de interrelación y trabajo coordinado entre el personal de salud académico y los médicos tradicionales.
4. Determinar los factores socioculturales que influyen en la población para la elección de uno u otro sistema médico.
5. Definir lineamientos para la propuesta de un Plan con el fin de mejorar la coordinación y fortalecer la articulación entre los dos sistemas médicos.

## **CAPITULO 2. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizó una investigación cualitativa. Este tipo de estudio nos permitió recoger información sobre las diversas ideas, actitudes, prácticas y comportamiento de los entrevistados en esta investigación.

Por otro lado, también se realizó una investigación cuantitativa para explicar fenómenos mediante información cuantificable al momento de identificar los aspectos inherentes a la articulación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud.

### **2.2 POBLACIÓN**

La población seleccionada intencionalmente, contempló aquellas comunidades cercanas a los servicios de salud de la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz donde se ha implementado la estrategia de articulación de la medicina académica y tradicional. Recordemos que la provincia Bautista Saavedra es el emplazamiento de la cultura kallawayaya que con sus dos secciones cuenta con 11475 habitantes aproximadamente.

En este sentido, la población objeto de estudio determinada para esta investigación vino a ser el Municipio Juan José Pérez (Charazani ) y el municipio de Curva con las comunidades Chajaya, Santa Rosa de Kaata, Cari, Niño korin,

Inka Roca, Lagunillas y Wata Wata, que vienen a conformar la jurisdicción de los centros de salud de Charazani, Amarete y Curva.

Se consideraron estas comunidades debido a que en ellas se encuentra un asentamiento muy importante de la medicina tradicional Kallawaya, además, existen experiencias concretas de articulación de la medicina tradicional con la académica.

## **2.3 UNIVERSO DE LA INVESTIGACIÓN**

El universo estuvo constituido por usuarios, personal de salud y médicos tradicionales de los servicios de salud de los municipios Juan José Pérez y San Pedro de Curva que forman la provincia Bautista Saavedra. El municipio de Juan José Pérez (conocido como Charazani) cuenta con los siguientes establecimientos de salud: C.S. Charazani, C.S.Amarete, C.S.Chullina, P.S.Cotapampa y P.S.Caata. San Pedro de Curva (conocido como simplemente como Curva) con: C.S. Curva y P.S. Cañuma.

## **2.4 SELECCIÓN DE MUESTRA**

La muestra fue no probabilística intencionada con criterios de inclusión y exclusión por ser población homogénea al tratarse de segmentos de tamaño reducido. La muestra estuvo conformada por los siguientes segmentos de la población:

- Proveedores de Servicios de Salud de la Medicina Académica de los establecimientos mencionados. Se tomó la muestra de una población total de 19 médicos (100%)
- Proveedores de Servicios de Salud de la Medicina Tradicional. Se consideró aquellos médicos tradicionales que forman parte del área de influencia de los centros de Salud Charazani, Amarete y Curva debido a las



experiencias concretas de articulación en dichos centros de salud y por existir asentamientos importantes de médicos kallawayas. La muestra se tomó de una población aproximada de 60 kallawayas.

- Usuarios potenciales de la Medicina tradicional y académica de los centros de salud Charazani, Amarete y Curva por razones similares a las mencionadas. Se tomó la muestra de una población aproximada de 70 usuarios.

En el siguiente cuadro se presenta una descripción detallada de los segmentos de población que se incluyó en la muestra.

**Tabla 1. Segmento de población incluida en la muestra**

<b>TIPO DE INFORMANTE / TIPO DE ENTREVISTA</b>	<b>Individual a profundidad</b>	<b>Grupo Focal</b>
Proveedores de salud tradicional	10	-
Proveedores de salud académica	10	<b>12</b>
<b>Usuarios que han utilizado el servicios de salud tradicional y el académico alguna vez</b>	-	<b>10</b>

FUENTE:SNIS-2008

## **2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

Los participantes fueron seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión:

- Proveedores de salud tradicional, dentro del área de influencia de los servicios de salud considerados en el estudio: Charazani, Amarete y Curva. Se incluyeron en el estudio médicos kallawayas que hayan tenido algún grado de participación y conocimiento de los proyectos de articulación.

- Proveedores de salud académica, dentro de los servicios de salud, que hayan trabajado por lo menos un año en esta región. Esta característica garantizó cierto conocimiento del personal acerca de la medicina tradicional y la articulación de esta al sistema médico oficial.
- Usuarios que hayan sido atendidos por personal de salud tradicional y académica al menos una vez en cada sistema de salud. Se consideraron aquellas personas que tuvieron experiencia en ambos sistemas médicos.

No se incluyeron en la muestra:

- Médicos tradicionales “residentes”. Los médicos tradicionales residentes son aquellos que radican en la ciudad de La Paz y comercian productos de medicina natural. Su participación en la comunidad se reduce a la recolección de plantas que sirven de materia prima para la elaboración de sus productos.
- Personal de salud que haya tenido poco contacto con los médicos kallawayas. El personal que no haya trabajado en el área de influencia de Charazani, Curva y Amarete no fueron considerados en el estudio.

## **2.6 TIPO DE VARIABLES Y SU DIFERENCIACIÓN**

En esta investigación se intervendrá con preguntas dirigidos a:

- Prestadores de servicios de salud académica. Sus conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la implementación de la medicina tradicional en los centros de salud.
- Prestadores de servicios de salud Tradicional. Sus conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la implementación de la medicina tradicional en los centros de salud.
- Usuarios de los sistemas de salud tradicional y académica. Sus conocimientos, y percepciones respecto a la medicina tradicional y académica y su articulación.

## 2.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Consistió en llevar una variable de un nivel abstracto a un nivel concreto que permitió calificarla.

### CONOCIMIENTOS PERCEPCIONES ACTITUDES DE LOS MÉDICOS TRADICIONALES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	OPERACIONALIZACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
CONOCIMIENTO	Aquello que se conoce acerca de la medicina tradicional, académica y su articulación	Capacitación sobre el sistema médico científico	Si recibió capacitación o se informó acerca del sistema médico científico	SI NO	Entrevista estructurada Anexo B
		Importancia de conocer la medicina académica	Si consideró importante conocer la medicina académica	Muy importante Importante Poco importante	Entrevista estructurada Anexo B
		Aspecto que desearía conocer sobre la medicina académica	Mención de los aspectos que desearía conocer	Proposiciones	Entrevista estructurada Anexo B
		Información sobre la articulación	Si se informó acerca de la articulación de la MT con la MA	SI NO	Entrevista estructurada Anexo B
		Capacitación sobre la articulación MT y MA	Si actualmente recibe capacitación por el equipo profesional médico	SI NO	Entrevista estructurada Anexo B
		PERCEPCIÓN	Es la sensación interior expresada por los entrevistados que resulta de una impresión hecha con anterioridad	Claridad sobre la articulación	Si refiere tener claridad sobre la articulación MT MA
Resultados obtenidos luego de la implementación de la articulación.	Si obtuvo buenos resultados con la implementación MT MA			SI NO	Entrevista estructurada Anexo B
Dificultades en la articulación.	Referencia sobre las dificultades que percibió en la articulación			Proposiciones	Entrevista estructurada Anexo B
Sugerencias para mejorar la articulación	Enunciación de sugerencias para mejorar la articulación			Proposiciones	Entrevista estructurada Anexo B

**CONOCIMIENTOS PERCEPCIONES ACTITUDES DE LOS MÉDICOS TRADICIONALES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	OPERACIONALIZACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
ACTITUD	Postura expresada de acuerdo al ánimo y la experiencia personal de cada entrevistado	Acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación.	Grado en el que está de acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación	Muy de acuerdo	Entrevista estructurada Anexo B
				De acuerdo	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
				En desacuerdo	
		Acuerdo con un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia	Grado en el que está de acuerdo con un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia entre los dos sistemas.	Muy de acuerdo	Entrevista estructurada Anexo B
				De acuerdo	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
				En desacuerdo	
		Acuerdo con que los médicos tradicionales cuenten con un espacio en la atención de salud	Grado en el que está de acuerdo con que los médicos tradicionales cuenten con un espacio en la atención de salud, con condiciones de infraestructura, socioeconómica y culturalmente adecuadas	Muy de acuerdo	Entrevista estructurada Anexo B
				De acuerdo	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
				En desacuerdo	
		Acuerdo con la asignación de presupuesto para mejorar la estrategia de articulación	Grado en el que está de acuerdo con la asignación de presupuesto para desarrollo, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación	Muy de acuerdo	Entrevista estructurada Anexo B
				De acuerdo	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
				En desacuerdo	
				Muy en desacuerdo	

		Acuerdo con la asignación de presupuesto para mejorar la estrategia de articulación	Grado en el que está de acuerdo con la asignación de presupuesto para desarrollo, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación	Muy de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo	Entrevista estructurada Anexo B
		Acuerdo con que los médicos tradicionales puedan ser incluidos al sistema oficial de salud	Grado en el que está de acuerdo con que los médicos tradicionales puedan ser incluidos al sistema oficial de salud para la atención de salud del primer nivel con salario incluido	Muy de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo	Entrevista estructurada Anexo B
		Acuerdo con que se promueva las prácticas tradicionales y su integración a la medicina académica	Grado en el que está de acuerdo con que se promueva las prácticas tradicionales y su integración a la medicina académica	Muy de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo	Entrevista estructurada Anexo B

**INFORMACIÓN PROCEDENTE DE LOS PRESTADORES DE SALUD ACADÉMICOS**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	OPERACIONALIZACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
CONOCIMIENTO	Aquello que se conoce acerca de la medicina tradicional, académica y su articulación	Capacitación sobre el sistema médico tradicional	Si recibió capacitación acerca de la organización y funcionamiento del sistema médico tradicional.	Nada	Entrevista estructurada Anexo A
				Poco	
				Mucho	
				Ni mucho ni poco	
		Información sobre la medicina tradicional	Si vió o recibió información sobre la medicina tradicional	Si	Entrevista estructurada Anexo A
				No	
		Importancia de conocer la medicina tradicional	Si consideró importante conocer la medicina académica	Si	Entrevista estructurada Anexo A
No					
Aspecto que desearía conocer sobre la medicina tradicional	Mencionó los aspectos que desearía conocer	Proposiciones	Entrevista estructurada Anexo A		
Información sobre la articulación	Si se informó acerca de la articulación de la MT con la MA	SI	Entrevista estructurada Anexo A		
		NO			
PERCEPCIÓN	Es la sensación interior expresada por los entrevistados que resulta de una impresión hecha con anterioridad	Claridad sobre la articulación	Si refiere tener claridad sobre la articulación MT MA	SI	Entrevista estructurada Anexo A
				NO	
		Resultados obtenidos luego de la implementación de la articulación.	Si obtuvo buenos resultados con la implementación de la articulación MT MA	SI	Entrevista estructurada Anexo A
				NO	
Dificultades en la articulación.	Referencia sobre las dificultades que percibió en la articulación	Proposiciones	Entrevista estructurada Anexo A		
Sugerencias para mejorar la articulación	Enunciación de sugerencias para mejorar la articulación	Proposiciones	Entrevista estructurada Anexo A		

**CONOCIMIENTOS PERCEPCIONES ACTITUDES DE LOS MÉDICOS ACADÉMICOS**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	OPERACIONALIZACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
ACTITUD	Postura expresada de acuerdo al ánimo y la experiencia personal de cada entrevistado	Acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación.	Grado en el que está de acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación	Muy de acuerdo	Entrevista estructurada Anexo A
				De acuerdo	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
				En desacuerdo	
				Muy en desacuerdo	
		Acuerdo con un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia	Grado en el que está de acuerdo con un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia entre los dos sistemas.	Muy de acuerdo	Entrevista estructurada Anexo A
				De acuerdo	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
				En desacuerdo	
				Muy en desacuerdo	
		Acuerdo con que los médicos tradicionales cuenten con un espacio en la atención de salud	Grado en el que está de acuerdo con que los médicos tradicionales cuenten con un espacio en la atención de salud, con condiciones de infraestructura, socioeconómica y culturalmente adecuadas	Muy de acuerdo	Entrevista estructurada Anexo A
				De acuerdo	
				Ni de acuerdo ni en desacuerdo	
				En desacuerdo	
				Muy en desacuerdo	

		Acuerdo con la asignación de presupuesto para mejorar la estrategia de articulación	Grado en el que está de acuerdo con la asignación de presupuesto para desarrollo, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación	Muy de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo	Entrevista estructurada Anexo A
		Acuerdo con la asignación de presupuesto para mejorar la estrategia de articulación	Grado en el que está de acuerdo con la asignación de presupuesto para desarrollo, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación	Muy de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo	Entrevista estructurada Anexo A
		Acuerdo con que los médicos tradicionales puedan ser incluidos al sistema oficial de salud	Grado en el que está de acuerdo con que los médicos tradicionales puedan ser incluidos al sistema oficial de salud para la atención de salud del primer nivel con salario incluido	Muy de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo	Entrevista estructurada Anexo A
		Acuerdo con que se promueva las prácticas tradicionales y su integración a la medicina académica	Grado en el que está de acuerdo con que se promueva las prácticas tradicionales y su integración a la medicina académica	Muy de acuerdo De acuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo	Entrevista estructurada Anexo A



**OPINIÓN SOBRE LA INTERRELACIÓN Y TRABAJO COORDINADO DEL PERSONAL DE SALUD ACADÉMICO Y MÉDICOS TRADICIONALES**

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	OPERACIONALIZACIÓN	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
OPINIÓN	Parecer o juicio acerca de la medicina tradicional y medicina académica	Sobre alguna forma de coordinación	Si refiere que existe alguna forma de coordinación con la otra medicina (académica o tradicional)	SI	Entrevista estructurada
				NO	
		Sobre algún modelo de referencia y contrarreferencia	Si refiere que existe algún modelo de referencia y contrarreferencia entre el sistema de salud tradicional y el académico	SI	Entrevista estructurada
				NO	
		Participación conjunta en actividades	Si existe participación de los médicos tradicionales en algún área de atención de salud	SI	Entrevista estructurada
				NO	
		Frecuencia de reuniones conjuntas	Referencia de la frecuencia de participación de los médicos tradicionales con el personal de salud	Nunca	Entrevista estructurada
				A veces	
				Frecuentemente	
		Ambiente de relación entre el personal de salud y los médicos tradicionales	Definición de su opinión del ambiente de relación entre el personal de salud y los médicos tradicionales cómo	Agradable	Entrevista estructurada
				Tenso	
				Conflictivo	

## 2.8 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Debido a que en la metodología cualitativa no hay medidas exactas de confiabilidad y de validez interna, al utilizar tres técnicas de recolección de datos y de fuentes de información ayudó a validar los datos y evitar sesgos. Como ya se adelantó en la Tabla 1, las tres técnicas utilizadas fueron: la entrevista formal, grupos focales y observación.

- Se aplicó guías de entrevistas estructuradas a los proveedores de la medicina tradicional, mediante entrevistas individuales y grupos focales.
- Se aplicó cuestionarios sobre las condiciones de la articulación de la medicina tradicional con la académica al personal de salud, con guías semi-estructuradas flexibles pudiendo realizarse preguntas relevantes según el desarrollo de la entrevista.
- Se empleó la técnica de la observación para describir el funcionamiento de los sistemas médicos, tradicional e institucional.
- Se empleó guías estructuradas a los pobladores mediante grupo focal.

Se utilizó la técnica de entrevista por ser la más indicada para obtener información individualizada con relativa rapidez. La entrevista ayudó a determinar lo que piensan, conocen, creen, perciben y hacen los(as) entrevistados(as) respecto a la articulación de la medicina tradicional en los centros de salud.

La entrevista y grupo focal combinó preguntas acerca de experiencias, opiniones, conocimientos y actitudes. En forma complementaria se realizó una observación a los ambientes del Centro de Salud y las características socio – geográficas de la población.

Por tratarse de un muestreo intencional, la selección de los entrevistados de cada grupo definido anteriormente, se realizó de manera cuidadosa.

- Para cada entrevista se elaboró una guía de preguntas mínimas estudiando previamente la intención de la entrevista y la investigación, solicitando del mismo la máxima franqueza posible.
- Se seleccionó a los potencialmente entrevistados “intencionalmente”, tomando en cuenta su participación y actuación en el problema.
- Se empleó una grabadora para registrar la entrevista, solicitándole el consentimiento al entrevistado o entrevistada e indicándole que la entrevista solo tiene el propósito de facilitar la investigación y que no será utilizada con otros fines. Cuando el entrevistado se negó a que se lo grave se realizó una transcripción lo más detallada posible de la entrevista. Adicionalmente, se solicitó la colaboración de otra persona para tomar apuntes.
- Para la prelación de la entrevista, se consultó bibliografía sobre los detalles de cómo debe ser realizada para garantizar el éxito de la misma.

La técnica de grupo focal se empleó para complementar y confirmar los hallazgos sobre conocimientos, percepciones y actitudes por medio de la entrevista.

La observación estructurada se hizo para complementar la información obtenida sobre los ambientes de los centros de salud.

También se obtuvo información cuantificable para identificar los aspectos inherentes a la articulación de la Medicina Tradicional al Sistema oficial de salud.

## **2.9 ROL DE LA INVESTIGACIÓN**

Se puede puntualizar el rol de la investigación durante el proceso metodológico:

- Análisis de antecedentes.
- Formulación de los objetivos.
- Evaluación de la Situación actual.
- Determinación del método y la técnica de investigación: Muestreo intencional.
- Elaboración de cuestionarios y guías de entrevistas.
- Análisis de resultados.
- Identificación de las causas y problemas.
- Identificación de las estrategias.

## **2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Durante la investigación y sobre todo en la realización de las entrevistas se tuvo el debido cuidado de brindar:

### **2.10.1 CONFIDENCIALIDAD**

Se tomó en cuenta la confidencialidad de los datos y de las opiniones resultantes de la aplicación de la entrevista profunda. Se explicó a los entrevistados que los datos proporcionados por ellos, no serían utilizados para definir su perfil personal o desempeño de funciones y que solo serán orientados a conseguir los objetivos del proyecto. No se publicarían sus nombres en el estudio, ni los apuntes de entrevista. Sin embargo, esta documentación de respaldo, estaría disponible como referencia a los resultados del proyecto.

## **2.10.2 BENEFICIO O NO MALEFICENCIA**

No se esperó que la entrevista profunda cause algún tipo de daño a los entrevistados. En todo caso como se afirmó en el anterior acápite, se mantuvo la confidencialidad de las fuentes.

## **2.10.3 JUSTICIA**

La investigación o el resultado de la misma, debido a la implementación de la medicina tradicional a los servicios de salud como estrategia de atención del primer nivel, no puede dañar de ningún modo a los grupos involucrados. Al contrario, se espera que los resultados sean utilizados para mejorar y fortalecer la articulación de la Medicina Tradicional a los servicios de salud.

## **2.11 PLAN DE ANÁLISIS**

### **2.11.1 ETAPAS DEL PROYECTO**

Se ha considerado y efectuado las siguientes.

- Desarrollo del marco teórico: características de la Medicina Tradicional en la Provincia Bautista Saavedra, aspectos generales de la región en estudio, experiencias, políticas nacionales, recursos y facilidades.
- Estudio de los pormenores de la articulación de la Medicina Tradicional y la Académica en la provincia Bautista Saavedra.
- Realización de guías para las entrevistas a realizarse tanto a los Médicos como a los Kallawayas tradicionales y usuarios.
- Sistematización de la información obtenida.
- Análisis de datos obtenidos.
- Conclusiones y Recomendaciones.

### 2.11.2 ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó el análisis de la investigación cualitativa y cuantitativa tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Los datos se analizaron en base a narraciones y relatos que se espera recibir como respuesta a las preguntas cuyo objetivo es la descripción detallada o sea las interpretaciones de los que toman parte en el problema planteado y esa interpretación sirvió para fijarla en términos susceptibles de consulta integral.
- Se analizaron las respuestas y opiniones en las entrevistas con la intención de descubrir un patrón o común denominador.
- Cuando el patrón no resultó claro en la primera entrevista, se focalizó el problema para conseguir un grado de desagregación mayor de tal modo de interpretar y clasificar correctamente las respuestas y las causas. Este proceso se repitió hasta que no quede lugar a dudas sobre las conclusiones.
- Una vez determinado los patrones, se estableció las conclusiones, hallazgos principales y se formularán las recomendaciones.

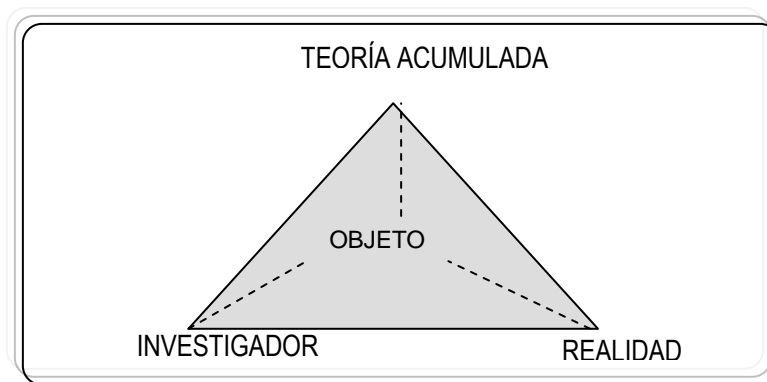
Para el manejo de los datos cualitativos, se llevó a cabo dos fases a saber:

**FASE 1: Categorización inductiva.** Que consiste en la simplificación o selección de información para hacerla más abarcable y manejable. Constituye un procedimiento racional que habitualmente consiste en la categorización y codificación; identificando y diferenciando unidades de significado. La categorización, herramienta más importante del análisis cualitativo, consistió en clasificar conceptualmente las unidades que son cubiertas por un mismo tópico con significado. El establecimiento de categorías resultó un procedimiento inductivo, a medida que se examinaban los datos, y deductivo, habiendo establecido a priori el sistema de categorías sobre el que se va a codificar siguiendo un criterio mixto entre ambos.

En el estudio, con el fin de facilitar el análisis cualitativo al momento de categorizar, codificar y organizar los datos se hizo uso del software MAXQDA2, una herramienta de análisis cualitativo de texto. MAXQDA2 es un programa creado para científicos que en un momento determinado necesitan un sistema eficaz que facilite el análisis de los datos. MAXQDA2 facilitó en el análisis de las transcripciones de entrevistas abiertas en profundidad, observaciones y debates de grupo (Ver ANEXO E).

**FASE 2: Análisis e interpretación de los datos cualitativos.** Luego de realizar el proceso de lectura, codificación y categorización de las respuestas se inició el proceso de análisis de las respuestas de los médicos tradicionales, el personal de salud y los usuarios a las preguntas de la entrevista. Aquí se hizo un examen analítico de la información y se interpretó las respuestas a las preguntas hechas. Se tomó los relatos hechos por los médicos tradicionales y el personal de salud en cada una de las preguntas de la entrevista para extraer textualmente aquellas proposiciones útiles como datos para la investigación. La interpretación se hizo tomando en cuenta la relación del vértice de la realidad (constituida por la descripción) con el vértice teórico y el vértice del observador-investigador. Este procedimiento recibe el nombre de triangulación interpretativa.

**Figura 1. Interpretación de la información**



FUENTE: (TEZANOS, 1998)<sup>6</sup>

<sup>6</sup> TEZANOS, Araceli de, "Una Etnografía de la Etnografía". Colecciones Antohropos, Santa Fe de Bogotá, 1998.

## CAPITULO 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1 SISTEMAS DE SALUD

De acuerdo con Kleinman, en los sistemas de salud, en el ámbito local, es posible diferenciar la existencia de sub-sectores con capacidad de interacción. En conjunto, los sistemas de salud son entendidos como un entramado de ideas y nociones acerca de las causas de las enfermedades y de su tratamiento<sup>7</sup>, así como de los aspectos culturales que subyacen a la respuesta social ante las necesidades de salud<sup>8</sup>, en términos de las relaciones, roles, e instituciones que operan dentro del sistema<sup>9</sup>. Cada uno de los sectores identificados en un sistema puede ser caracterizado de acuerdo con los conceptos y prácticas específicas y con la existencia o no de especialistas que acumulan conocimiento y lo ponen en práctica ante la demanda de atención para la salud.

### 3.2 SALUD

Desde la perspectiva de la medicina occidental, así como su equivalencia en pueblos indígenas., la OMS, define la salud como: “El bienestar biológico, psicológico y social de un individuo. Lo que equivaldría a bienestar, para pueblos indígenas, sería la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho de tener propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a la

---

<sup>7</sup> Press I. Problems in the definition and classification of medical systems. Soc Sci Med 1980;14B(1).

<sup>8</sup> Kleinman A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. Soc Sci Med 1978;12(2B):85 - 95.

<sup>9</sup> Janzen JM. The comparative study of medical systems as changing social systems. Soc Sci Med 1978;12 (2B):121-133.



convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada a bienestar integral, a plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social".<sup>10</sup>

### **3.3 DEFINICIÓN DE MEDICINA TRADICIONAL**

El grupo de expertos, a estos amplios y variados conocimientos los definió medicina tradicional, la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral<sup>11</sup>.

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

Según la OMS<sup>12</sup>, "los términos de medicinas "alternativa", "complementaria" (y a veces también "no convencional" o "paralela") se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente". "Los europeos la definen, como prácticas que no forman parte de sus propias tradiciones

---

<sup>10</sup> Taller de Salud, Guaranda, Bolívar, Ecuador, 1995. En: Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, División de Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS/OMS, Washington, D.C., 1997, P 13.

<sup>11</sup> Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional, Serie de Informes Técnicos, 622, OMS, 1978, p. 7 y 8.

<sup>12</sup> Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Pág. 8.

sanitarias. De esta manera existen prácticas como la homeopatía y los sistemas quiroprácticos que se desarrollaron en Europa en el siglo XVIII, que no están clasificadas como sistemas médicos tradicionales, ni se incorporan en los modos dominantes sanitarios de Europa. En su lugar, se refiere a éstas como una forma de Medicinas Complementarias y Alternativas (MCA)”.

El cuestionamiento al uso de los términos: “alternativo”, “complementario”, “paralelo” y no “convencional” que han realizado terapeutas de estos sistemas, es que están definidos en función del modelo convencional y no a partir de si mismos y de su aporte específico.

### 3.4 TERAPIAS Y TÉCNICAS TERAPÉUTICAS MÁS COMÚNMENTE UTILIZADAS

En la tabla 2 se muestran algunas terapias de MT/MCA comunes, descritas en la serie Revista Médica Británica 1999 sobre MCA. La tabla no es de ninguna forma exhaustiva, y continuamente se están desarrollando nuevas ramificaciones de disciplinas establecidas.

**Tabla 2. Terapias y técnicas terapéuticas más comúnmente utilizadas**

	Medicina china	Ayurveda	Unani	Naturopatía	Osteopatía	Homeopatía	Quiropráctica
Medicinas con hierbas	●	●	●	●	■	●	
Acupuntura/acupresión	●				■		
Terapias manuales	■	●	●	◆	●		●
Terapias espirituales	●	●	●	●			
Ejercicios	■	■		■			
● = Incorporan comúnmente esta terapia/técnica terapéutica ■ = Algunas veces incorpora esta terapia/técnica terapéutica ◆ = Incorpora toques terapéuticos							

FUENTE: World Health Organization <sup>13</sup>

<sup>13</sup> World Health Organization, Policy Perspectives en Medicines. *Medicina Tradicional – Necesidades Crecientes y Potencial. WHO/EDM/2002.4*, No. 2, Geneva, May 2002.

### **3.5 INCORPORACIÓN DE LA MT/MCA A LOS SISTEMAS DE SALUD NACIONALES**

La OMS<sup>14</sup> ha definido tres tipos de sistemas de salud para describir el punto hasta el que la Medicina Tradicional/ Medicina Complementaria y Alternativa (MT/MCA) es un elemento sanitario oficialmente reconocido.

En un sistema integrado, la MT/MCA está oficialmente reconocida e incorporada en todas las áreas de provisión sanitaria. Esto significa que: la MT/MCA está incluida en la política de fármacos nacional relevante del país; los proveedores y los productos están registrados y regulados; las terapias de la MT/MCA están disponibles en hospitales y clínicas (tanto públicos como privados); el tratamiento de MT/MCA se reembolsa bajo el seguro sanitario; se realizan estudios relevantes; y se dispone de educación sobre MT/MCA.

Un sistema inclusivo reconoce la MT/MCA pero todavía no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad, ya sea aporte de cuidados sanitarios, educación y formación o regulación. Es posible que la MT/ MCA no esté disponible a todos los niveles sanitarios, puede ser el seguro sanitario no cubra tratamientos de MT/MCA, puede que la educación oficial de MT/MCA no este disponible en el ámbito universitario, y puede que no exista una regulación de los proveedores y productos de MT/MCA o que en caso de existir solamente sea parcial. Dicho esto, se estará trabajando en la política, normativa, práctica, cobertura sanitaria, la investigación y la educación.

Por último, están los países que operan un sistema completo y que esperan obtener un sistema integrador. En países con un sistema tolerante, el sistema

---

<sup>14</sup> Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Pág. 8.

sanitario nacional está basado enteramente en la medicina alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de MT/MCA.

### **3.6 ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE MEDICINA TRADICIONAL 2002–2005**

Con el fin de reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en poblaciones pobres y marginadas, las direcciones estratégicas de la OMS<sup>15</sup> para 2002–2005 se expresan en los siguientes objetivos específicos que es respaldar a los países:

- Integrando la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, mediante el desarrollo e implantación de políticas y programas nacionales de MT/MCA
- Fomentando la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA ampliando la base de conocimientos sobre MT/MCA y proporcionando asesoría sobre pautas, normativas y controles de calidad
- Aumentando la disponibilidad y asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso a la misma de las poblaciones pobres
- fomentando el uso terapéutico sólido y apropiado de la MT/MCA tanto de proveedores como de consumidores.

A lo largo de los próximos cuatro años, la OMS pondrá en práctica los dos primeros objetivos como prioridad.

---

<sup>15</sup> Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud Ginebra. Pág. 47.

### **3.7 BAUTISTA SAAVEDRA: LA ZONA DE ESTUDIO (MARCO SITUACIONAL)**

La provincia Bautista Saavedra se encuentra en la parte central oeste del departamento de La Paz, limita al norte con la provincia Franz Tamayo, al sur con las provincias Camacho y Muñecas, al este con la provincia Larecaja y al oeste con la república del Perú. Cuenta con 11475 habitantes y fue creada en 17 de noviembre de 1948. La capital de la provincia es la población de Charazani. Cuenta con una extensión territorial de 2.525 Km<sup>2</sup> de territorio kallawayaya.

La provincia Bautista Saavedra se divide en dos secciones municipales, cada uno con su respectivo gobierno municipal. La primera sección municipal (Juan José Pérez o Charazani) está organizada en cuatro cantones: Juan José Pérez o Charazani, Santa Rosa de Kaata, Chari, Gral. Ramón Gonzales (Chajaya), Amarete, San Miguel (Chullina) y Carijana; la segunda sección (municipio de Curva) consta de ocho cantones: Curva, Lagunillas, Camsaya, Kapna, Puli, Kaalaya, Taypi Cañuma y Upinhuaya.

La provincia Bautista Saavedra es una de las zonas más pobres de Bolivia, la segunda república más pobre de las Américas. Los pobladores locales, incluso los mismos kallawayas, ganan un magro sustento cultivando papas, maíz, trigo y oca, y criando ovejas y llamas.

#### **3.7.1 CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS**

Esta región se caracteriza por un relieve montañoso con la presencia de numerosos nevados partes de la cordillera oriental de los Andes al noreste del departamento de La Paz. La Cordillera Oriental atraviesa la provincia y crea una variedad de climas desde planicies frías cerca de las cumbres en el sector de

Ulla Ulla, cabaceras de valle y yungas al noreste de la provincia llegando a Camata.

La región posee tres pisos ecológicos: la puna, los valles y el trópico. Esta variedad de climas hace que se tenga una gran diversidad de especies de plantas que son utilizados para la herbolaria de la medicina Kallawayaya.

Tiene una variedad de paisajes y climas que varía desde las más frías, cerca a la cordillera, hasta las más cálidas de los valles. El clima varía de acuerdo a la altura y la temporada del año. La temperatura oscila entre 0 a 5° C en los meses más fríos hasta 20° C en los meses más cálidos. La precipitación anual promedio es de 559 mm.

La red hidrográfica de la provincia Bautista Saavedra desemboca sus aguas en su mayor parte al río Camata, el que a su vez tributa al río Mapiri y este al río Beni, que por su parte vierte sus aguas al río Madera afluente importante del Amazonas.

### **3.7.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS**

De acuerdo al último Censo de Población y Vivienda (2001), la población de la provincia es de 11475 habitantes, con una densidad de 4,54 habitantes por kilómetro cuadrado y cuya composición aproximada se distribuye de la siguiente manera: un 32% de habitantes de habla quechua, el 15%, de habla aymará y el 53 % de habitantes de habla castellano y lengua propia del lugar.

En cuanto a la cantidad de población, la provincia Bautista Saavedra es la penúltima del departamento de La Paz representando solamente el 0,49% de la población total del departamento.

### **3.7.3 CARACTERÍSTICAS SOCIO CULTURALES**

Los pobladores de esta provincia poseen características culturales muy peculiares. En la región se pueden diferenciar grupos de habla quechua, aymará, castellano – quechua y puquina. Este último idioma propio de los kallawayas. Existen un grupo significativo que hablan las tres lenguas quechua, aymará y castellano.

En esta provincia viven los kallawayas, médicos tradicionales que curan a los enfermos con hierbas y ritos tradicionales que datan de la época preincaica, con sus familias en aldeas como Curva, Chajaya, Chari, Inka, Huata Huata y Pampablanca. Desde esta solitaria región andina del noroeste de Bolivia, los kallawayas han viajado hasta partes de Perú, Argentina, Chile, Ecuador y Panamá. Con su chuspa, una colorida bolsa tejida llena de hierbas, y la bendición de los dioses aymará de la época preincaica para protegerlos en su viaje y proporcionarles un retorno seguro, recorren los antiguos senderos incas atravesando el árido altiplano y descendiendo hacia los llanos tropicales.

### **3.7.4 ACCESO A LA PROVINCIA**

El acceso a la provincia Bautista Saavedra es a través de carreteras troncales que lo vinculan al departamento de La Paz. Son de asfalto aproximadamente 150 Km. y el resto, 130 Km aproximadamente hasta llegar ha Charazani, de tierra en estado regular. La trayectoria es como sigue: La Paz a Achacachi 94Km, Achacachi a Escoma 57 Km, Escoma a Charazani 119 Km. El tiempo aproximado de llegada desde La Paz hasta Charazani es aproximadamente de 8 horas en flota.

La mayoría de las comunidades de la región presentan deficiencias respecto a infraestructura caminera. La atención médica es muy limitada por las dificultades de comunicación y la falta de personal.

### 3.7.5 ACTIVIDAD ECONÓMICA

Con respecto a la actividad económica, las tres sub-regiones del área (punas, valles y tierras bajas) presentan sistemas productivos totalmente distintos.

#### a) Tierras altas (punas)

La economía de las tierras altas se basa casi exclusivamente en la ganadería de camélidos (llamas y alpacas) y ovinos. La ganadería de camélidos ha llegado a ser la única actividad productiva en esta zona, donde los pastizales y bofedales naturales alcanzan una superficie aproximada de 47.000 has. A pesar de este potencial innato para la producción de ganado camélido, la alta densidad de animales (hasta 150 individuos por familia) origina conflictos entre las estancias y se presentan serios problemas de sobrepastoreo y patologías.

Figura 2. Cría de llamas y alpacas



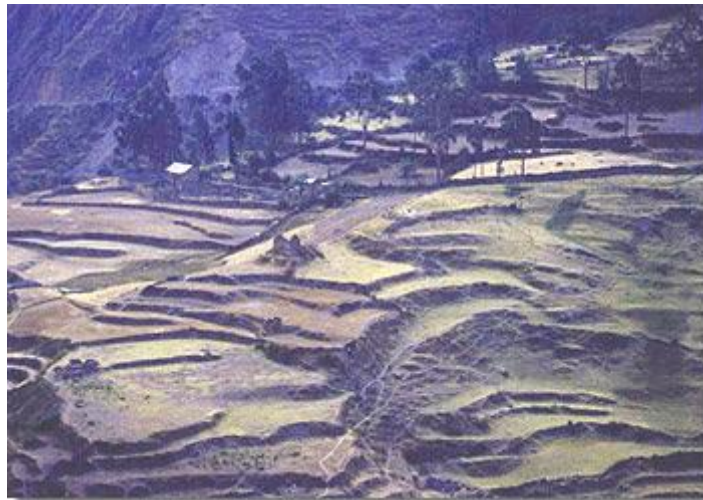
Fuente: ParksWatch.org



## b) Valles

La economía de los valles está basada en una agricultura de autoconsumo en terrazas, con ganadería de vacunos y ovinos en pequeña escala, complementada por la migración temporal de muchos pobladores hacia las ciudades y los centros mineros. En el valle de Charazani la producción agrícola ha alcanzado un alto nivel técnico-organizativo, destacando los cultivos siguientes: i) entre 2.800 y 3.600 msnm: ají, frutales, yuca, maíz, trigo y arvejas; ii) entre 3.600 y 4.000 msnm: tubérculos, cebada y haba<sup>16</sup>.

**Figura 3. Agricultura en Terrazas**



Fuente: ParksWatch.org

## c) Tierras bajas (trópicos)

En las tierras bajas la población colona practica una agricultura basada en cultivos tropicales (plátano, yuca, maíz, arroz, café, cítricos, etc.). La tala y la quema son actividades frecuentes en estas zonas. Al parecer habría culminado la tala de madera para fines comerciales, probablemente como consecuencia del

---

<sup>16</sup> DNCB/CECI. Plan de Manejo - Reserva Nacional de Fauna Ulla Ulla: Diagnóstico de la reserva. Dirección Nacional de Conservación de la Biodiversidad, Centro Canadiense de Estudios y de Cooperación Internacional. 1997, La Paz, Bolivia.

agotamiento de las especies valiosas en las pocas zonas accesibles. Cabe mencionar que el cultivo de coca es una de las principales actividades en estas regiones.

**Figura 4. La agricultura en las tierras bajas**



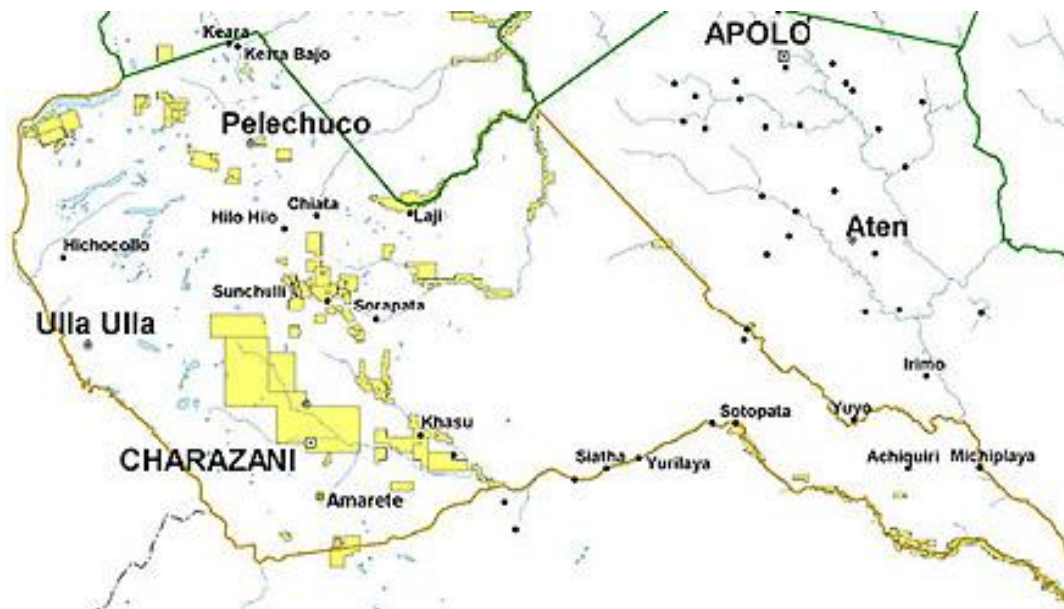
Fuente: ParksWatch.org

Entre las actividades practicadas en las varias subregiones del área, cabe destacar la minería aurífera y la piscicultura.

Si bien los recursos mineros del área son múltiples (oro, arsenopirita, y en menor medida plata, plomo, zinc, estaño y calizas), la actividad minera se centra en la actualidad casi exclusivamente en la explotación aurífera. Actividad de larga data (desde la época precolombina) principalmente ubicada en las cabeceras de valles, la minería de oro adquirió gran importancia con el cierre de las minas estatales en 1985, cuando miles de obreros perdieron su trabajo y se encontraron sin alternativas de reinserción en el mundo laboral. Realizada exclusivamente en pequeña escala y mayormente en minas subterráneas, se practica a nivel de comunidad (lavaderos comunales) o bajo el sistema de cooperativas, con

maquinaria y socios mayormente externos a las comunidades<sup>17</sup>. En el siguiente gráfico se puede observar las concesiones mineras del ANMI (Área Natural de Manejo Integrado).

Figura 5. Mapa de concesiones mineras del ANMI Apolobamba.



Fuente: WCS, 2004

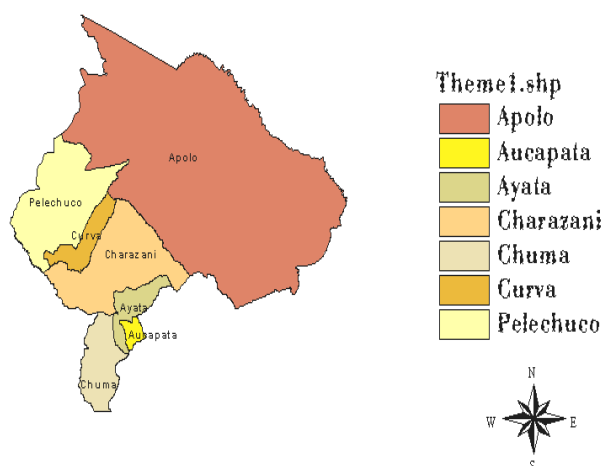
### 3.7.6 CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Los municipios de la provincia Bautista Saavedra, Juan José Pérez y Curva, forma parte de la Red de Servicios de Salud Apolobamba que comprende los siguientes municipios de Apolo, Pelechuco, Charazani, Curva, Chuma, Ayata y Aucapata.

---

<sup>17</sup> Evia, J.L. y R. Molina. 1997. Estudio Medio-Ambiental de la Minería Mediana, Pequeña y Artesanal en Bolivia. Banco Universidad Católica Boliviana. La Paz, Bolivia.

**Figura 6. Municipios de la Red de Servicios Apolobamba N° 2**



Fuente SNIS 2008

La Red consiste de 7 municipios con una población aproximada de 62.361 habitantes, 80% de los cuales hablan el idioma quechua y una densidad poblacional de de 2,4 habitantes por kilómetro cuadrado. La Red abarca una superficie de 45.784 Km<sup>2</sup>. Comprende las provincias Bautista Saavedra, Franz Tamayo y la provincia de Muñecas.

Cada uno de estos municipios comprende cierto número de hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud como se puede observar detallado en la siguiente tabla.

**Tabla 3. La Red de Servicios de Salud No. 2 “Apolobamba”**

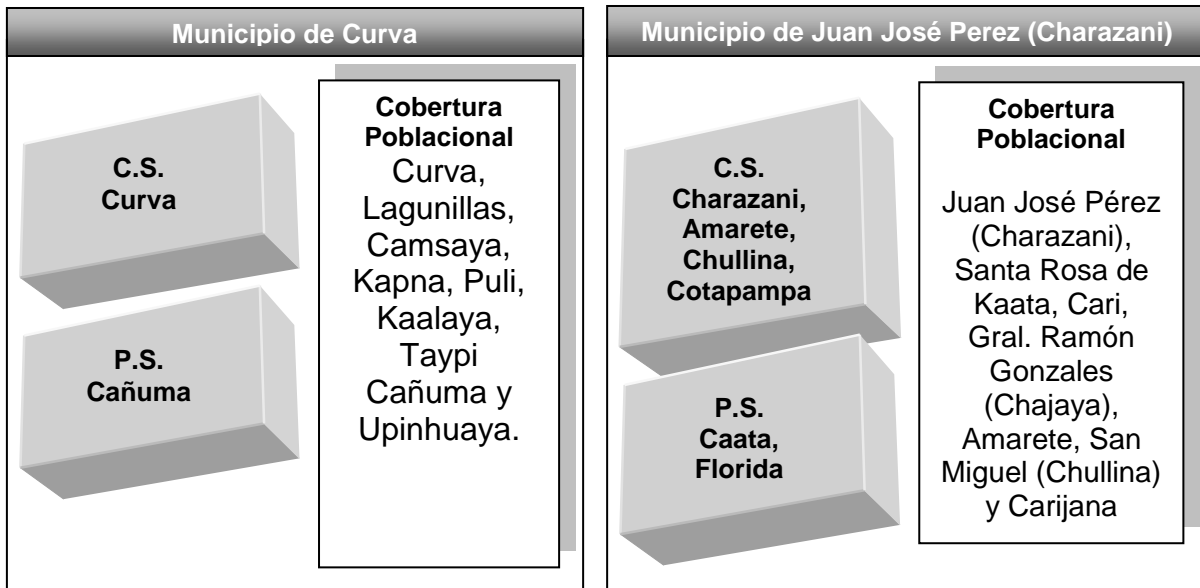
MUNICIPIOS	HOSPITAL	CENTROS DE SALUD	PUESTOS DE SALUD
APOLO	1	1	4
PELECHUCO	0	2	3
CHARAZANI	0	3	3
CURVA	0	1	1
CHUMA	0	3	4
AYATA	0	1	4
AUCAPATA	0	1	5
<b>TOTAL... 38 E.S.</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>24</b>

FUENTE: SNIS -2008

En general, los establecimientos de salud que pertenecen a la Red de Servicios de Salud Apolobamba son: Hospital Boris Banzer Prada de Charazani, C.S. Pelechuco, C.S. Kallawaya Boliviano – Español Curva, C.S. Kllawaya Amarete, C.S. Ulla Ulla, C.S. Chullina, P.S. Caata, P.S. Cotapampa, P.S. Florida, P.S. Cañuhuma, P.S. Antaquilla, P.S. Suchez y P.S. Hilo Hilo.

La provincia Bautista Saavedra comprende las secciones municipales de Curva y Juan José Pérez. En estas dos secciones a nivel primario existen cuatro puestos de salud y cuatro centros de salud los cuales atienden entre 8 a 12 horas diarias. La cobertura alcanzada por los establecimientos de salud se pueden observar en la siguiente figura.

**Figura 7. Cobertura Poblacional (Municipios de Charazani y Curva)**



FUENTE: SNIS -2008

Hay uno a dos profesionales de la salud en cada establecimiento, entre médicos, enfermeras y auxiliares. Estos profesionales viven en habitaciones dispuestos en

los mismos establecimientos durante varias semanas antes de retornar a su residencia habitual.

Este hecho es desventajoso, ya que la ausencia del personal de salud de la comunidad es generalmente larga y muchas veces no existe persona que los pueda reemplazar quedando en este tiempo el establecimiento de salud sin asistencia profesional.

De acuerdo a los requerimientos de la atención los casos complicados se derivan un nivel terciario en la población de Escoma que se encuentra de 4 a 6 horas de viaje, dependiendo de la ubicación de los poblados. La Gerencia de Red cuenta con una ambulancia que permite el traslado de pacientes hasta Escoma. En Escoma se encuentra el "Hospital de Escoma" que cuenta con equipo y personal suficiente para cubrir las necesidades de los pacientes muy graves.

### 3.7.7 RECURSOS HUMANOS

Los centros de atención de salud de la provincia Bautista Saavedra en sus dos secciones municipales cuentan con la siguiente estructura de recursos humanos:

**Tabla 4. Personal de Salud de la Provincia Bautista Saavedra**

CARGO	MUNICIPIO CURVA	MUNICIPIO DE CHARAZANI	TOTAL
MEDICO GENERAL LICENCIADA DE ENFERMERIA	1	4	5
AUXILIAR DE ENFERMERIA	-	2	2
NUTRICIONISTA	4	5	9
ODONTOLOGO	-	1	1
LABORATORIO	-	2	2
MANUAL	-	1	1
ADMINISTRADOR	1 (HAM)	1	2
CHOFER	1 (HAM)	1 (HAM)	2
	1 (HAM)	2 (HAM)	3
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>19</b>	<b>27</b>

FUENTE: SNIS -2008

### **3.7.8 INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO**

En relación a los ambientes los centros de salud cuentan con: salas de recepción o salas de espera, una sala de atención con el equipo medico necesario y con salas de reposo post atención.

Cada uno de los locales del servicio de salud, son adecuados en aspectos como: tamaño, ventilación, iluminación, decoración y limpieza. El personal de salud realiza los mejores esfuerzos para mantener impecable las condiciones higiénicas de los centros.

Por otro lado, se cuenta con servicios básicos como ser: agua, electricidad, teléfono y transporte en poblaciones como Charazani. La red de servicios de salud Apolobamba recientemente hace un año aproximadamente adquirió una ambulancia lo que facilitó en gran manera el traslado del personal de salud y de enfermos a/de sitios alejados.

A excepción de Curva y Amarete los demás centros de salud requieren de la construcción de consultorios kallawaya además de su equipamiento en lo referente a laboratorio, equipamiento herbario y medios logísticos por presentar población dispersa. Pese a las dificultades de accesibilidad a los hogares alejados, principalmente por presentar accidentes geográficos de la región el personal de salud que desempeña funciones en este centro se ve comprometido con sus funciones a la población.

Cada uno de los servicios de salud, articulados con la medicina tradicional, en su mayoría ofrecen los siguientes servicios a sus usuarios, en su mayoría de origen quechua: Medicina Natural (Kallawaya), atención de carta (Kallawaya), atención en pulso, atención en líquidos corporales (orina), baños a vapor y seco

(Hidroterapia, Helioterapia, Geoterapia), cataplasmas para torceduras, venta de plantas medicinales y preparados para toda clase de enfermedades, curaciones y tratamiento de enfermedades en general, Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), Medicina General, Enfermería, Odontología (Dentista) y vacunas gratuitas.

### 3.7.9 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD INSTITUCIONALES

La población potencial que atiende los establecimientos del municipio de Charazani se estima en aproximadamente 9.859 personas y 2666 en el municipio de Curva. Los pobladores deben caminar hasta 8 km. aproximadamente para llegar al establecimiento de salud. Algunas personas se movilizan en carretas, a pie, en bus, bicicletas, o automóviles municipales. A continuación se presenta la población por grupo etáreo de los municipios de Curva y Charazani.

**Tabla 5. Población por Grupo Etáreo de los Municipios de Curva y Charazani**

MUNICIPIO DE CHARAZANI													
Establecimientos	<1ª	1 año	2 a 4 a	5 a 14 a	15 a 59 a	60 a más	Total	Pob. EMB.	Pob. PARTO	15 a 49 (MEF)	< 2 años	< 5 años	N ESP
C.S. Charazani	59	57	163	433	833	190	1735	39	35	330	116	279	37
C.S.Amarete	125	121	346	917	1766	402	3677	83	73	701	246	592	75
C.S.Chullina	34	33	94	248	478	109	996	23	20	190	67	161	22
P.S.Cotapampa	49	48	138	362	700	160	1459	33	29	278	97	235	29
P.S.Caata	42	41	117	310	596	136	1242	28	25	237	83	200	27
P.S. Florida	25	26	70	187	360	82	750	17	15	143	51	121	17
<b>TOTAL CHARAZANI</b>	<b>334</b>	<b>326</b>	<b>928</b>	<b>2457</b>	<b>4733</b>	<b>1079</b>	<b>9859</b>	<b>223</b>	<b>197</b>	<b>1879</b>	<b>660</b>	<b>1588</b>	<b>207</b>
MUNICIPIO DE CURVA 2006													
Establecimientos	<1ª	1 año	2 a 4 a	5 a 14 a	15 a 59 a	60 a más	Total	Pob. EMB.	Pob. PARTO	15 a 49 (MEF)	< 2 años	< 5 años	N.ESP.
C.S. Curva	60	59	167	443	854	195	1778	41	36	350	119	286	38
P.S. Cañuma	30	29	84	221	426	98	888	21	19	174	59	143	19
<b>TOTAL CURVA</b>	<b>90</b>	<b>88</b>	<b>251</b>	<b>664</b>	<b>1280</b>	<b>293</b>	<b>2666</b>	<b>62</b>	<b>55</b>	<b>524</b>	<b>178</b>	<b>429</b>	<b>57</b>

FUENTE: SNIS -2008



Las poblaciones de la Provincia Bautista Saavedra son netamente indígenas. Su acceso a los servicios institucionales de salud se encuentra limitado por varios factores, entre las cuales podemos mencionar:

- Las diferencias culturales que impiden a la población aceptar a un personal médico con creencias y costumbres diferentes. El idioma juega un papel importante en este hecho ya que no existe un solo médico, exceptuando algunos auxiliares, que hable el quechua que es el idioma oficial de la población.
- La marcada pobreza en la cual vive una parte de la población, genera un progresivo deterioro de las condiciones de salud, dificultándose además el acceso a los servicios de salud por la falta de recursos económicos.
- Las características geográficas hacen que las comunidades se encuentren aisladas en zonas a donde es difícil llegar, dificultando por ende el acceso de sus pobladores a los servicios.

La distancia que existe entre la población y su sistema de salud y las acciones del personal de salud es una clara muestra de la ausencia de puentes de comunicación entre dos sistemas de salud que pudiesen ser complementarios no solo para el bienestar de los comunarios de la región, sino para todo el país.

### **3.7.10 ALGUNOS INDICADORES DE SALUD**

De acuerdo a los indicadores de salud de la provincia Bautista Saavedra, las coberturas de vacunación no llegan al 100% de la población. Los casos de diarrea alcanzaron a 393 por mil (en menores de 5 años) en el año 2005. La cobertura alcanzada en atención de parto institucional es muy deficiente y apenas alcanzó el 48,5 en el municipio de Charazani y 63,6 en el municipio de Curva de acuerdo a la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE).

La casi ausencia de condiciones de comunicación entre el personal de salud y los habitantes, dificulta el acceso a información relativa a casos de enfermedades comunes o inclusive decesos de recién nacidos. De ese modo, el sub-registro que adolece los centros de salud imposibilita dimensionar adecuadamente la situación de salud en general.

### **3.7.11 EL HOSPITAL KALLAWAYA DE AMARETE**

Amarete se encuentra a 230 kilómetros de la sede de gobierno y como cantón es parte del municipio Juan José Pérez, provincia Bautista Saavedra, departamento de La Paz, limita al sur y al este con otras comunidades de origen quechua y aymara, al oeste limita con la provincia Muñecas, al noroeste limita con la república del Perú. El Cantón Amarete fue creado el 20 de noviembre de 1839, desde entonces ha sufrido varias modificaciones, es así que parte de su territorio subtropical y de puna, pasaran a formar parte de otros cantones y municipios.

Las comunidades de Amarete forman parte del espacio cultural y geográfico de la cultura Kallawaya, y aporta con sus conocimientos a muchas regiones del país. Amarete cuenta con mas de seis mil habitantes y una tasa negativa del 0.08% de crecimiento. Está conformado por dieciocho ayllus, la mayoría de ellas están ubicadas en las cabeceras de valle; los ayllus son: Moyapampa, Jotahoco, Sorapata, Sayhuani, Tacachillani, Viscachani, San Iqui, Villarroel, San Felipe, Chacahuaya, Atique, Carpa, Saphichuru, Huato, Llachuani, Chullumpini, Wancarani, Altarani.

Al igual que en otras comunidades de la región los responsables de velar por la salud de la población son los kallawayas. Como complemento a las prácticas de medicina tradicional de los kallawayas, se encuentra el accionar del centro de salud que depende de la Red de salud Apolobamba. Entre las tareas más destacables del centro asistencial están las campañas de vacunación.

La infraestructura con que cuenta el centro de salud es significativa, aunque no se utiliza el total de su capacidad. Los espacios y equipamiento con que cuenta el Centro de Salud son como la de una unidad hospitalaria, pero los servicios que presta son de un Centro de Salud.

El Centro cuenta con los siguientes ambientes: sala de espera, tres consultorios médicos, sala de enfermería, oficina de administración, quirófano, sala de partos, cuatro salas de internación, dormitorio del personal médico, cocina.

El personal con que cuenta el centro es el siguiente: dos médicos, una dentista que llega dos semanas al mes, como parte del Programa EXTENSA, una enfermera, un administrador y un portero. Así mismo un Kallawayá tiene un consultorio en dicho centro. Aunque no está remunerado con presupuesto del ministerio de salud, sostiene sus labores realizando un cobro de Bs. 3 por consulta. Parte de las funciones de los operadores de salud es la de realizar visitas a las trece comunidades que se encuentran en la jurisdicción del Centro.

Amarete es uno de los cantones del municipio de Charazani donde se experimentó con un hospital kallawayá integrado al sistema oficial de salud. Este hospital fue construido por los comunarios de Amarete, con la financiación y cooperación de una ONG francesa, Los Amigos de Francia en Amarete, allá por los años ochenta, iniciándose la obra en 1983, al colocar la primera piedra el entonces ministro de Salud Pública, Dr. Javier Torres Goitia (Zalles Asin, 2002). Durante los años en que funcionó, y antes de que este proyecto fracasase, fue conocido en la zona como “el hospital kallawayá”.

### **3.7.12 EL HOSPITAL KALLAWAYA DE CURVA**

San Pedro de Curva se encuentra en la zona quechua de Charazani, a unas 6 o 7 horas en todo terreno por carretera desde La Paz, en plena área kallawayaya. Dicho municipio es considerado como la capital, el “corazón”, la “cuna” de la auténtica medicina kallawayaya.

Curva tiene una población de 2.213 habitantes de acuerdo al último censo de población (2001). La temperatura oscila entre 10 y 20 grados, pero puede bajar súbitamente a 0 a 5 grados centígrados. Por lo general el ambiente es húmedo con abundante neblina en época de lluvias.

El Programa de Salud de la Cooperación Española en Bolivia ha desarrollado en la localidad de Curva una experiencia en la que se hermana la medicina convencional o moderna con la tradicional, también llamada kallawayaya, propia de la cultura quechua de la zona. Se trata de un centro de salud en el que conviven las dos medicinas donde se ofrece un servicio integrado: en las mismas instalaciones se hallan médicos convencionales, y médicos nativos quechuas kallawayas, respetando su estructura organizativa de jerarquía/recepción/atención al paciente que allí acuda.

Se trata de una experiencia pionera en la que se conjugan los conocimientos propios de las dos medicinas y se le ofrece al paciente la posibilidad de elegir. En Curva existe una asociación de médicos kallawayas consolidada, la cual se encarga de distribuir las atribuciones y turnos que cada médico debe efectuar en el centro.

Esta iniciativa surgió de la demanda que presentan las propias comunidades. Se dotó a la localidad de una red de alcantarillado y recogida de aguas residuales,

empleando los sistemas más actualizados y respetuosos con el medioambiente, mejorando de esta forma las condiciones de salubridad de los habitantes.

El Centro de Salud Hospital Kallawayá Boliviano-Español de Curva, Acabadas las obras y adquirido el equipamiento, funciona desde Julio del año 2003. La entrega oficial se ha realizado en febrero de 2004. Después de que la cooperación Española entregase las obras a la comunidad de Curva, y tras su puesta en marcha, ofrece las siguientes atenciones<sup>18</sup> o servicios a sus usuarios quechuas:

- Medicina Natural Kallawayá.
- Atención de carta (Kallawayá).
- Atención en pulso.
- Atención en líquidos corporales (orina).
- Baños a vapor y seco (Hidroterapia, Helioterapia, Geoterapia).
- Cataplasmas para torceduras.
- Venta de plantas medicinales y preparados para toda clase de enfermedades.
- Milluchadas de bienes y negocios.
- Curaciones y tratamiento de enfermedades en general.
- Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).
- Medicina General.
- Enfermería.
- Odontología (Dentista).
- Vacunas gratuitas.

---

<sup>18</sup> Según el Folleto de la AECI/Embajada de España en Bolivia, editado en 2003, Centro de Salud Hospital Kallawayá Boliviano-Español Curva Shoquena Husi. Un enfoque integral de desarrollo. La Paz-Bolivia

También se diseñó un jardín botánico que provee de especies propias para su empleo en esta medicina natural, facilitando así la obtención de la materia prima.

Los Kallawayas organizados cumplen turnos en el consultorio y reciben el pago de las consultas y de los medicamentos que suministran, igual que los otros servicios del centro de salud. Por la consulta cobran lo mismo que los médicos y un porcentaje va destinado para el funcionamiento del centro, pero hay una diferencia, no reciben el pago de un salario como el personal de salud dependiente del Sistema de Salud.

Actualmente solo un médico kallawayá atiende el consultorio kallawayá. Al parecer por diversas razones, principalmente por la mínima afluencia de pacientes, los médicos kallawayas cesaron en cumplir los turnos que al principio habían establecido.

### **3.7.13 EL CONSULTORIO KALLAWAYA EN CHARAZANI**

Charazani, también conocida como “Villa Juan J. Perez”, está ubicada al noroeste de la ciudad de La Paz. Se encuentra a 3200 msnm.

De acuerdo al censo de Población y Vivienda de 1992 hecha por el INE, Charazani tenía una población de 1657 habitantes, sin embargo, datos actuales (2003) provistas por el INE reportan una población total en el municipio de 9262 habitantes.

La región de Charazani se caracteriza por su relieve montañoso. Charazani es la capital de la provincia Bautista Saavedra y como centro económico de esta, posee la mayor cobertura de servicios. Cuenta con los servicios de energía eléctrica,

generado por "Pelton" red de agua por cañería no potabilizada, centro de salud, alojamientos y colegio secundario.

Respecto a los medios de comunicación, se escuchan emisoras de radio como: Radio Fides, San Gabriel y Panamericana; también se recibe señal televisiva del canal 2 (Unitel) mediante una repetidora. Se cuenta con una línea ENTEL que es usada por la población para la comunicación, este servicio beneficia a un 40 % de los pobladores de las dos provincias del Norte Paceño, Bautista Saavedra y Provincia Franz Tamayo.

En Charazani también se ha propuesto que se instale y ponga en funcionamiento un consultorio de medicina tradicional. Se realizó el mismo tipo de intervención que en Curva y Amarete, es decir, equipándolo y poniéndolo en funcionamiento.

El hospital Charazani es uno de los centros donde se experimenta con la articulación de la medicina tradicional. Por iniciativa de los líderes kallawayas y el alcalde del municipio se posibilitó la construcción de un consultorio kallawayaya que viene ofreciendo un servicio complementario al sistema de salud académico. A la fecha solamente un médico kallawayaya es quien atiende en el consultorio y lo hace solamente los días domingos.

En un principio los integrantes de la asociación de médicos kallawayas de Charazai se distribuyeron los turnos que debían cumplir en el centro. Sin embargo, la poquísima afluencia de pacientes causó la deserción de muchos de ellos quedando uno solo.

Cabe destacar que las tres experiencias de articulación fueron posibles gracias a la iniciativa de los médicos kallawayas, personal de salud, pobladores y autoridades municipales con financiamiento de organismos de cooperación

internacional. Debido a que estos proyectos fueron responsabilidad de los municipios y no propiamente del sistema de salud, los objetivos fueron determinados a ese nivel. Sin embargo, lo que se quería era bien claro, tener la participación kallawayaya en la atención de salud complementariamente al servicio de salud oficial en una población mayoritariamente usuaria de la medicina tradicional kallawayaya. Además se asume rescatar las prácticas médicas tradicionales que sean favorables para mejorar la salud de las personas y promover más generalmente un proceso de valorización de la medicina nativa.

### **3.8 LA CULTURA KALLAWAYA**

De acuerdo a la obra del historiador L. Millones<sup>19</sup> los kallawayas "... se trata de un grupo étnico que hoy habita los pueblos de Charazani y Curva, en la provincia boliviana de Bautista Saavedra. El territorio que hoy ocupan es ahora una pálida muestra de la importancia que tuviera en épocas anteriores al contacto. En el siglo XVI, los Kallawayaya formaban probablemente un curacazgo, asentado al Norte del lago Titicaca, sobre los flancos de las cordilleras de Carabaya y Apolobamba, cortado por los afluentes superiores de los ríos amazónicos. Este territorio se halla dividido entre Perú y Bolivia. Conocidos en la documentación colonial como cargadores de las andas del Inca, su fama de curanderos y comerciantes de hierbas medicinales se mantiene hasta el presente. Si su movilidad es tan antigua como lo sugiere el entierro de uno de sus antepasados (en la colina de Niño Corin, que sigue siendo venerada) ellos pudieron ser los portadores de las imágenes del Altiplano (Nota del redactor: ¿el dios de los bastones de la famosa puerta del Sol?). Uno de sus varios amuletos es el Ekeco, un enano jorobado esculpido a veces en piedra y otras en yeso, que se presume portador de riqueza para quien lo posea. La figura ha sido asociada con Tunupa, el dios andrajoso e itinerante que los cronistas describen probando la caridad y buena fe de los pueblos que visitaba.

---

<sup>19</sup> Millones, L. Historia y poder en los Andes Centrales. Madrid, Alianza, 1987, Pág. 64.



Quienes le prestaban albergue y alimentos, recibían sus favores, los demás se arriesgaban a ser aniquilados por cataclismos naturales..."

### **3.8.1 LA COSMOVISIÓN ANDINA DE LA CULTURA KALLAWAYA OBRA MAESTRA DEL PATRIMONIO ORAL E INTANGIBLE DE LA HUMANIDAD (2003)**

La Cultura Kallawayaya fue postulada en septiembre de 2002 luego de un trabajo documental recopilado y elaborado por los investigadores Jorge Velarde, Carmen Llosa y Silvia de Arce, junto con los Médicos Tradicionales Walter Alvarez, Juan Vila y Toribio Tapia, entre otros que contribuyen de manera directa o indirecta. Después de las jornadas de trabajo en París del 2-6 de noviembre de 2003, en la Sede de la UNESCO, Bolivia obtuvo la proclamación de la Cosmovisión Andina de la Cultura Kallawayaya, que incluye a la "Medicina Tradicional Kallawayaya", como obra Maestra del Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad.

### **3.8.2 COSMOVISIÓN KALLAWAYA<sup>20</sup>**

Para los kallawayas, comunidad indígena conocida por sus curanderos que habitan las montañas andinas de Bolivia y Perú, la salud (buena o mala) es un estado global que comprende el físico y la psicología del individuo y su relación con el entorno social y natural.

En su cosmovisión, la definición de salud proviene de una analogía entre el cuerpo humano y la tierra, los animales, las comunidades, la realización personal y el respeto de las costumbres. Una visión que toma auge en el mundo occidental. Para los kallawayas, las montañas, los lagos, la lluvia, el sol, las plantas y los

---

<sup>20</sup> Latil Eric / ECLat Echanges Cultures Latinoamericains. MEDICINA KALLAWAYA. C/O Centre Social Baussenque 34, rue Baussenque, 130002 Marseille.

animales son seres vivos, con familia, con casa, con nombres. "Para tener buena salud hay que darle de comer a la montaña", dice Hilarión, curandero kallawayaya.

Los rituales son de gran importancia para las curaciones. Las ofrendas a Pachamama buscan restablecer el equilibrio vital del cual todos dependemos. En los rituales kallawayas están representados tres niveles ecológicos: fetos y grasa de llama para el altiplano, claveles para los valles altos, algodón y flores de coca para la región subtropical.

Cada nivel ecológico debe estar representado por un grupo de alimentos para que la montaña sea satisfecha y proporcione salud al hombre. Esta relación simbólica entre los hombres y los niveles ecológicos ofrece una alimentación relativamente completa y variada, factor universalmente reconocido para prevenir enfermedades.

Es en la prevención donde se sitúa toda la fuerza de la medicina kallawayaya. El origen de la enfermedad no se busca únicamente en el organismo del paciente, sino también en el conjunto de sus relaciones con el trabajo, la familia y las actividades cotidianas.

Los kallawayas nos enseñan que la salud reside en el equilibrio entre el hombre y su entorno. Para los occidentales, este tema espinoso transgrede la lógica cultural, científica, política y económica. Sin embargo, cada día podemos constatar, con solo mirar a nuestro alrededor, que la promoción de productos biológicos, de medicinas suaves y de regímenes alimenticios sanos incentiva la apertura hacia la naturaleza en la vida diaria de los hombres del tercer milenio.

### **3.8.3 ALGUNOS USOS DE PLANTAS MEDICINALES**

La Coca (*erythroxylon coca*): La coca crece principalmente en Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia. En la cordillera de Los Andes es una planta sagrada desde

tiempos remotos. Representa el primer nivel ecológico, el más bajo. La coca no es sinónimo de vicio para los aborígenes; al contrario, esta planta forma parte de su alimentación, de su medicina y de su religión, ocupando un lugar importante en los rituales.

Sus propiedades son múltiples: masticar hojas de coca calma el dolor de estómago, ayuda a resistir el hambre, la sed y la somnolencia. Una infusión de cinco hojas de coca elimina el "soroche" -o mal de altitud- y el dolor de cabeza. En compresas, alivia el dolor de muelas. Desde siempre la coca es la compañera de campesinos y mineros en sus trabajos difíciles, los cuales realizan la mayoría de las veces sin agua, sin comida y a elevadas alturas.

El clavel (*Dianthus caryophyllus*): Planta muy apreciada en los andes. Flor sagrada, es utilizada muchas veces por los kallawayas en rituales y ceremonias religiosas. En infusión fría tonifica el sistema nervioso y sirve para lavar ojos irritados. Las hojas hervidas calman la tos, el enfriamiento y los cólicos.

Algodón salvaje (*Gossypium raimondi* Ulr.sp), Qhiya (en aymará): La "lana" del algodón se utiliza en rituales y representa el primer nivel ecológico. Las semillas asadas y reducidas a polvo sirven para preparar una pomada contra los golpes y los moretones.

Sus fibras secas, cicatrizan las heridas. Las hojas de la planta, asadas durante largo tiempo y luego preparadas en infusión, se aplican como cataplasmas para los dolores musculares. El humo de la planta quemada debe ser respirado por los enfermos a causa de la altura.

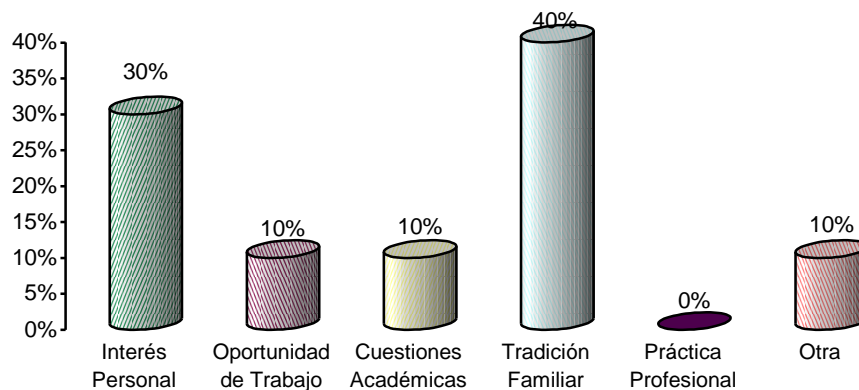
## CAPITULO 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 4.1 INFORMACIÓN PROCEDENTE DE LOS MÉDICOS TRADICIONALES

Se entrevistaron 10 médicos tradicionales, hombres entre los 20 y 65 años de edad. La edad media fue de 49 años. Con respecto a la escolaridad el 40 % de los entrevistados tienen entre 1 y 6 años de estudio y el resto, 60 % de los entrevistados, no tienen estudio escolar. En promedio los años de ejercicio en su ocupación como médico kallawayá fue de 40.

Las principales razones para iniciarse en el estudio e investigación de la medicina kallawayá fue por tradición familiar e interés personal, como se puede observar en el siguiente gráfico.

Figura 8. Cómo se acercó al estudio e investigación de la medicina kallawayá



FUENTE: Propia 2008

Casi todos los curanderos aprendieron el oficio de médicos kallawayas de sus Padres y de sus Abuelos y muchos de estos por interés personal. Sin embargo, el

tiempo que tardaron en aprender el oficio de médico kallawayá es más de 15 años, lo cual es casi el triple de lo que los médicos académicos tardaron.

### PROPOSICIONES

*“ .. mi papá es el que me ha enseñado, yo le seguía cuando tenía que curar algún enfermo. Yo miraba cómo preparaba sus medicinas y cómo curaba.” (Médico Kallawayá de Amarete)*

*“Le ayudaba a mi abuelo, él era también kallawayá, él me ha enseñado. Yo era joven nomás cuando he aprendido...” (Médico Kallawayá de Charazani)*

*“Nuestros abuelos siempre sabían, ellos trataban con hierbas medicinales ... por eso ahora ese mismo camino estamos yendo ...” (Médico Kallawayá de Charazani)*

*“Mi padre viajaba a los yungas y al lado del norte, allí había enfermos. Yo se acompañar a mi papá y así le ayudaba y él también me enseñaba... Desde diez años mas o menos yo he empezado a practicar la medicina kallawayá” (Médico Kallawayá de Curva)*

Los kallawayas comenzaron el aprendizaje de las plantas medicinales desde muy temprana edad, a sus 15 años aproximadamente, con su padre, abuelo o algún “kallawayá conocido”. La transmisión de los conocimientos empíricos de los kallawayas hacia los aprendices se hizo durante las tradicionales visitas a pacientes y viajes que estos emprenden. El aprendiz sigue al maestro en sus experiencias cumpliendo la función de ayudante y recibiendo a cambio alguna pequeña retribución. El aprendiz mediante un proceso de observación aprende a

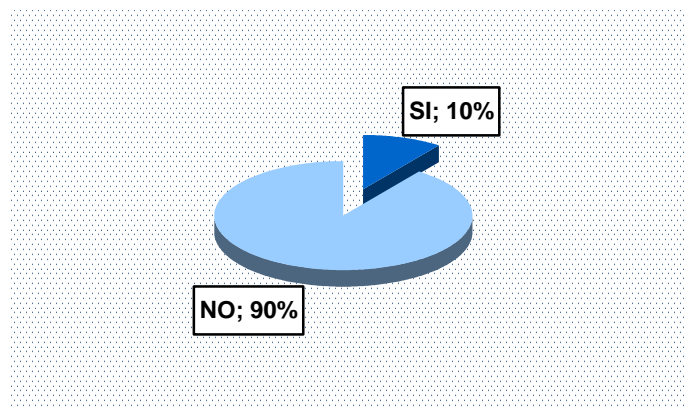
reconocer las plantas y a utilizarlas y, sobre todo, a relacionarse con los pacientes según la experiencia de los maestros kallawayas.

De los entrevistados, la mayoría se dedican a la agricultura, otros son comerciantes, hablan quechua y castellano con normalidad y tienen moderados ingresos económicos.

#### 4.1.1 CONOCIMIENTOS

En esta sección se analizan las valoraciones que los médicos tradicionales hacen acerca del conocimiento médico occidental, además, el conocimiento acerca de la articulación de la medicina tradicional al sistema médico oficial.

**Figura 9. Recibió capacitación o se informó acerca del sistema medico científico**



FUENTE: Propia 2008

Por los datos registrados, los médicos tradicionales en su mayoría, 90%, afirman que no se capacitaron o informaron sobre el sistema médico occidental. Sólo el 10% indica que si tuvo algún tipo de capacitación.

**PROPOSICIONES**

*“Yo estaba trabajando antes como RPS (Responsable Popular de Salud) ... Después yo estaba estudiando en Cochabamba para enfermero auxiliar ...” (Médico Tradicional de Charazani).*

*“Si, antes, cuando estaba funcionando el Hospital Kallawaya, de SOBOMETRA han venido para capacitarnos, después ha fracasado y hasta ahora no tenemos capacitación”. (Medico Tradicional de Amarete).*

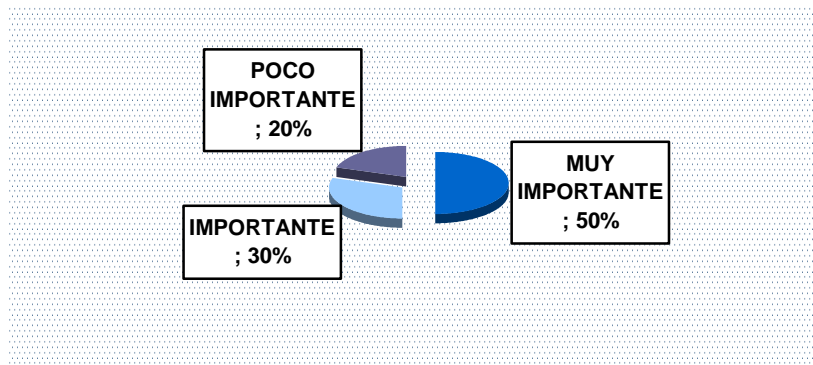
*“... podemos tener capacitación pero ellos (los médicos académicos) no sacan tiempo, por eso no ...” (Medico Tradicional de Charazani).*

*“Nosotros nos queremos superar pero falta ayuda, entre nosotros también no hay unión, ya tienen otro trabajo aparte y a otros no les importa nada”. (Médico Tradicional de Curva).*

Se pudo observar que muchos médicos tradicionales no se capacitaron en tema alguno referente a la medicina académica y tampoco incorporan a sus experiencias otros conocimientos que no sean las suyas. Alguno se inició como Responsable Popular de Salud y realizó cursos para enfermero auxiliar de manera independiente, el resto, no se involucró de manera alguna con el conocimiento de la medicina académica. A lo sumo la capacitación que recibieron fue respecto a la Medicina Tradicional a través de cursos de capacitación y profundización en medicina tradicional kallawaya, impartidos o coordinados por Walter Álvarez, el que fuera presidente de SOBOMETRA (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional).

El hecho de no tener médicos kallawayas con algún conocimiento de la medicina occidental es el resultado del aparente divorcio entre ambos grupos médicos a pesar de estar instalados en el mismo Centro de Salud. Por lo tanto, para profundizar la relación entre los médicos kallawayas y el personal de salud es necesario introducir al médico kallawayas en temas elementales de medicina occidental.

**Figura 10. Importancia de conocer la medicina occidental**



FUENTE: Propia 2008

Por los datos registrados, los médicos tradicionales, en su mayoría afirman que el conocimiento sobre aspectos de la medicina occidental es importante, 50%. Sólo el 20% indica que es poco importante.

### PROPOSICIONES

*“Si es importante para que nosotros podamos saber más y curar a los pacientes ... ”. (Médico Tradicional de Curva).*

*“Ellos también quieren saber de la medicina natural y nosotros también queremos saber. Para nosotros también es necesario saber, porque como no sabemos nos discriminan entonces eso nosotros no queremos” (Médico Tradicional de Charazani).*

*“No, nosotros curamos con plantas y preparados, y curamos muchas enfermedades mejor que los doctores, y nosotros no podemos mezclar nuestra cultura con otras cosas.” (Médico Tradicional de Amarete).*



Las razones que fundamentan esta importancia son las siguientes:

- Es importante el conocimiento de la medicina occidental porque permitiría ampliar sus recursos para el tratamiento médico.
- Para otros, es importante porque posibilitaría elevar sus conocimientos y que ésta sea un medio para lograr equidad, igualdad y valoración.

Por otro lado, también existen opiniones acerca de la suficiente capacidad resolutive de los médicos tradicionales y de lo innecesario que resulta el conocimiento ajeno a su cultura.

**Tabla 6. Aspectos que desearía conocer sobre la medicina occidental**

<b>PROPOSICIONES</b>
<i>“Estaría bien saber curar algunas enfermedades que no podemos nosotros curar” (Médico Tradicional de Charazani).</i>
<i>“Me gustaría conocer sobre tratamiento” (Médico Tradicional de Amarete).</i>
<i>“Cómo atender a los enfermos ... también las partes de nuestro cuerpo y su funcionamiento” (Médico Tradicional de Curva).</i>
<i>“Igual de la medicina occidental nosotros queremos saber también, conocer algún inyectable es necesario, hay veces se ausenta la doctora entonces no hay de donde pedir auxilio, queda cerrado, ahora también un auxiliar nomás esta deben estar de vacación.” (Médico Tradicional de Curva).</i>
<i>“Yo creo que nada...” (Médico Tradicional de Amarete).</i>

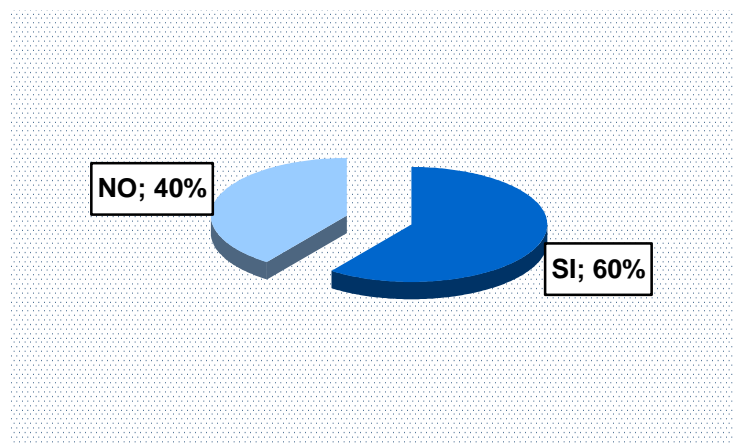
Los médicos tradicionales plantean diversas propuestas como aspectos de la medicina académica que sería necesario conocer:

- Procedimientos de aplicación de los inyectables,

- Métodos de curación o tratamiento de enfermedades las cuales no pueden curar.
- Anatomía y fisiología del cuerpo humano,
- Formas de atención a pacientes y prescripción de medicamentos.

A pesar de haber una gran predisposición al aprendizaje de nuevos conocimientos, varios entrevistados no supieron definir un tema específico.

**Figura 11. Alguna vez fue informado sobre la articulación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud**



FUENTE: Propia 2008

Como se aprecia en el gráfico anterior, el 60% de los médicos tradicionales entrevistados respondió que si recibieron alguna información respecto a la articulación de la medicina tradicional al sistema de salud oficial en los inicios del proyecto. Un 40% de los entrevistados no recibieron información o capacitación alguna.

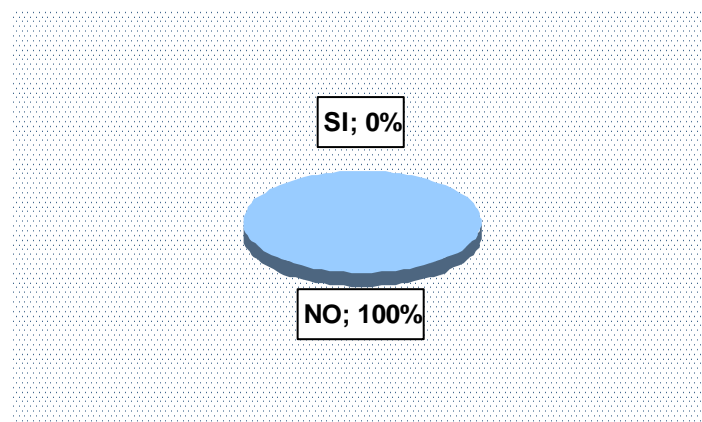
#### PROPOSICIONES

*“Al comienzo nos han explicado como iba a ser el proyecto después nada más.” ( Medico Tradicional de Curva).*

*“Cuando todo esto ha empezado, en reuniones y todo eso ya sabíamos... Después nosotros nos hemos organizado para atender en turnos...” (Médico Tradicional de Curva)*

Cabe destacar que muchos de los que fueron informados sobre la articulación fue al inicio del proyecto acerca del modo de funcionamiento de la articulación y el rol que deberían jugar en la articulación, fuera de ello no recibieron ningún tipo de capacitación. Existen médicos kallawayas de regiones como Charazani donde no conocen de la articulación, y en regiones como Curva donde casi la totalidad de los kallawayas están enterados del proyecto. En todo caso, los que conocen del proyecto no participaron en ningún programa específico de capacitación, simplemente fueron informados en reuniones comunales o sindicales.

**Figura 12. Actualmente son capacitados por el equipo profesional médico**



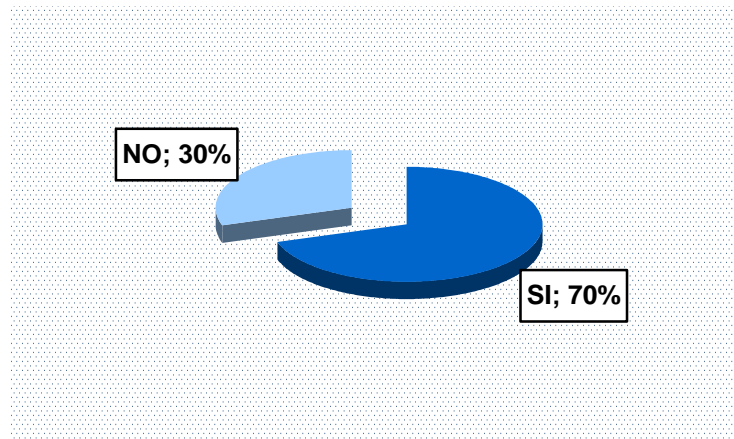
FUENTE: Propia 2008

Todos los entrevistados aseguran no recibir capacitación del equipo profesional médico en relación al ejercicio de la medicina tradicional y la implementación de la articulación.

#### **4.1.2 PERCEPCIÓN EN TORNO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN**

En esta sección se considera la percepción de los médicos tradicionales en relación a la articulación.

**Figura 13. Existencia de claridad en la articulación de la medicina tradicional**



FUENTE: Propia 2008

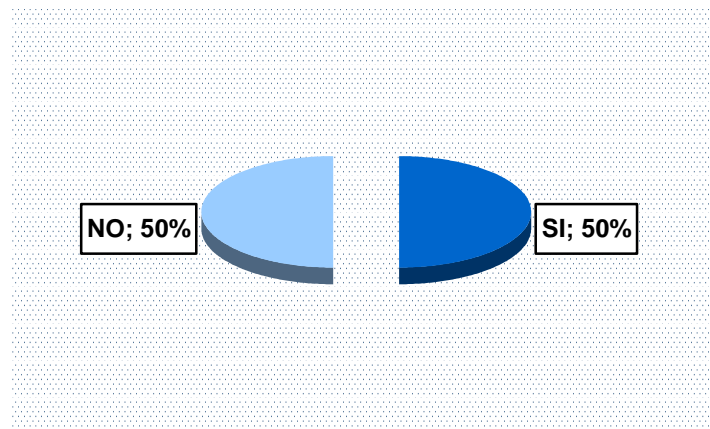
Existe un elevado porcentaje de entrevistados los cuales encuentran claridad la estrategia de articulación, 70%. Para el otro porcentaje, 30%, no es lo suficientemente claro.

#### PROPOSICION

*“Yo siempre he participado del proyecto del consultorio kallawaya, yo también tengo turnos. Está bien que tengamos un consultorio, pero yo no se por qué han hecho en el hospital... los pacientes vienen a las casas, no van al hospital por miedo será o que será...” (Médico Tradicional de Curva)*

Es importante señalar que los médicos tradicionales que no encuentran claro el proyecto no están seguros de los objetivos del proyecto. Para ellos la construcción de un consultorio kallawaya en el centro de salud no parece lo más indicado.

**Figura 14. Obtención de buenos resultados luego de la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional**



FUENTE: Propia 2008

Se observa que el 50% de los entrevistados creen que no se lograron buenos resultados. Manifiestan que no mejoró la demanda del servicio. El otro 50% se encuentra satisfecho con el ambiente y la situación.

#### PROPOSICIONES

*“Si, bien nomás... (Médico Tradicional de Charazani)”*

*“No sé, medio estancados nos encontramos, no hay apoyo también de las autoridades.” (Médico Tradicional de Curva)*

*“Últimamente cerrado nomás ya esta, entonces parece en vano hubiera sido”. (Médico Tradicional de Curva)*

*“Así nomás estamos, hay veces vamos al consultorio, otras veces cerrado se queda, como no hay pacientes a perder tiempo nomás se va”. (Médico Tradicional de Amarete)*

La experiencia no parece brindar resultados. La poca afluencia de pacientes provocó cierto desánimo en los médicos kallawayas, quienes se hallan desmotivados a continuar con la asistencia al consultorio kallawayas. En el centro de salud Curva, solamente el administrador cumple con los turnos establecidos. Los otros médicos tradicionales no cumplen con los horarios de atención que en un principio se habían fijado.

**Tabla 7. Dificultades que encuentra en la articulación de la medicina tradicional**

<b>PROPOSICIONES</b>
<i>“Aquí estoy atendiendo sábado y domingo nomás, todo esos días nomás hay gente, pero otros días no hay gente, los particulares no hay.”(Médico Tradicional de Charazani)</i>
<i>“Otros médicos kallawayas no tienen interés tampoco... por que aquí vienen a aburrirse, hay veces sentarse nomás es.” (Médico Tradicional de Charazani)</i>
<i>“Entre tres no más estamos manteniendo. Incluso los filiados hay mas de 60 pero ellos no están cumpliendo. Ellos no quieren perder tiempo entonces se van, no hay paciente y desanimado ya vienen.” (Médico Tradicional de Curva)</i>
<i>“Yo mismo ya no voy casi un mes ya no he ido a atender mi turno, además, cerca de fiestas no mas hay pacientes.” (Médico Tradicional de Curva)</i>
<i>“No hay apoyo de las autoridades, desde tiempo ya no se recuerdan, nosotros trabajamos, de la siembra y el ganadito nomás también ganamos y, cuando vamos al consultorio perdemos tiempo nomás ... “ (Médico Tradicional de Curva)</i>
<i>“Nosotros hay veces solos nos encontramos, aquí los doctores tampoco hay veces nos toman en cuenta, no nos reconocen nuestros trabajos .. y tampoco hay una ley para ayudarnos a nosotros.” (Médico Tradicional de Amarete)</i>
<i>“... entre nosotros también no hay unión, otros ya tienen otro trabajo aparte y a otros no les importa nada...” (Médico Tradicional de Curva)</i>
<i>“Mas anterior estábamos llevando bien, pero ahora lo ultimo hay choque, no hay entendimiento... por eso las mujeres por miedo ya no quieren ir a atender... nosotros podemos llevarnos bien yo digo, ellos (los médicos académicos) nos pueden capacitar y enseñar también ... ” (Médico Tradicional de Curva)</i>
<i>“Algunos pacientes vienen a mi casa, cuando estoy en el consultorio no vienen, ellos me saben decir que tienen miedo al doctor, el doctor medio mal lo hace a los pacientes, no lo atiende bien, por eso creo tienen miedo y no quieren ir al consultorio ...” (Médico Tradicional de Curva)</i>

Varios de los entrevistados afirman que una vez implementado el proyecto dejaron de recibir apoyo de las autoridades. Al parecer el problema principal que enfrenta la consecución exitosa de este proyecto en salud intercultural, es la falta de previsión por parte de las autoridades municipales, ministeriales bolivianas competentes o incluso desde la gerencia del centro de salud, de estipular un salario o ingreso mínimo suficiente para los médicos tradicionales que presten sus servicios en dicho centro.

Los kallawayas no son especialistas a tiempo completo que puedan sostenerse a sí mismos y a sus familias durante todo el año con los ingresos derivados de la práctica de su medicina ya que la mayoría mantienen como actividad principal la agricultura, ganadería u oficios más esporádicos como la albañilería, por lo que al no reconocer y pagar por su trabajo dentro del sistema de salud nacional, lo abandonan.

La Gerencia de la Red de Servicios de Salud Apolobamba, reconoce este problema: *“No, no hay sueldo pensado para el kallawayas, en el sistema nacional no existe, incluso en el sistema nacional recién se está reconociendo la medicina tradicional, claro, ya de todo el reconocimiento, pero el problema es que no le dan coste monetario... Claro, y yo hablaba con el presidente de los kallawayas, y me decía: ‘Ése, el problema principal es eso. Aquí se habla, se pregona bastante de kallawayas, pero el problema es que no se solventa, no se vive con esta medicina tradicional.’ Todos los médicos kallawayas pues vende sus ganaditos, otros productos, va a chacra, siembra, ¡todo igual como los demás!”*

Otros creen que la falta de una Ley de implementación de la medicina tradicional es la principal dificultad. Como dice uno de los entrevistados: *“... desde el*

*Ministerio no hay leyes que nos puedan favorecer, talvez ahora con este nuevo gobierno y nuevas autoridades nos puedan ayudar de alguna forma...”.*

También hay quienes creen que la sub-valoración del trabajo de los médicos tradicionales, la falta de una relación más cercana y la falta de capacitación son las principales dificultades. Existe cierto consenso entre los entrevistados en que la asignación al Centro de Salud de un médico que no valora la cultura kallawayaya tiende a llevar al fracaso el proyecto.

La falta de manejo del idioma local por parte del personal médico, produce dificultades para adaptarse a los conocimientos y valores culturales de los médicos tradicionales generando brechas insalvables.

**Tabla 8. Sugerencias para mejorar la articulación de la medicina tradicional**

<b>PROPOSICIONES</b>
<i>“Nosotros hacemos jarabes y tónicos pero ahora quisiéramos mejorar la capsula, tableta, sacar el producto y distribuir a las poblaciones, a las postas.” (Médico Tradicional de Charazani)</i>
<i>“ ... aquí quisiéramos un laboratorio equipado para poder fabricar nuestros productos.” (Médico Tradicional de Charazani)</i>
<i>“Se necesitaría como una campaña algunos no saben no están informados.” (Médico Tradicional de Amarete)</i>
<i>“Para mejorar solamente nos falta recursos para cualquier cosa, para hacer pomaditas, ahora estamos sin fondo. Muchas plantas traemos del interior y de otros lugares como Santa Cruz, Chapare, y para eso necesitamos recursos.” (Médico Tradicional de Curva)</i>
<i>“Falta un poco poner en radios, en periódicos, se puede publicar y ya puede saber la gente y ya pueden venir, eso nos falta. Hasta extranjeros vienen, del lado del Perú también vienen, además camino turístico es, de aquí van a Pelechuco y de Pelechuco también vienen en movilidad.” (Médico Tradicional de Curva)</i>
<i>“También puede ser bueno tener capacitación... y también para los doctores, muchas veces vienen sin conocer nuestra cultura y nuestras costumbres, ni siquiera pueden hablar nuestro idioma, ellos piensan que no podemos curar las enfermedades...” (Médico Tradicional de Amarete)</i>



**PROPOSICIONES**

*“Estaría bien si nosotros podíamos participar en las campañas de vacunación y otras campañas... así también podemos aprovechar en vender nuestras medicinas.” (Médico Tradicional de Amarete)*

*“... como no hay pacientes y no ganamos, ellos nos pueden ayudar algún viático o nos pueden reconocer con algo, nosotros podemos atender todos los días... sería mejor porque hay veces el hospital vacío está y cerrado nomás queda. “(Médico Tradicional de Charazani)*

*“Hay veces hay miedo también de los pacientes, por eso tal vez otra puertita hubiera para nuestro consultorio, puede haber más pacientes...”(Médico Tradicional de Curva)*

Los médicos tradicionales indican que sería muy bueno tener equipados laboratorios para que se puedan procesar sus productos medicinales y distribuirlos en las poblaciones y centros de salud. Por otro lado también sugieren campañas de información y promoción de la medicina natural kallawayá y de los servicios integrados ofrecidos por los centros de salud a nivel local y nacional con el objetivo de que la gente pueda conocer y beneficiarse de sus terapias; todo ello, considerando las potencialidades turísticas de la región.

Para los médicos tradicionales lo deseable es que los médicos asignados a los centros de salud de la región tengan una formación intercultural, tengan amplitud en asimilar las creencias y costumbres de la población y entiendan el idioma originario, el quechua para una adecuada relación de comunicación.

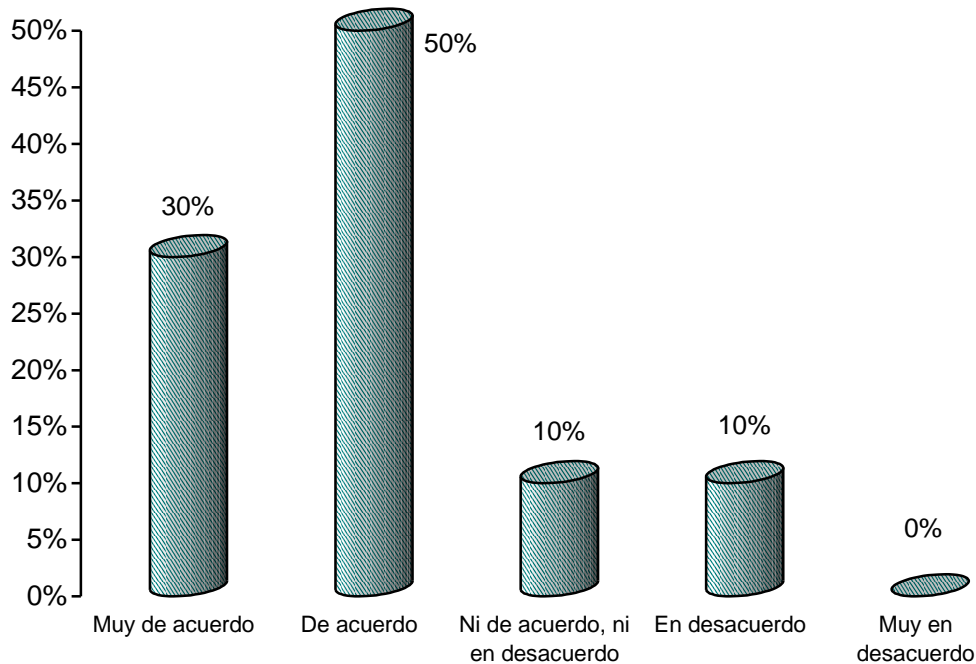
La inclusión de los médicos tradicionales en las campañas de inmunización o vacunación también es un aspecto mencionado por los entrevistados. Esta situación favorecería, dicen los médicos tradicionales, en la promoción y comercialización de sus productos aparte de colaborar en la comunicación con los pobladores. Yendo más allá, existe un marcado entusiasmo en que se pudiera incluir a los médicos tradicionales en el sistema oficial de salud con remuneración salarial.

Otro aspecto mencionado fue la propuesta de habilitar un acceso independiente al consultorio Kallawayá con el fin de que el usuario que tenga algún temor pueda acceder al servicio del kallawayá con mayor libertad.

### 4.1.3 ACTITUD HACIA LA ARTICULACIÓN

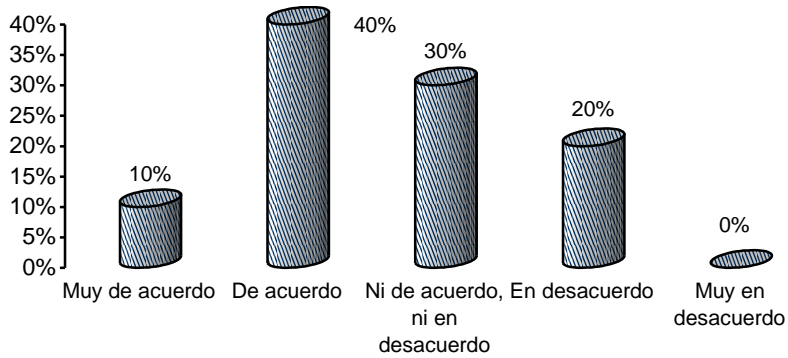
**Figura 15. Grado en el que está de acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional y la medicina académica**

FUENTE: Propia 2008



De la población de entrevistados el 50% está de acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación de los dos sistemas médicos lo que muestra una actitud favorable hacia el programa de articulación.

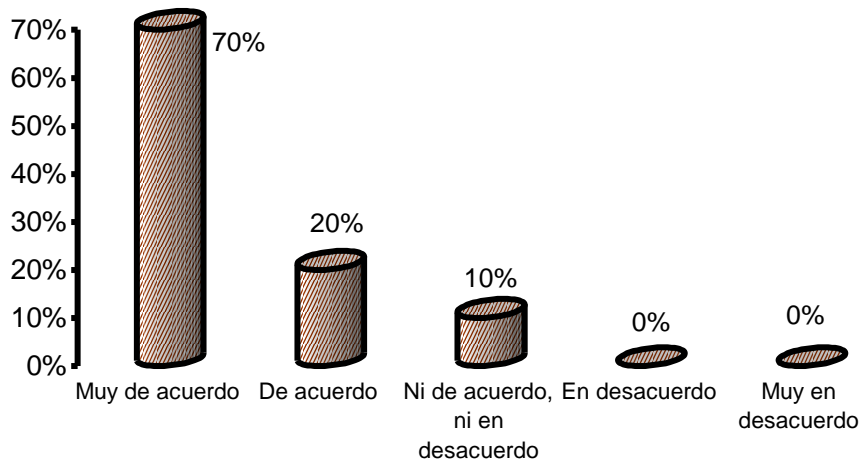
**Figura 16. Grado en el que está de acuerdo con un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia entre los dos sistemas médicos**



FUENTE: Propia 2008

Como se puede observar en el gráfico existe buena predisposición hacia un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia, sin embargo, hay un porcentaje significativo de los que no se muestran complacidos con este sistema.

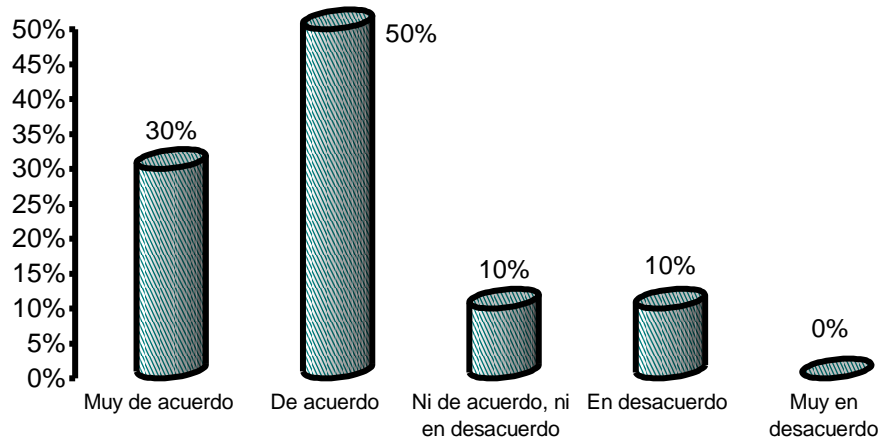
**Figura 17. Grado en el que está de acuerdo con que los médicos tradicionales cuenten con espacio en la atención de salud, con condiciones de infraestructura, socioeconómica y culturalmente adecuadas**



FUENTE: Propia 2008

Como no puede ser de otra manera, el 90% de los entrevistados esta de acuerdo con tener un espacio en la atención de salud.

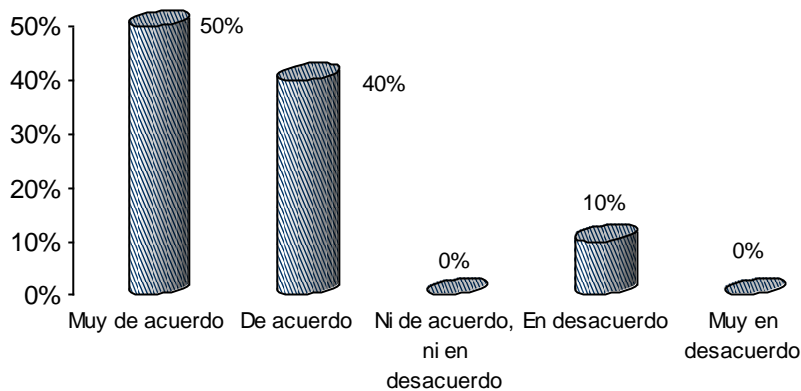
**Figura 18. Grado en el que está de acuerdo con la asignación de presupuesto para desarrollo, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación de la medicina tradicional**



FUENTE: Propia 2008

Se observa que existe más del 50% de entrevistados está de acuerdo con la asignación de presupuesto para el programa.

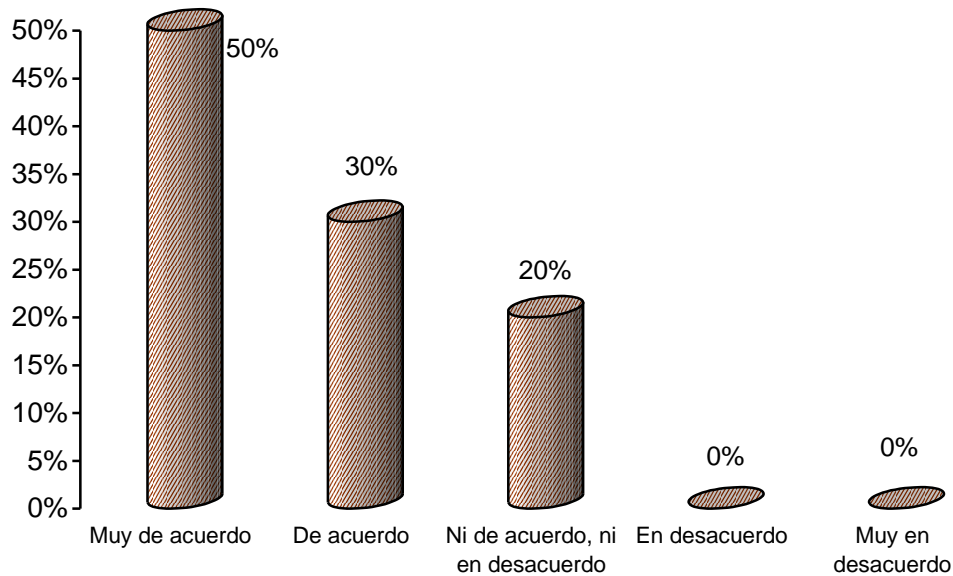
**Figura 19. Grado en el que está de acuerdo con que los médicos tradicionales puedan ser incluidos al sistema oficial de salud para la atención de salud del primer nivel con salario incluido**



FUENTE: Propia 2008

Casi el total de los entrevistados está de acuerdo que puedan ser incluidos al sistema oficial de salud en la atención de primer nivel.

**Figura 20. Grado en el que está de acuerdo con que se promueva las prácticas tradicionales y su integración a la medicina académica**



FUENTE: Propia 2008

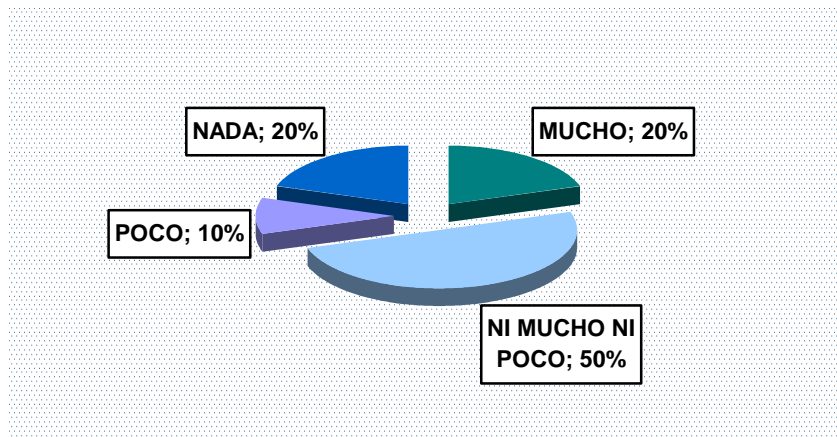
También existe una actitud positiva respecto a la promoción de las prácticas tradicionales y su integración al sistema oficial de salud.

## **4.2 INFORMACIÓN PROCEDENTE DE LOS PRESTADORES DE SALUD ACADÉMICOS**

Los entrevistados del sistema académico, 22 en total incluyendo los participantes en el grupo focal, tienen una edad promedio de 35 años, con una escolaridad superior a los 13 años y la mayoría con un nivel superior de profesionalización universitaria. El tiempo promedio que llevan trabajando en el área de salud es de aproximadamente 3 años. Varios egresaron de la Universidad en la especialidad de Medicina General y Enfermería.

### 4.2.1 CONOCIMIENTOS

Figura 21. Conocimiento acerca la organización y funcionamiento del sistema médico tradicional



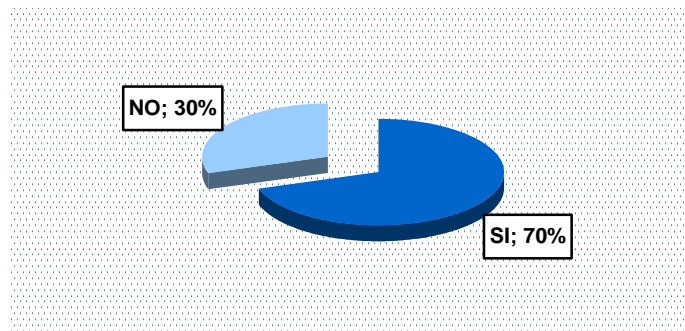
FUENTE: Propia 2008

El 50% de los entrevistados cree conocer ni mucho ni poco acerca de la organización y funcionamiento del sistema médico tradicional. Un 20% mucho, el 20% nada y el 10% poco.

#### PROPOSICIONES (Personal de Salud)

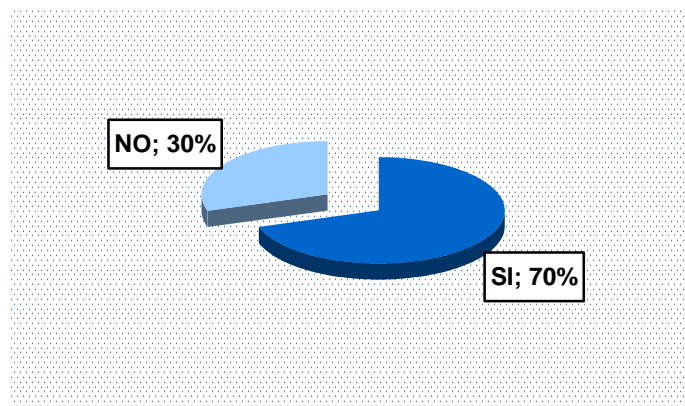
*“Parece que los kallawayas tienen algún nivel de organización, en asociaciones o algo así, por lo demás realmente no tuve la oportunidad de enterarme. Como veo tampoco hay necesidad de hacerlo, ellos tienen sus propias formas de organización y atención, nosotros también.”*

Los entrevistados no creen en la importancia de estar informados acerca de la organización y funcionamiento del sistema médico kallawayaya.

**Figura 22. Vio o recibió información sobre la medicina tradicional**

FUENTE: Propia 2008

De los entrevistados el 30% no fue capacitado o informado sobre la medicina tradicional. El 70% responde que si tuvo algún tipo de capacitación. La información que recibieron fue referida a salud intercultural y humanización de parto a través de cursos de capacitación y talleres.

**Figura 23. Importancia de conocer la medicina tradicional**

FUENTE: Propia 2008

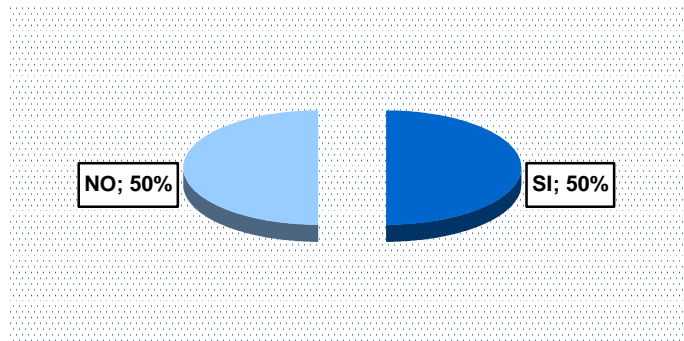
De los entrevistados el 70% cree que es importante conocer aspectos de la medicina tradicional porque creen que esos conocimientos podrían ayudar a mejorar la atención y mejorar la relación con la medicina occidental, sin embargo, el otro 30% cree que no es necesario porque creen que la medicina tradicional carece de merito científico.

**Tabla 9. Aspectos que desearía conocer sobre la medicina tradicional**

<b>PROPOSICIONES (Personal de Salud)</b>
<i>“Terapias Indígenas.”</i>
<i>“Concepción de salud y enfermedad de los médicos tradicionales kallawayas.”</i>
<i>“Cosmovisión kallawayaya.”</i>
<i>“Procedimientos que utilizan los médicos tradicionales para la curación.”</i>
<i>“Interculturalidad en la salud.”</i>
<i>“Relación de las costumbres y tradiciones con la enfermedad y tratamiento.”</i>
<i>“Las costumbres de la cultura kallawayaya.”</i>
<i>“Limitaciones en el tratamiento de la Medicina tradicional.”</i>
<i>“Actitudes y prácticas sobre enfermedades. “</i>
<i>“No es muy necesario saber algo sobre medicina adicional.”</i>

Muchos de los entrevistados desean conocer los métodos de curación y tratamiento de los médicos tradicionales, por otro lado, hubieron entrevistados que creen que no es necesario conocer nada.

**Figura 24. Alguna vez vio o recibió información sobre la estrategia de articulación de la medicina tradicional**



FUENTE: Propia 2008

El 50% respondió que pudieron informarse respecto a la articulación de la medicina tradicional con la académica. El otro 50% de los entrevistados no recibieron alguna información o capacitación respecto al tema.



**PROPOSICIONES (Personal de Salud)**

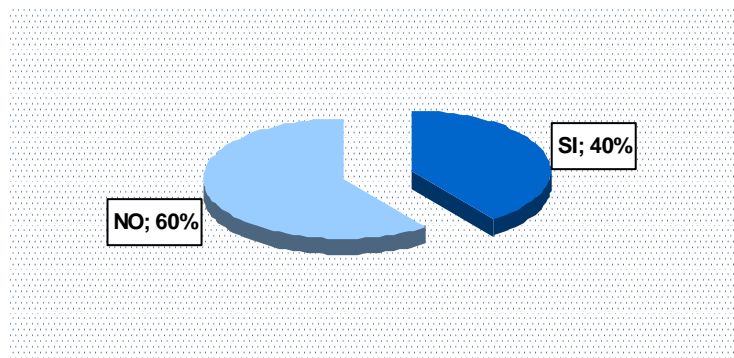
*“Tuve la oportunidad de conversar con el alcalde quien me mencionó acerca de este proyecto. Yo no veía al kallawaya, tal vez alguna que otra vez. Recién me entero que era todo un proyecto hasta difundido en investigaciones a nivel internacional...”*

*“Así cursos o seminarios no. Simplemente acá conversando con los colegas me enteré...”*

Los entrevistados manifestaron que se informaron por terceras personas y no a través de algún curso e seminario. Muchos no se habían percatado de que existía un consultorio kallawaya hasta después de algunos meses. La no asistencia del médico kallawaya al consultorio regularmente, en algún caso, produjo que pasara desapercibido el consultorio kallawaya con ello el tema de la articulación de la medicina tradicional al sistema de salud.

#### 4.2.2 PERCEPCIÓN EN TORNO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN

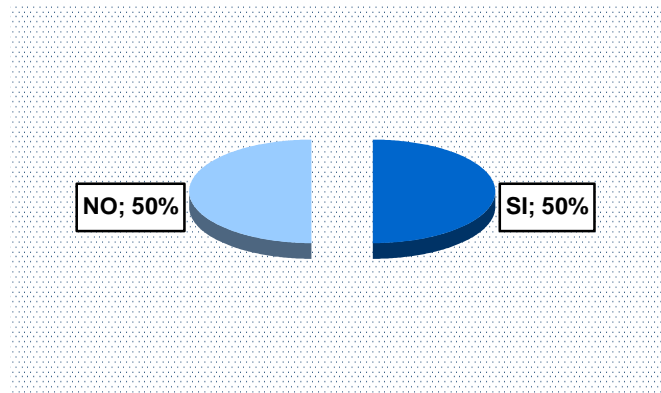
Figura 25. Existencia de claridad sobre la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional



FUENTE: Propia 2008

Existe un elevado porcentaje de entrevistados para los cuales no existe claridad en la estrategia de articulación, dicen ellos, porque no encuentran claros los objetivos del proyecto. Para el otro porcentaje es lo suficientemente claro y definido.

**Figura 26. Obtención de buenos resultados luego de la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional**



FUENTE: Propia 2008

Se observa que el 50% de los entrevistados creen que no se lograron buenos resultados. El otro 50% encuentra resultados satisfactorios.

#### **PROPOSICIONES (Personal de Salud)**

*“Estoy trabajando en el Centro de Salud ya desde hace más de un año, y te digo sinceramente, no pude ver en que mejoró la situación del acceso, que es lo que supongo que se quiere. Veo al medico kallawaya raras veces, si no me equivoco, solo los fines de semana. Tampoco veo que entren muchos pacientes a su consultorio. Sabes, hasta me animo a pensar que, atendiendo en sus casas les debe ir mejor, deben tener más pacientes.”*

*“Lo que sucede es que, como los usuarios generalmente asocian al centro de salud con doctores, inyecciones, etc. Debe ser difícil imaginarse que con un kallawaya instalado en el centro va a ser diferente.”*

Manifiestan los entrevistados que no mejoró el acceso al servicio y que el nivel de afluencia de usuarios sigue igual. Al contrario perciben como un fracaso el proyecto, arguyen a la falta de difusión del proyecto.

**Tabla 10. Dificultades que encuentra en la implementación de la articulación de la medicina tradicional**

<b>PROPOSICIONES (Personal de Salud)</b>
<i>“Falta de organización, incentivo, seguimiento al proyecto, es decir, el abandono.”</i>
<i>“Falta de una Política “LEY” de institucionalización e Implementación de la medicina tradicional al sistema de salud.”</i>
<i>“Falta de reconocimiento al trabajo de los médicos tradicionales.”</i>
<i>“No hay coordinación con los médicos académicos”</i>
<i>“Falta de mayor presencia del kallawaya en el Centro de Salud..”</i>
<i>“Inasistencia de usuarios al servicio kallawaya, por la percepción negativa que tienen del centro.”</i>
<i>“No bien definidos las actividades dentro del servicio”</i>

Varios de los entrevistados afirman que una vez implementado el proyecto dejaron de recibir apoyo de las autoridades. Otros creen que la falta de una Ley de implementación de la medicina tradicional es la principal dificultad. También hay quienes creen que la sub-valoración del trabajo de los médicos tradicionales, la falta de una relación más cercana y la falta de capacitación son las principales dificultades.

La falta de previsión de un sueldo para los médicos kallawayas que pasan consulta en dicho hospital. El Personal de Salud, médico en el Centro de Salud Curva, intentaba bosquejar lo que pasó, *“... En sus inicios este proyecto tuvo gran aceptación y repercusión, era una experiencia completamente diferente y todos lo sabían, sin embargo, a la larga, poco a poco, la asistencia de los kallawayas fue disminuyendo hasta quedar prácticamente cerrado. Solamente el administrador es quien permanece. Los otros kallawayas ya no asisten porque no hay pacientes para ellos...”*

Muchas veces los puestos médicos quedan sin la atención de un médico profesional o kallawaya, en otras ocasiones solamente los auxiliares de enfermería

cumplen funciones de personal sanitario. Esto debido a que las incomodidades: lejanía y difícil acceso desde La Paz y ausencia de infraestructuras básicas (agua potable, electricidad, alcantarillado), lo hacen poco atractivo para que un “doctor” acepte y cumpla su contrato en el pueblo. A esto se suma el problema de los puestos médicos que tienen graves defectos estructurales con grandes grietas y desplazamiento de los cimientos.

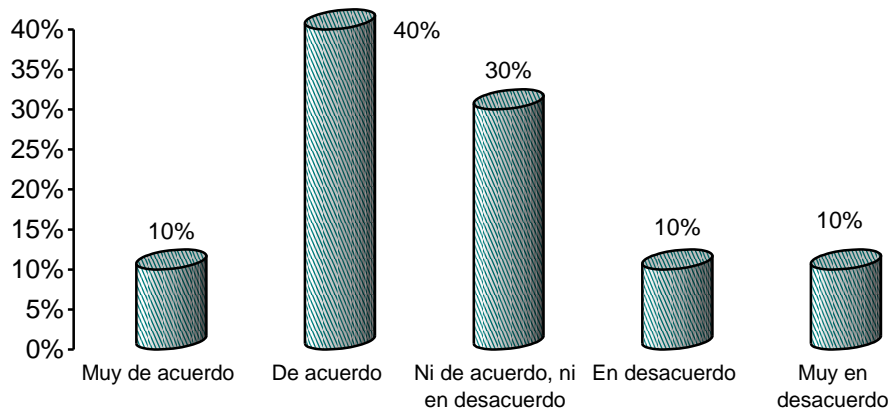
**Tabla 11. Sugerencias para mejorar la articulación de la medicina tradicional**

<b>RESPUESTAS</b>
<i>“Mediante programas de capacitación a médicos tradicionales como a médicos académicos “</i>
<i>“Incluyendo a los médicos tradicionales en algunas áreas de atención de la salud.”</i>
<i>“Revalorizando el trabajo de los médicos tradicionales .”</i>
<i>“Fomentando la coordinación con los médicos académicos “</i>
<i>“Solicitando recursos económicos para su fortalecimiento”</i>
<i>“Mejorando los ambientes de trabajo”</i>
<i>“Incluyendo a los médicos tradicionales en el sistema oficial de salud con remuneración salarial”</i>
<i>“Respetando las tradiciones culturales y practicas en el tratamiento de enfermedades “</i>
<i>“No sabe.”</i>

Como se puede observar en la anterior tabla las sugerencias son de diversa índole. A pesar de ello varios entrevistados no saben como puede mejorarse la articulación.

### 4.2.3 ACTITUD HACIA LA ARTICULACIÓN

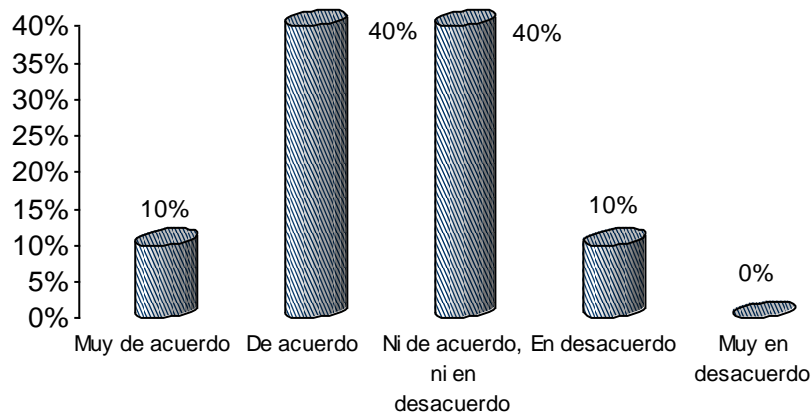
Figura 27. Grado en el que está de acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional y la medicina académica



FUENTE: Propia 2008

De la población de entrevistados el 40% está de acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación de los dos sistemas médicos lo que muestra una actitud favorable hacia el programa de articulación.

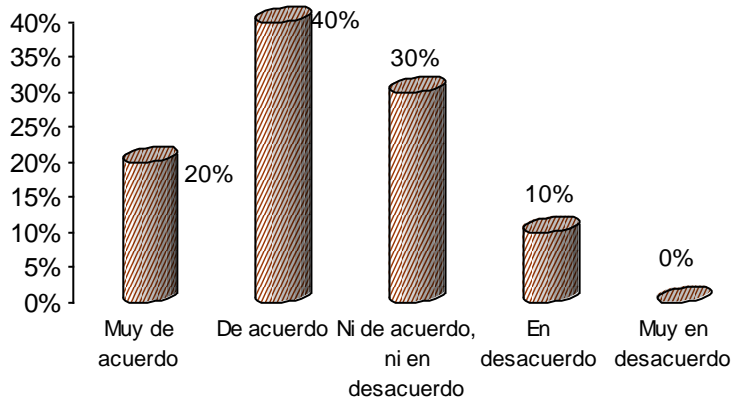
Figura 28. Grado en el que está de acuerdo con un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia entre los dos sistemas médicos



FUENTE: Propia 2008

Como se puede observar en el gráfico existe buena predisposición hacia un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia, sin embargo, hay un porcentaje significativo de los que no se muestran conformes con la idea.

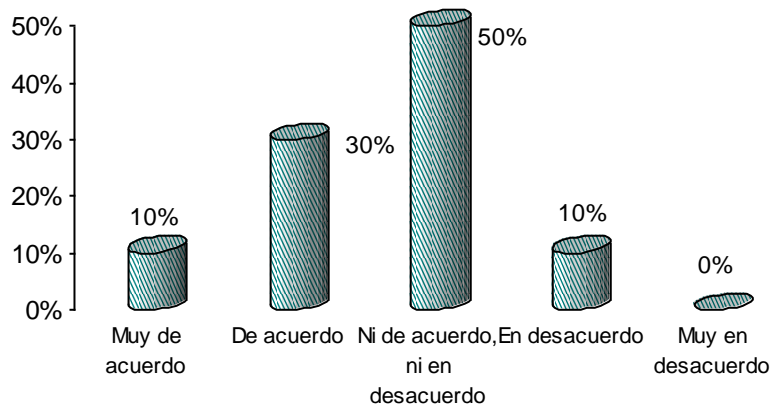
**Figura 29. Grado en el que está de acuerdo con que los médicos tradicionales cuenten con espacio en la atención de salud, con condiciones de infraestructura, socioeconómica y culturalmente adecuadas**



FUENTE: Propia 2008

Como se puede observar, el 40% de los entrevistados está de acuerdo que los médicos tradicionales tengan un espacio en la atención de salud.

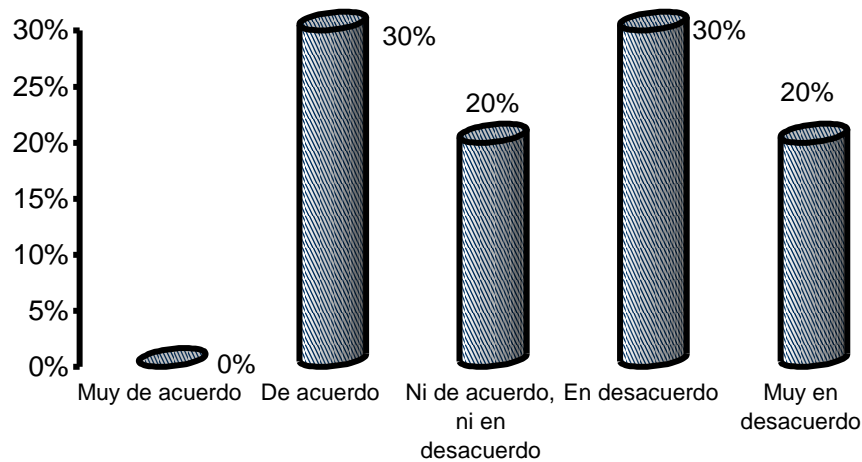
**Figura 30. Grado en el que está de acuerdo con la asignación de presupuesto para desarrollo, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación de la medicina tradicional**



FUENTE: Propia 2008

Se observa que el 50% de entrevistados no están ni de acuerdo ni en desacuerdo con la asignación de presupuesto para el programa.

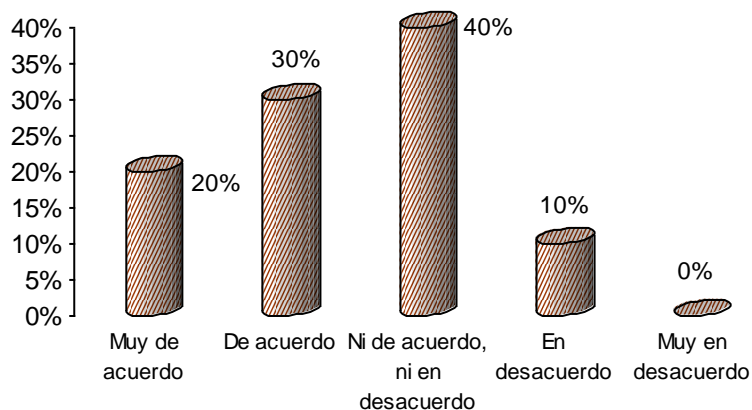
**Figura 31. Grado en el que está de acuerdo con que los médicos tradicionales puedan ser incluidos al sistema oficial de salud para la atención de salud del primer nivel con salario incluido**



FUENTE: Propia 2008

La mayoría de los entrevistados no está de acuerdo con la inclusión al sistema oficial de salud en la atención de primer nivel a los médicos tradicionales.

**Figura 32. Grado en el que está de acuerdo con que se promueva las prácticas tradicionales y su integración a la medicina académica**

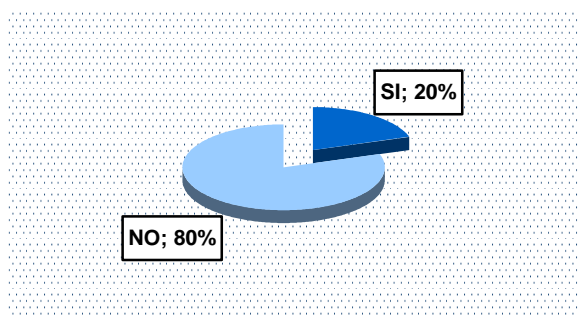


Existe una actitud mas positiva que negativa respecto a la promoción de las prácticas tradicionales y su integración al sistema oficial de salud.

### 4.3 INTERRELACIÓN Y TRABAJO COORDINADO ENTRE EL PERSONAL DE SALUD ACADÉMICO Y MÉDICOS TRADICIONALES

#### 4.3.1 OPINIÓN DE LOS MÉDICOS TRADICIONALES

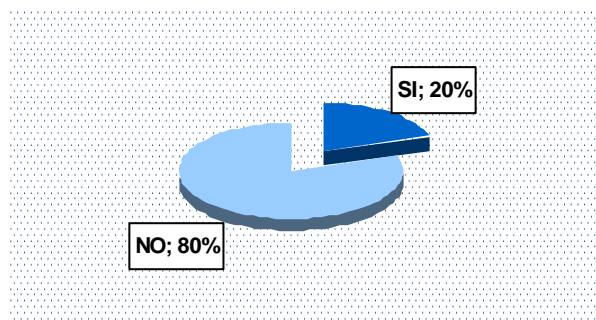
Figura 33. Existencia de alguna forma de coordinación con el personal de salud



FUENTE: Propia 2008

Para el 80% de los entrevistados no existe una buena coordinación con el personal de salud. El otro 20% menciona que existe algún tipo de coordinación. Los aspectos que se coordinan están relacionados a temas de mantenimiento o construcción de infraestructura.

Figura 34. Existencia de algún modelo de referencia y contrarreferencia entre el sistema de salud tradicional y el académico



FUENTE: Propia 2008

Del total de los entrevistados el 80% está seguro de no haber un modelo de referencia y contrarreferencia, el otro 20% menciona que si.



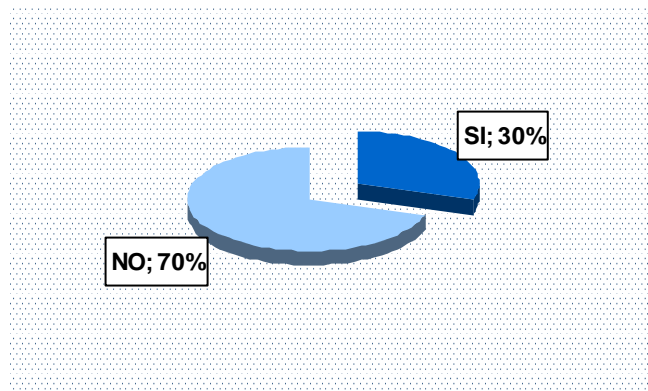
**PROPOSICIONES**

*“Ahora nosotros mandamos y ellos mandan también nos mandan, cuando hay una fiebre mas grave mandamos también”. (Médico tradicional de Charazani)*

*“Mas antes nos estábamos llevando bien, si no es para nosotros los pasamos al medico, ellos igual, si no es para ellos nos pasa a nosotros, así estábamos trabajando bien.” (Médico Tradicional de Curva)*

Al parecer no existe ningún modelo de referencia y contrarreferencia establecido de manera conjunta o reglamentada. Los médicos tradicionales transfieren al paciente cuando escapa de sus posibilidades la curación del enfermo. Los médicos académicos transfieren al paciente cuando el mismo usuario, en algún momento, decide cambiar de sistema de salud.

**Figura 35. Participación de los médicos tradicionales en alguna área de atención de salud**



FUENTE: Propia 2008

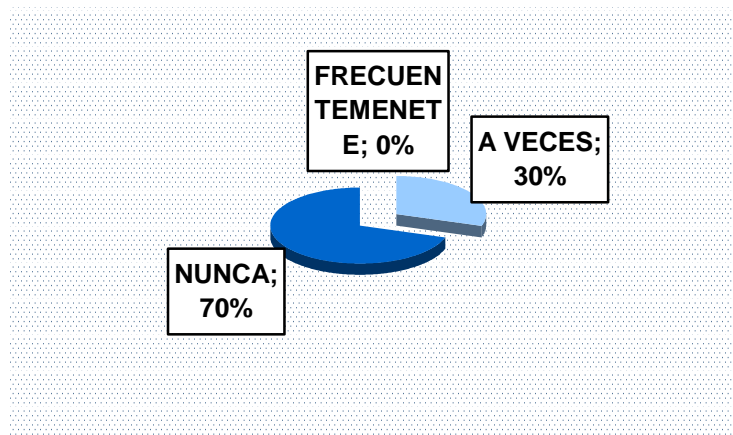
De acuerdo a las entrevistas se pudo ver que muy pocos médicos tradicionales participaron en algún área de atención de salud.

**PROPOSICIONES**

*“Llevo mis jarabes mis pomadas me dicen el doctor había venido, había traído su medicina... ahí yo rescato algo vendiendo mis medicinas.” (Médico Tradicional de Charazani)*

Un kallawaya entrevistado en Charazani afirmó que participó alguna vez, en los inicios del proyecto de articulación, acompañando al personal de salud en una campaña de vacunación. Comenta que aprovechó la oportunidad para promocionar el consultorio kallawaya y vender sus productos medicinales con el fin de ganar algo de dinero. Otros indican que alguna vez se desarrollaron como agentes comunitarios de salud, sin embargo, el 70% de los entrevistados no tuvieron alguna participación.

**Figura 36. Frecuencia de participación en reuniones de equipo con el personal de salud**



FUENTE: Propia 2008

Muchos médicos tradicionales (70%) nunca participaron en reuniones de equipo con el personal de salud.

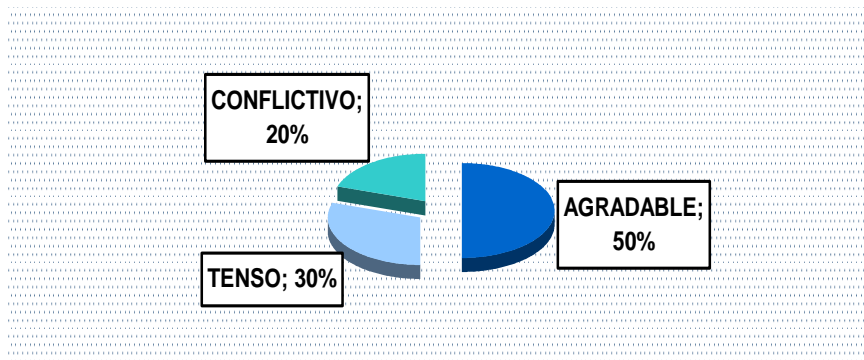
**PROPOSICIONES**

*“Cada mes participo en el CAI (Comité de Análisis de Información) damos informe como estamos atendiendo hay o no hay gente. Eso nomás.” (Médico Tradicional de Charazani)*

*“Solamente en algunas reuniones participamos con nuestro representante.” (Médico Tradicional de Curva)*

De acuerdo a los informantes los que algunas veces participan son los representantes de los kallawayas. La mayoría de los médicos tradicionales nunca participan en reuniones y los que lo hicieron generalmente asisten a reuniones donde se limitan a brindar información acerca de la atención en el consultorio kallawayas.

**Figura 37. Definición del ambiente de relación entre el personal de salud y los médicos kallawayas**



FUENTE: Propia 2008

El 50% de los entrevistados define el ambiente de relación con el personal de salud académico como agradable. Sin embargo el otro 50% la define entre tenso y conflictivo. Los entrevistados hacen mención reiteradamente de algunos “doctores” con los que no tuvieron inconveniente y trabajaron en estrecha colaboración, sin embargo, también existen médicos con los que el clima se torno tenso.

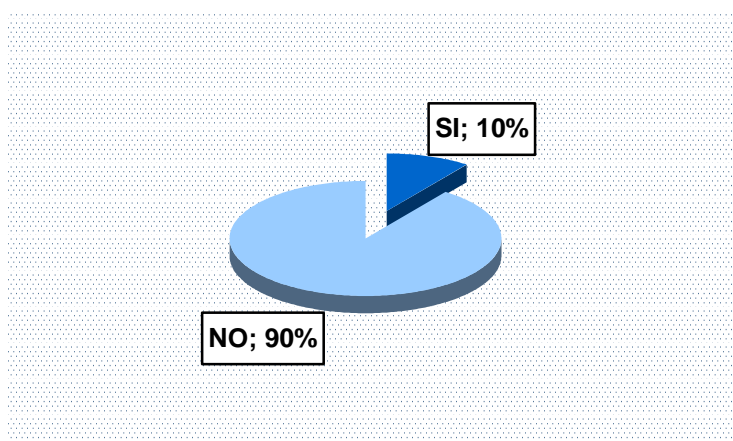
Tabla 12. Propuestas para un trabajo conjunto

PROPOSICIONES
<i>“Yo digo que podemos reunirnos con los médicos para ver cómo podemos trabajar juntos... nosotros le podemos mandar pacientes y ellos también a nosotros.” (Médico Tradicional de Charazani)</i>
<i>“Hay veces que los médicos en que hacen campañas, hacen proyectos y también nosotros podemos participar, hay veces nosotros no somos tomados en cuenta... nosotros podemos querer participar y de eso nos puedan reconocer algo.”(Médico Tradicional de Curva)</i>
<i>“Sería bueno participar en las reuniones que tienen, ahí yo puedo plantear en qué podemos participar.”(Médico Tradicional de Curva)</i>

Respecto a las propuestas para un trabajo conjunto estas giran en torno a formar un modelo de referencia y contrarreferencia conjuntamente acordado. Algunos entrevistados consideran que podrían participar en algunas áreas de atención de la salud siempre y cuando exista alguna remuneración económica que pueda justificar la inversión de tiempo.

#### 4.3.2 OPINIÓN DEL PERSONAL DE SALUD ACADÉMICO

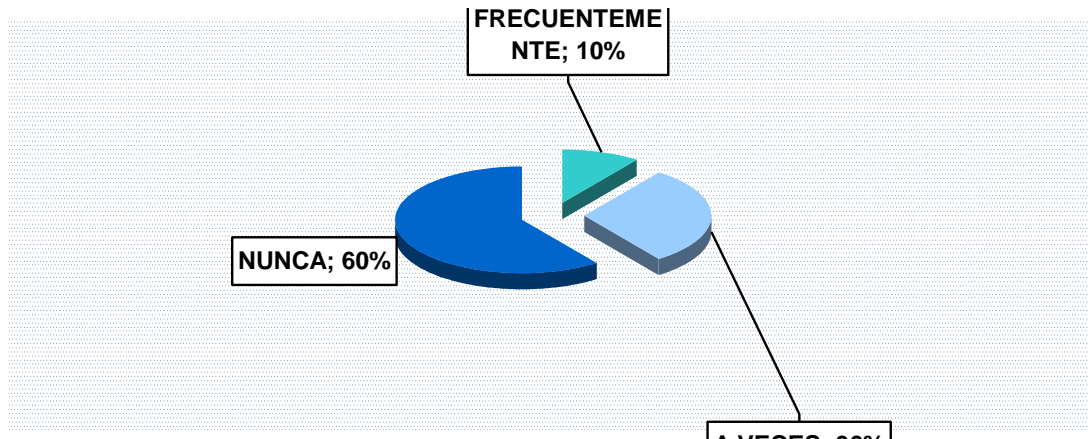
Figura 38. Existencia de alguna forma de coordinación con los médicos tradicionales



FUENTE: Propia 2008

Para el 90% de los entrevistados no existe una buena coordinación con los médicos tradicionales. El otro 10% afirma que si existe coordinación con los médicos tradicionales.

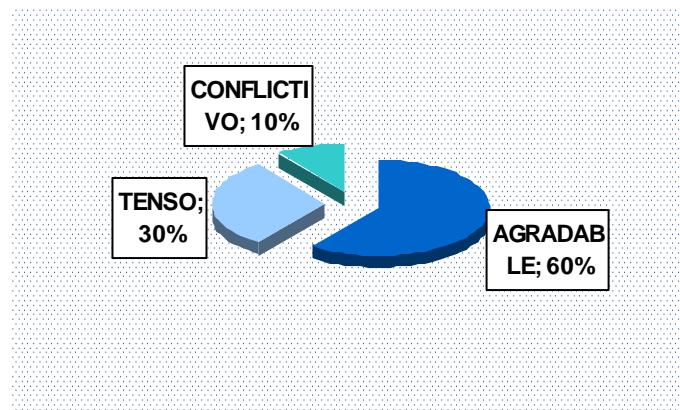
**Figura 39. Frecuencia de participación en reuniones de equipo con los médicos tradicionales**



FUENTE: Propia 2008

60% de los médicos entrevistados aseguran que no participaron en reuniones de equipo con los médicos tradicionales, a no ser encuentros informales. El 30% afirma participar en reuniones conjuntamente con los médicos tradicionales a veces y el 10% frecuentemente.

**Figura 40. Definición del ambiente de relación entre el personal de salud y los médicos kallawayas**



FUENTE: Propia 2008

El 60% de los entrevistados define el ambiente de relación con los médicos tradicionales como agradable. Sin embargo el otro 40% la define entre tenso y conflictivo.

**Tabla 13. Propuestas para un trabajo conjunto**

<b>RESPUESTAS</b>
<i>“Diseñar un modelo de referencia y contrarreferencia.”</i>
<i>“Establecer normas que permitan el trabajo conjunto.”</i>
<i>“Dar mayor participación a los médicos tradicionales en la atención de salud.”</i>
<i>“No sé “</i>

Respecto a las propuestas para una trabajo conjunto la mayoría de estas giran en torno a formar un modelo de referencia y contrarreferencia. Algunos entrevistados consideran que los médicos tradicionales podrían participar en algunas áreas de atención de la salud siempre y cuando se encuentre definido en un marco legal o normativo.

#### **4.4 INFORMACIÓN PROVENIENTE DE LOS POBLADORES**

El sistema médico que más utilizan las familias de la región es en primera instancia la medicina tradicional.

En términos generales el sistema médico occidental es el de Menor preferencia de las poblaciones en estudio, es aventajada en gran manera por sistema médico tradicional. A continuación damos a conocer las razones de tal elección.

Tabla 14. Sistema Médico de uso regular

MEDICINA INSTITUCIONAL	MEDICINA TRADICIONAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Por que saben mas porque han estudiado“</i></li> <li>• <i>“Cuando el curandero no puede”</i></li> <li>• <i>“Por que tienen medicinas y a mi hermano le han curado”</i></li> <li>• <i>“Por que ellos son doctores especialistas que saben”</i></li> <li>• <i>“Por que estoy asegurado”</i></li> <li>• <i>“Por que ellos están más capacitados”</i></li> <li>• <i>“Por que saben mas”</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>“Porque la gente me aconseja”</i></li> <li>• <i>“Porque ellos saben ver en coca”</i></li> <li>• <i>“Porque curan muy bien y nos escuchan”</i></li> <li>• <i>“Porque no viene el médico a la comunidad, el hospital queda lejos”</i></li> <li>• <i>“Por los doctores no curan muy bien y te atienden mal... también tengo miedo a los inyecciones y todo eso”</i></li> <li>• <i>“Tengo miedo a los médicos del hospital, antes un doctor estaba y ese era bueno, este otro es malo dicen”</i></li> <li>• <i>“Nosotros hablamos el quechua y muchas veces no nos entendemos con los doctores, por eso vamos donde los kallawayas.”</i></li> <li>• <i>“Vivo lejos.”</i></li> <li>• <i>“Curan bien nomás.”</i></li> <li>• <i>“En el centro cobran caro.”</i></li> </ul>

Las razones predominantes para que los pobladores no asisten a alguna de las medicinas pueden agruparse en cuatro grupos: factores relacionados a la calidad de atención, factores culturales, factores de acceso geográfico y factores económicos.

Muchos pobladores tienen formado una percepción negativa del servicio de salud muchas veces por influencias infundadas de otras personas. Existe una disconformidad con la atención que brinda el personal a los pobladores suscitada al parecer por la no valoración de la opinión del usuario y el poco o nada de dominio del idioma originario, provocando dificultades a la hora de entablar una comunicación fluida.

Los pobladores consideran como positivos la tranquilidad y la confianza que brindan los médicos kallawayas. De pronto hasta tienen mayor certeza de la capacidad resolutoria de los médicos kallawayas.

Por otro lado existe una alta tasa de rotación de personal que tiene a su cargo la atención de salud, los usuarios al parecer sienten una sensación de abandono debido a la rotación del personal provocando la deserción del servicio de salud en algunos casos. Existe desconfianza y temor a cada médico nuevo que llega al centro de salud. La población en algunos casos tiene una idea negativa acerca de la capacidad resolutoria del personal. La presencia de practicantes provoca que la población no crea en la eficiencia de la atención médica y la capacidad resolutoria del personal.

En muchos casos el rechazo a los procedimientos médicos de rutina, como las inyecciones, provoca temor en la población y por consiguiente la inasistencia al centro de salud.

Las dificultades de accesibilidad (distancia y terreno accidentado) llega a ser la principal condicionante de la preferencia por la medicina tradicional provocando: por un lado, la inasistencia de pobladores al centro de salud optando por la atención de médicos tradicionales del lugar; por el otro, la falta de personal de salud en los centros debido al poco estimulante que resulta trabajar en lugares tan alejados de la ciudad como esta región.

Por último, la falta de recursos económicos provoca una mayor preferencia por la medicina tradicional ya que los costos son significativamente más bajos.

En el otro lado se encuentran, aunque en menor cantidad, los que prefieren la medicina académica. Las razones giran en torno a la capacidad del personal



médico que tienen una formación académica superior y la amplia gama de medicamentos que se dispone en la farmacia del centro de salud.

## **4.5 DISCUSIÓN**

“Este estudio se realizó con el propósito de determinar los diversos factores que inciden en la articulación de la medicina tradicional y académica, lo cual genera preocupación por el riesgo que corre. Por lo tanto, se requieren estrategias integrales que logren intervenir sobre los factores implicados”.

Los principales factores que inciden en la articulación son: factores asociados a la cultura, calidad de servicio, acceso geográfico y economía. El factor que sobresale es la poca valoración de la cultura kallawayá por el personal de salud lo que se traduce en bajos niveles de coordinación y comunicación. El factor económico se convierte en una condicionante importante para el uso frecuente de la Medicina Tradicional en las comunidades. Recordemos que la provincia Bautista Saavedra es una de las zonas más pobres de Bolivia.

La participación kallawayá en la atención de salud, complementariamente al servicio de salud occidental en una población mayoritariamente usuaria de la medicina tradicional kallawayá, es uno de los retos para rescatar las prácticas médicas tradicionales que sean favorables para mejorar la salud de las personas y promover más generalmente un proceso de valorización de la medicina nativa.

Los resultados encontrados en el estudio no difieren considerablemente de los mencionados por otros estudios acerca de la manera de encarar una articulación con complementariedad.

Los estudios realizados en diferentes países (Guatemala, Honduras, Panamá, Chile y Perú, 2000 y 2001) reflejan una gran riqueza de información en diferentes

áreas. En Panamá<sup>21</sup> donde se comenta que en la comarca, Ngobe-Bugle, según la Carta Orgánica Administrativa de la misma, queda establecida la importancia de parteras y curanderos a través de su certificación para trabajar de acuerdo a sus conocimientos y a interactuar con profesionales de la medicina occidental.

En nuestro estudio en la provincia Bautista Saavedra se pudo observar que varios médicos académicos no reconocen la importancia del servicio médico tradicional. Se pudo notar una clara actitud de sub-valoración de los conocimientos indígenas lo que provoca que no exista la armonía necesaria para trabajar con los profesionales de la medicina occidental.

Por su parte, en Guatemala<sup>22</sup> la experiencia presentada nos expone el papel y responsabilidades de un grupo de Comadronas Indígenas de Chiquirichapa, en el que hacer del Centro Comunitario de Salud y en su vínculo con el personal institucional de salud, profundizando la relación que debe existir entre ambos sistemas de salud.

Sin embargo, en la provincia Bautista Saavedra la relación entre los médicos Kallawayas y el personal de salud muestra cierta ruptura y ausencia de puentes de comunicación entre dos sistemas de salud que pudiesen ser complementarios. Esto muestra que es necesario introducir al médico Kallawaya en responsabilidades similares al de la medicina occidental.

Aunque existan estas experiencias en otros países, considerando además que la idiosincrasia y cultura entre latinoamericanos difiere en cada región; será importante, realizar otro estudio o reuniones conjuntas de representantes de

---

<sup>21</sup> Salud de los Pueblos Indígenas. El caso de los Ngobe-Buglé de Panamá. OPS/OMS. Dra. Enriqueta Davis V. diciembre 2000.

<sup>22</sup> Promoción de la Medicina y terapia indígenas en la atención primaria de salud en Guatemala. OPS/ OMS. Enero,2000.

ambas medicinas, para definir que temas son necesarios compartir entre ambos y cuales serian los límites entre ambas medicinas; dado, que si bien el presente estudio demostró que existe una gran predisposición al aprendizaje de nuevos conocimientos, el 70% de los médico académicos cree que es importante conocer aspectos de la medicina tradicional, que podrían ayudar a mejorar la atención y mejora la relación con la medicina tradicional, varios entrevistados de ambas medicinas no pudieron definir un tema específico y mostraron cierto recelo y discreción sobre los conocimientos que deberían compartir.

Reforzando lo ultimo mencionado, no extraña que en Bolivia, si bien existe buena predisposición de trabajo entre ambas medicinas, aún es necesario limar los paradigmas errados que aún se mantienen en cada medicina respecto a la otra, como ejemplo de esto tenemos el trabajo ejecutado por la organización no gubernamental Causananchispaj, que identificó como un aspecto importante para la mortalidad materno infantil en los municipios de Caiza D y Cotagaita del departamento de Potosí, el desconocimiento y la no valoración por parte del servicio de salud de las prácticas tradicionales.

En Chile<sup>23</sup> registra una experiencia muy interesante llevada a cabo en el Hospital de Makewe, donde entre otras acciones, establece un modelo flexible de coordinación con los terapeutas Mapuches. Un modelo que toma en cuenta guías espirituales (Machi), parteras, sobadores, yerbateros y santiguadores, con el propósito de acordar formas de complementación terapéuticas ya sean en el nivel público, el hospital ó en el ámbito privado, sus hogares. Experiencia que sin duda a de haber requerido una gran coordinación y desprendimiento por ambas medicinas habiéndose logrado un buen nivel de articulación entre ambos, reflejando que si es posible la articulación, pero requiere trabajo.

---

<sup>23</sup> Makewe-Pelale. Un estudio de caso en la complementariedad en salud. OPS/OMS. Dr. Jaime Ibacache Burgos. Enero,2001

Estas experiencias han tenido como punto común de articulación, la organización, formación y acompañamiento de agentes indígenas locales, interacción de profesionales de ambas medicinas, el establecimiento de Unidades, Convenios y Programas y Proyectos, cursos de formación con un enfoque intercultural, fortalecimientos de sistemas de referencias y contrarreferencias con apoyo ministerial.

En la provincia Bautista Saavedra los Médicos Kallawayas y sus conocimientos no son considerados por los médicos académicos. Además, se presenta uno de los problemas más importantes, los Médicos Kallawayas como no son especialistas, no atienden a tiempo completo y tampoco ven este “oficio” como medio para poder sostenerse a si mismo y a sus familias, se cree que la falta de una Ley de implementación de la medicina tradicional a los servicios de salud es la principal dificultad.

Los médicos tradicionales podrían participar en algunas áreas de atención de la salud siempre y cuando se encuentre definido en un marco legal o normativo; por esto consideramos como pilar fundamental para que se asiente la articulación entre ambas medicinas la promulgación de esta ley, lo que dará además un marco para la ejecución de diferentes estudios sobre la medicina tradicional.

Existe mucho camino por recorrer; pero sin duda el presente estudio con el plan de fortalecimiento de la articulación que se plantea sin duda es un buen aporte para avanzar en este proceso.

## **CAPITULO 5. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

De acuerdo a los resultados de la investigación y según los objetivos trazados, se arriban a las siguientes conclusiones:

#### **1. Respecto a los conocimientos, percepciones y actitudes de los médicos tradicionales:**

- Los médicos tradicionales desconocen la organización y funcionamiento del sistema médico oficial lo que muestra ausencia de condiciones de comunicación y que provoca un distanciamiento innecesario en ambos sistemas médicos.
- No existe una coordinación entre el personal de salud y médicos tradicionales. Los médicos tradicionales no participan en ninguna actividad junto a los médicos académicos, así como tampoco existe implementado ningún modelo de referencia y contrarreferencia que demuestre un trabajo coordinado encarando de forma distinta y hasta opuesta las situaciones de enfermedad. Ambos sistemas médicos trabajan de manera independiente con un aparente divorcio a pesar de que ocupan el mismo centro de salud.
- Los médicos tradicionales reconocen la falta de capacitación y se muestran con una actitud positiva hacia la articulación de la medicina tradicional con la académica.
- Las pretensiones de los médicos kallawayas están dirigidas hacia el reconocimiento y apoyo para financiar laboratorios de procesamiento de productos medicinales además de jardines herbarios con diferentes

variedades de plantas medicinales. Muestran un gran interés en comercializar sus productos con el fin de sostener sus labores.

- En su generalidad los médicos tradicionales ven como un gran problema la poca afluencia de pacientes lo que provoca una paulatina deserción de los médicos kallawayas de los consultorios. Hay cierto consenso entre los kallawayas en el sentido de que los ingresos que obtienen atendiendo el consultorio es insuficiente y no justifica el tiempo perdido.

## **2. Respecto a los conocimientos, percepciones y actitudes de los médicos académicos:**

- El personal de salud no muestra suficientes conocimientos sobre las prácticas de los médicos tradicionales mostrando ruptura y ausencia de puentes de comunicación entre dos sistemas de salud que pudiesen ser complementarios. Esto parece provocar la subvaloración de las prácticas medicinales y de la misma cultura kallawayas por el personal de salud académico.
- Varios médicos académicos no reconocen la importancia del servicio médico tradicional. Se pudo notar una clara actitud de sub-valoración de los conocimientos indígenas. Los médicos académicos tienen una actitud poco alentadora en torno a la medicina tradicional y su articulación con el sistema médico oficial.
- Acerca de la articulación el personal de salud manifiesta estar poco informados acerca de la articulación y encuentran poco clara el proyecto que se había puesto en marcha. Su desconocimiento parece ser fruto del poco tiempo que permanecen en los centros de salud, esto debido a que las incomodidades: lejanía y difícil acceso desde La Paz y ausencia de infraestructuras básicas lo hacen poco atractivo para que un “doctor” acepte

y permanezca el tiempo suficiente para conocer a profundidad la cultura local y los proyectos ejecutados.

- Manifiestan los entrevistados que no mejoró el acceso al servicio y que el nivel de afluencia de usuarios sigue igual y perciben como un fracaso el proyecto, arguyen a la falta de difusión del proyecto y un marco legal.

### **3. Respecto a la interrelación de trabajo coordinado entre el personal de salud tradicional y el académico:**

- A pesar de la aparente valorización de la medicina tradicional por la medicina occidental, existe entre ambas una situación de conflicto y de competencia. El argumento comúnmente usado por algunos médicos académicos es que no existe evidencia científica que sustente las prácticas de la medicina tradicional. Generalmente los médicos académicos muestran dudas acerca de la eficacia de la medicina tradicional dificultando de esta manera las posibilidades de revelar nuevas estrategias de colaboración.
- Por otro lado, los médicos tradicionales perciben que la poca valoración de su trabajo por parte del personal de salud impidiendo de esta manera la posibilidad de alcanzar buenos niveles de comunicación, coordinación a través de un sistema de referencia y contrarreferencia intercultural basados en el interés y el respeto mutuo.
- A pesar de la aparente valorización de la medicina tradicional por la medicina occidental, se pudo evidenciar que existe entre ambas una situación de conflicto. El personal médico del sistema oficial de salud intenta asumir el control y esto dificulta las posibilidades de revelar nuevas estrategias de relación de colaboración. Este tipo de posturas de algunos médicos académicos impiden la posibilidad de alcanzar buenos niveles de coordinación.

#### **4. Respecto a los factores socioculturales que influyen en la elección de un sistema médico.**

- Los pobladores tienen mayor preferencia por la medicina tradicional por diversas razones, entre ellas el bajo costo, sin embargo prefieren asistir a los domicilios que al consultorio kallawaya. Por otro lado el otro porcentaje prefiere la medicina institucional por la formación y experiencia de los médicos. La población considera que los médicos académicos saben más porque han estudiado en la universidad, sin embargo la mayoría de los entrevistados se inclina por la medicina tradicional por factores asociados a la cultura, calidad de servicio, acceso geográfico y economía.
- El factor económico se convierte en una condicionante importante para el uso frecuente de la Medicina Tradicional en las comunidades de estudio. Recordemos que la provincia Bautista Saavedra es una de las zonas más pobres de Bolivia.

Por los puntos anteriormente mencionados, se puede observar una articulación debilitada por múltiples factores y situaciones, por ello, se hace necesario considerar acciones para su fortalecimiento en beneficio de los más de 11000 habitantes de la provincia Bautista Saavedra.

#### **5. Lineamientos para un Plan**

De este modo ponemos a consideración los siguientes lineamientos:

- Coordinar estrategias entre los representantes del sistema de salud y los involucrados con la Medicina Tradicional, sobre mecanismos de fortalecimiento de la articulación de la medicina tradicional con el sistema de salud.



- Trabajar de cerca, en reuniones periódicas de intercambio de experiencias, usando como medicina alternativa la medicina tradicional.
- Elaborar protocolos de uso de Plantas Medicinales para sistematizar su uso en los centros de salud.
- Formar al personal de salud respecto al sistema médico tradicional (creencias, concepciones, prácticas y procedimientos) con cursos, talleres y programas de información.
- Elaborar e Implementar un modelo de referencia y contrarreferencia entre ambos sistemas de salud.
- Capacitación a médicos tradicionales sobre cultivo y uso de plantas medicinales, elaboración de productos, medidas de bioseguridad y otros temas.
- Incrementar el acceso y la asequibilidad de la medicina tradicional.
- Formación básica en atención sanitaria primaria a practicantes de la medicina tradicional.
- Seguimiento continuo al programa de articulación de los dos sistemas médicos.
- Fomentar una relación de diálogo continuo entre ambos sistemas médicos.
- Solicitar a las autoridades pertinentes, la construcción de ambientes y crear programas de cultivo sostenibles de especies de plantas medicinales con la visión de un uso interno y con la posibilidad de su comercialización para exportación.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

En relación a la investigación, una limitación fue que el estudio se concentró en las comunidades cercanas a los centros de salud donde se tiene cierto nivel de conocimiento y educación, muchos hablan con cierta facilidad el castellano, sin embargo, existe una población en las áreas dispersas cuyo idioma predominante

es el quechua y sus características culturales difieren en cierto grado, por lo que se recomienda complementar con un estudio que abarque esta población.

Respecto a la articulación de la medicina tradicional y académica en Centros de Salud, en vista de que se encontraron varios factores que condicionan la articulación es importante que los establecimientos inicien una serie de medidas para iniciar acciones consensuadas con los médicos tradicionales para mejorar la articulación. Los resultados de este estudio podrían ser utilizados como línea base para iniciar este proceso.

Si las recomendaciones emanadas de este trabajo de investigación son implementadas, estamos seguros que incidirá favorablemente en la mejora de la salud de la población.

## **PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN**

### **"PLAN DE FORTALECIMIENTO DE LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL AL SISTEMA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LOS CENTROS DE SALUD DE LA PROVINCIA BAUTISTA SAAVEDRA"**

Se habla de articulación o integración en el marco de un objetivo común, aunando esfuerzos que permitan su logro. Se considerará cada actuación como un eslabón de la cadena para dar solución al problema encarado en el objetivo. Se ha considerando los diferentes agentes e instrumentos que lo hagan posible, con participación principal de ambos actores para desarrollar en forma conjunta los programas de salud.

Para esto será necesario también la coordinación en diferentes niveles, de forma que, tanto las instancias locales como nacionales, enmarquen sus actuaciones en busca de alcanzar un mismo objetivo, esperando establecer políticas de Estado para su fortalecimiento que aseguren su buen funcionamiento en el tiempo.

### **5.3 CONTEXTO**

La provincia Bautista Saavedra se divide en dos secciones municipales, cada uno con su respectivo gobierno municipal. La primera sección municipal (Juan José Pérez o Charazani) está organizada en los siguientes cantones : Juan José Pérez o Charazani, Santa Rosa de Kaata, Chari, Gral. Ramón Gonzales (Chajaya), Amarete, San Miguel (Chullina) y Carijana; la segunda sección (municipio de Curva) consta de ocho cantones: Curva, Lagunillas, Camsaya, Kapna, Puli, Kaalaya, Taypi Cañuma y Upinhuaya.

Los Municipios de Curva y Charazani, ubicados en el departamento de La Paz, cuentan con una población de 11475 habitantes, donde más del 80% son originarios quechuas. Esta región se caracteriza por su topografía montañosa y la existencia de numerosos valles. Tiene una variedad de paisajes y climas que varía desde las mas frías de la cordillera hasta las más calidas de los valles.

La red hidrográfica de la provincia Bautista Saavedra desemboca sus aguas en su mayor parte al río Camata, el que a su vez tributa al río Mapiri y este al río Beni, que por su parte vierte sus aguas al río Madera afluente importante del Amazonas.

El clima varía de acuerdo a la altura y la temporada del año. La temperatura oscila entre 0 a 5° C en los meses más fríos hasta 20° C en los meses más calidos.

El acceso a la provincia Bautista Saavedra es a través de carreteras troncales que son de asfalto aproximadamente 150 Km. y el resto, 130 Km aproximadamente hasta llegar ha Charazani, de tierra en regular estado. La trayectoria es como sigue: La Paz a Achacachi 94Km, Achacachi a Escoma 57 Km, Escoma a Charazani 119 Km. El tiempo aproximado de llegada desde La Paz hasta Charazani es aproximadamente de 8 horas en flota.

En relación al aspecto cultural en esta provincia viven los kallawayas, médicos tradicionales que curan a los enfermos con hierbas y ritos tradicionales que datan de la época preincaica, con sus familias en aldeas como Curva, Chajaya, Chari, Inka, Huata Huata y Pampablanca. Los valles donde habitan los kallawayas tienen una importancia estratégica debido a que constituye una puerta de acceso a las tierras bajas que incidió en el dominio de los kallawayas de la herbolaria. Su lengua materna es el quechua aunque en algunos casos se conocen al aymará, el castellano y el pukina, este último una lengua propia de los kallawayas.

En las secciones municipales de Curva y Juan José Pérez (Charazani) de la provincia Bautista Saavedra a nivel primario existen cuatro puestos de salud y cuatro centros de salud los cuales atienden entre 8 a 12 horas diarias. Hay uno a dos profesionales de la salud en cada establecimiento, entre médicos, enfermeras y auxiliares. Estos profesionales viven en habitaciones dispuestos en los mismos establecimientos durante varias semanas antes de retornar a su residencia habitual.

Existen tres centros salud, C.S. Curva, Hospital de Charazani y C.S. Amarete en el que conviven la medicina tradicional y la occidental donde se ofrece un servicio integrado, ya que en las mismas instalaciones se hallan médicos académicos y médicos kallawayas, respetando su estructura organizativa de jerarquía/recepción/atención al paciente que allí acude. Estos centros cuentan con ambientes como: sala de espera, consultorios médicos, salas de enfermería, oficinas de administración, quirófanos, sala de partos, salas de internación, dormitorio del personal médico, cocina y un consultorio kallawayaya dotado de insumos y materiales necesarios para su funcionamiento.

## **5.4 JUSTIFICACIÓN**

En estos municipios las tasas de mortalidad materna son de 397 por 100.000 n.v. en Curva y 457 por 100.000 n.v en Charazani, con un acceso de la población al servicio de salud de solo 20%, mientras 80% de los pobladores son atendidos por médicos kallawayas o familiares.

La calidad de vida de los habitantes de la provincia es muy baja concordante con un IDH (Índice de Desarrollo Humano) también muy bajo de acuerdo a datos publicados en el informe Nacional de Desarrollo Humano 2004.

Con la implementación del proyecto de articulación de la medicina tradicional si bien se han elevado los niveles de participación de los médicos tradicionales, persiste el bajo nivel de afluencia de pacientes y la falta de confianza de la población hacia los servidores de salud.

En los tres centros de salud, Amarete, Curva y Charazani, donde se tiene implementado la articulación de la medicina tradicional a la académica, la iniciativa parece tender al fracaso por el sucesivo abandono del personal médico tradicional kallawaya del consultorio kallawaya.

La incomunicación entre los actores del servicio de salud, médicos tradicionales y usuarios es significativa, pese a que el servicio de salud y sus políticas, tanto nacionales como locales, tienen el objetivo de incrementar los niveles de comunicación.

Estas políticas apuntan a la comunicación dentro del servicio de salud; pero aún en la atención materna la demanda del servicio de salud es baja, fenómeno que se refleja a través de las coberturas, tanto del servicio de salud como de las parteras.

Los niveles de incomunicación existentes entre los actores son elevados debido a la falta de espacios de diálogo o capacitación, no solamente con los médicos tradicionales sino también con los usuarios y el personal médico.

De la investigación realizada se logró detectar problemas en el proceso de desarrollo de lazos de confianza entre dichos actores, fundamentales para lograr un diagnóstico preciso y una eficiente atención. De este conjunto de problemas, se construyó una matriz de priorización (ANEXO F) del cuál se desprendió los problemas que serán priorizados.

Con el propósito de mejorar el acceso de la comunidad y una atención segura, con riesgos prevenidos y controlados oportunamente, con esta estrategia se pretende incidir en la disminución de las tasas de mortalidad de la población, sobre todo la mortalidad materna.

En el marco de la política actual de salud, se plantea esta estrategia de fortalecimiento de la articulación de los dos sistemas médicos de manera concertada que responda a la perspectiva de los usuarios, autoridades de salud y municipales, propuesta que tiene el objetivo de desarrollar y fortalecer vínculos entre el sistema médico tradicional y el institucional, en busca de la aceptación, respeto, integración y coordinación entre los dos servicios.

La importancia del fortalecimiento de los vínculos del sistema médico tradicional y el institucional nace del hecho de que la práctica de la medicina tradicional es parte de la cultura de la comunidad; lo cual hace que gran parte de los problemas cotidianos de salud sean resueltos, más bien que mal, con recursos locales y naturales antes que con la medicina occidental.

Por ello se propone:

- La institucionalización del servicio tradicional a través de la organización de los médicos tradicionales formando una red de prestación de servicios tradicionales de atención de la salud.
- Capacitación de los dos grupos de actores, los médicos tradicionales en detección de riesgos y referencia; por otro lado, los prestadores de salud académica en procedimientos de la atención tradicional, reflexión sobre la calidad integral de la atención, interculturalidad, comunicación y trato.

- Crear espacios continuos de comunicación entre estos dos actores, con sistemas de coordinación y referencia - contrarreferencia, con la finalidad de compartir conocimientos, técnicas y procedimientos de los dos servicios.
- La dotación de equipos para el procesamiento de medicamentos naturales para apoyar, con la venta de estos medicamentos la difícil situación económica de los médicos kallawayas y de esta manera justificar el tiempo que invierten en el consultorio kallawayas.
- Apertura de una puerta alternativa para incidir en la fluidez del usuario que se muestra temeroso al servicio de salud.
- Por último, se propone la ampliación de los jardines herbarios con el fin de ampliar la capacidad resolutive del medico kallawayas proveyéndole de todo tipo de variedades de plantas. También los jardines herbarios fortalecerán la complementariedad entre las plantas medicinales y los medicamentos.

En este marco los objetivos del proyecto de intervención son como se mencionan a continuación.

## **5.5 OBJETIVO GENERAL**

Fortalecer la articulación de la medicina tradicional con la medicina occidental en la atención de salud en los centros de salud a través de un proceso de capacitación y formulación de un modelo de salud involucrando a los médicos tradicionales y médicos académicos con el fin de contribuir a mejorar la situación de salud de los habitantes de la Provincia Bautista Saavedra del Departamento de La Paz.



## 5.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Dictar cursos de capacitación al personal del sistema oficial de salud, en torno a la importancia de la articulación de la medicina tradicional y terapias tradicionales en la medicina oficial.
2. Dictar cursos de capacitación a los médicos tradicionales en sus diferentes especialidades, en torno a la estructura y funcionamiento del sistema médico oficial y la articulación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud.
3. Fomentar el logro de un trabajo coordinado y en equipo entre los agentes de la medicina tradicional y el personal de la medicina académica, acortando de esta manera las brechas existentes y favoreciendo el acercamiento entre ambas medicinas involucrando a los médicos kallawayas en programas específicos de salud.
4. Promocionar de la medicina tradicional kallawayas en el ámbito local, y provincial mediante una combinación de diálogos comunitarios, programas a través de los medios de comunicación (radio) y material visual (Folletos y cuadros).
5. Ampliar los jardines herbarios en los centros de salud Curva, Charazani y Amarete cubriendo los requerimientos de plantas sugeridos por los médicos kallawayas.
6. Gestionar recursos ante las autoridades correspondientes para apoyo técnico y equipos para el procesamiento y comercialización de productos medicinales de los kallawayas.
7. Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia que tenga una buena capacidad de derivación rápida y eficiente, con una adecuada infraestructura y logística.
8. Replantear del diseño del consultorio kallawayas de tal manera que pueda proveerse una puerta de acceso alternativo.

## 5.7 RESULTADOS ESPERADOS

### RESULTADO ESPERADO 1:

**Personal de salud capacitado en la articulación de la medicina tradicional; cosmovisión y terapias tradicionales indígenas; idioma quechua; y, atención de salud con enfoque intercultural.**

#### ACTIVIDADES

- Realizar un curso de capacitación para el personal de salud con el propósito de mejorar sus conocimientos respecto a la Cosmovisión kallawayaya y el sistema médico tradicional.
- Realizar un curso de capacitación para el personal de salud con el fin de difundir información relacionada a la articulación de la medicina tradicional al sistema de salud oficial.
- Realizar un curso básico del idioma quechua con aquellos servidores de salud que no conozcan el idioma.
- Realizar charlas con el personal de salud respecto a la valoración y respeto a los derechos y valores culturales de los kallawayas.

#### INDICADORES:

- Al menos 50% del personal de salud mejora sus acciones de intervención con conocimientos de usos y costumbres de la cultura kallawayaya.
- Al menos el 50% del personal de salud tiene una excelente relación de comunicación con los médicos kallawayas
- Al menos 70% del personal de salud conoce las costumbres, lengua y tradiciones de la cultura kallawayaya.
- La organización de atención se adecua a las características socioculturales de la población en el 100% de los puestos de salud.

#### FUENTES DE VERIFICACIÓN

- Encuestas a pobladores
- Encuestas a médicos kallawayas
- Encuestas al personal de salud
- Documento de Organización de la atención

#### RESULTADO ESPERADO 2:

**Médicos tradicionales *capacitados en la articulación de la medicina tradicional y la estructura y funcionamiento del sistema médico oficial.***

#### ACTIVIDADES

- Realizar dos diálogos comunitarios con las organizaciones de médicos tradicionales acerca de la articulación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud, sus objetivos, alcances, beneficios y la responsabilidad de cada uno de ellos.
- Efectuar dos cursos de capacitación para los médicos kallawayas, acerca del sistema médico institucional y temas propios del conocimiento de un operador comunitario en salud.

#### INDICADORES:

- Al menos 40% de los médicos tradicionales mejora sus acciones de intervención en las decisiones adoptadas por los funcionarios municipales de salud.
- Al menos el 50% de los médicos kallawayas conocen su rol y derechos de participación en temas de salud.

#### FUENTES DE VERIFICACIÓN

- Encuesta a médicos kallawayas
- Encuesta a funcionarios municipales de salud.

### **RESULTADO ESPERADO 3:**

**Los médicos tradicionales y el personal de salud trabajan conjuntamente acortando las brechas existentes.**

#### ACTIVIDADES

- Definir juntamente a los médicos kallawayas espacios de participación en campañas y programas de salud.
- Efectuar una reunión junto a los médicos académicos para organizar la atención de salud con participación de los médicos kallawayas en campañas y programas de salud.

#### INDICADORES:

- Al menos 50% de los médicos tradicionales han intervenido en alguna campaña de vacunación.
- La organización de la atención de salud involucra la participación de los médicos kallawayas en al menos 80% de los puestos de salud.

#### FUENTES DE VERIFICACIÓN

- Encuesta a médicos kallawayas y personal de salud
- Fotografías
- Plan de Vacunación
- Documento de organización de la atención

### **RESULTADO ESPERADO 4:**

**Población motivada por la asistencia a los consultorios kallawayas.**

#### ACTIVIDADES

- Realizar diálogos comunitarios en la escuela, juntas vecinales y organizaciones de mujeres acerca de articulación de los consultorios kallawayas y las especialidades de atención que ofrecen.
- Difundir por medios de comunicación social materiales audiovisuales, adecuado culturalmente a la región, sobre los consultorios kallawayas y las especialidades de atención que ofrecen.

- Asignar roles y funciones a los representantes sociales de la población en las actividades de la información.

**INDICADORES:**

- La afluencia de usuarios al consultorio kallawayas se incrementa al menos en un 50% .
- La afluencia de usuarios al servicio de salud se incrementa al menos en un 30%

**FUENTES DE VERIFICACIÓN**

- Sistema Nacional de Información en salud
- Encuestas a Médicos Kallawayas

**RESULTADO ESPERADO 5:**

**Jardines herbarios ampliados y construidos.**

**ACTIVIDADES**

- Realizar una reunión con los representantes de los kallawayas y el profesional agrónomo para definir requerimientos y especificaciones técnicas de los jardines herbarios.
- Solicitud y gestión de recursos para la ampliación de los jardines herbarios.
- Cubrir los jardines herbarios con los requerimientos de plantas sugeridos por los médicos kallawayas adaptándolo a las exigencias de las plantas más exóticas.

**INDICADORES:**

- Se cuenta con jardines herbarios construidos en el 100% de los puestos de salud.
- Al menos el 70% de los requerimientos de plantas son cubiertos en el 100% de los puestos de salud.

**FUENTES DE VERIFICACIÓN**

- Acta de entrega de obras
- Encuesta a médicos kallawayas.

## **RESULTADO ESPERADO 6:**

### **Laboratorio de procesamiento de medicamentos kallawaya equipado y con apoyo técnico para su funcionamiento**

#### ACTIVIDADES

- Solicitud y gestión de recursos para la construcción de laboratorios equipados para el procesamiento de productos medicinales naturales.
- Realizar cursos de capacitación para los médicos kallawayas en temas de fabricación y procesamiento de medicamentos naturales.

#### INDICADORES:

- Se cuenta con laboratorio de procesamiento de productos en los centros de salud Charazani y Curva y aprobados por los Consejos Municipales de Charazani y Curva.
- Se cuenta con apoyo técnico para la fabricación y comercialización de productos medicinales kallawayas en los dos centros de salud aprobados por los respectivos Consejos Municipales.

#### FUENTES DE VERIFICACIÓN

- POA municipal.
- Acta de entrega de equipos.
- Encuesta a médicos kallawayas.

## **RESULTADO ESPERADO 7:**

**Se ha consolidado un sistema de referencia y contrarreferencia con calidad de atención en el marco de las políticas de salud vigente.**

### ACTIVIDADES

- Reunión conjunta destinado a definir una estrategia factible de referencias y contrarreferencias de casos culturalmente adecuados y concertados con los médicos kallawayas.
- Realizar un taller de socialización del protocolo de referencia y contrarreferencia y las responsabilidades y competencias del personal de salud académico y el tradicional.

### INDICADORES:

- Se cuenta con protocolos de referencia y contrarreferencia adecuados a las características de los centros de salud.
- Al menos 50% de los médicos tradicionales y académicos conocen el nuevo modelo de referencia y contrarreferencia.

### FUENTES DE VERIFICACIÓN

- Acta de aprobación del protocolo.
- Protocolo de referencia y contrarreferencia.

## **RESULTADO ESPERADO 8:**

**Consultorio de salud kallawayaya con una puerta de acceso alternativo.**

### ACTIVIDAD

- Solicitar y gestionar la readecuación de los consultorios kallawayas para dotar de una puerta de acceso independiente alternativa al consultorio para los centros de salud Charazani, Curva y Amarete.

**INDICADORES:**

- Tres proyectos de rediseño de ambientes de los centros de salud Charazani, Curva y Amarete aprobados por los consejos municipales de Charazani y Curva.

**FUENTES DE VERIFICACIÓN**

- Documentos de los Proyectos de Rediseño Final.
- POA Municipal
- Actas de reuniones del DILOS.

**5.8 RECURSOS Y PRESUPUESTO**

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)	CALENDARIO
1. Dictar cursos de capacitación al personal del sistema oficial de salud, en torno a la importancia de la articulación de la medicina tradicional y terapias tradicionales en la medicina oficial.	1.1. Realizar un curso de capacitación para el personal de salud con el propósito de mejorar sus conocimientos respecto a la Cosmovisión kallawayá y el sistema médico tradicional.	- Fotocopias de documentos	Hojas	600	60	Mayo – 2008
		- Lap Top	Hora	8	240	
		- Data Display	Hora	8	400	
		- Facilitador	Hora	8	1000	
		- Hojas Bond	Hojas	100	5	
		- Bolígrafos	Pieza	24	24	
		- Refrigerio	Día	2	100	
	1.2. Realizar un curso de capacitación para el personal de salud con el fin de difundir información relacionada a la articulación de la medicina tradicional al sistema de salud oficial	- Fotocopias de documentos	Hojas	600	60	Mayo – 2008
		- Lap Top	Hora	8	240	
		- Data Display	Hora	8	400	
		- Facilitador	Hora	8	1000	
		- Hojas Bond	Hojas	100	5	
		- Bolígrafos	Pieza	24	24	
		- Refrigerio	Día	2	100	
	1.3. Realizar un curso básico del idioma quechua con aquellos	- Fotocopias de documentos	Hojas	500	50	Junio, Julio y Agosto - 2008
		- Facilitador	Día	26	5200	
			Piezas	24	24	



OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)	CALENDARIO
	servidores de salud que no conozcan el idioma.	- Bolígrafos - Refrigerio	Día	26	1300	
	1.4 Realizar dos sesiones de charlas con el personal de salud respecto a la valoración y respeto a los derechos y valores culturales de los kallawayas.	- Fotocopias - Facilitador - Bolígrafos - Refrigerio	Hojas Hora Pieza Día	500 8 24 2	50 400 24 100	Mayo – 2008
2. Dictar cursos de capacitación a los médicos tradicionales en sus diferentes especialidades, en torno a la estructura y funcionamiento del sistema médico oficial y la articulación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud.	2.1. Realizar dos diálogos comunitarios con las organizaciones de médicos tradicionales acerca de la articulación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud, sus objetivos, alcances, beneficios y la responsabilidad de cada uno de ellos.	- Impresión de Materiales educativos  - Facilitador	Docu-mento  Hora	100  8	1000  400	Junio – 2008
	2.2. Efectuar dos curso de capacitación para los médicos kallawayas, acerca del sistema médico institucional y temas propios del conocimiento de un operador comunitario en salud.	- Fotocopias de documentos - Lap Top - Data Displey - Facilitador - Hojas Bond - Bolígrafos - Refrigerio	Hojas Hora Hora Hora Hojas Pieza Dia	1000 16 16 16 100 24 4	100 480 800 2000 5 24 200	Julio - 2008
3. Fomentar el logro de un trabajo	3.1. Definir juntamente con los médicos	- Hojas Bond - Bolígrafos - Refrigerio	Hojas Pieza Día	300 24 1	15 24 200	Agosto – 2008

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)	CALENDARIO
coordinado y en equipo entre los agentes de la medicina tradicional y el personal de la medicina académica, acortando de esta manera las brechas existentes y favoreciendo el acercamiento entre ambas medicinas, involucrando a los médicos kallawayas en programas de vacunación.	kallawayas espacios de participación en campañas y programas de salud.					
	3.2. Efectuar una reunión junto los médicos académicos para organizar la atención de salud con participación de los médicos kallawayas en campañas y programas de salud.	- Hojas Bond - Bolígrafos - Refrigerio	Hojas Pieza Día	500 24 1	25 24 400	Agosto - 2008
4. Promoción de las medicina tradicional kallawayas en el ámbito local, y provincial mediante una combinación de diálogos comunitarios, programas a través de los medios de comunicación (radio) y material visual (Folleto y cuadros).	4.1. Realizar diálogos comunitarios en la escuela, juntas vecinales y organizaciones de mujeres acerca de los consultorios kallawayas y las especialidades de atención que se ofrecen en Curva, Amarete y Charazani.	- Pasaje terrestre - Alojamiento y alimentación - Teléfono	Viaje Día Llama- da	4 2 10	100 40 50	Septiembre - 2008

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)	CALENDARIO
	4.2. Difundir por los medios de comunicación social materiales audiovisuales, adecuado culturalmente a la región, sobre los consultorios kallawayas y las especialidades de atención que ofrecen.	- Elaboración de spot  - Espacio en radio emisora local  - Impresión de trípticos	Pieza  Hora  Lámina	1  30  50	200  2050  500	Septiembre, Octubre y Noviembre – 2007
	4.3. Realizar una reunión para asignar roles y funciones a los representantes sociales de la población en las actividades de la información.	----	----	----	----	Septiembre – 2008
5. Construcción y ampliación de jardines herbarios en cada centro de salud.	5.1. Realizar una reunión con los representantes de los kallawayas y el profesional agrónomo para definir requerimientos y especificaciones técnicas de los jardines herbarios.	- Hojas Bond - Bolígrafos - Refrigerio	Hojas Pieza Día	200 10 1	25 24 400	Agosto – 2008
	5.2. Solicitud y gestión de recursos para la ampliación de los jardines herbarios.	- Pasaje terrestre - Alojamiento y alimentación - Teléfono	Viaje Día  Llama- da	4 2  10	100 40  50	Agosto – 200;8
	5.3. Cubrir los jardines herbarios con los requerimientos de plantas sugeridos por los médicos kallawayas adaptado a las	- 3 Trabajadores	Día	90	6480	Septiembre, Octubre y Noviembre – 2008

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)	CALEN-DARIO
	exigencias de las plantas más exóticas.					
6. Gestionar recursos ante las autoridades correspondientes para apoyo técnico y equipos con el fin de industrializar los productos medicinales de los kallawayas.	6.1. Solicitud y gestión de recursos para la construcción de laboratorios equipados para el procesamiento de productos medicinales naturales.	- Pasaje terrestre - Alojamiento y alimentación - Teléfono	Viaje	4	100	Junio – 2008
			Día	2	40	
			Llama-da	10	50	
	6.2. Realizar cursos de capacitación para los médicos kallawayas en temas de fabricación y procesamiento de medicamentos naturales.	- Fotocopias de materiales - Folletos - Lap Top - Data Display - Facilitador - Hojas Bond - Bolígrafos - Refrigerio	Docu-mento Pieza Hora Hora Hora Hojas Pieza Día	40 50 8 8 8 300 40 2	160 50 240 400 1000 15 40 400	Octubre – 2008
7. Establecer un sistema de referencia y contrarreferencia que tenga una buena capacidad de derivación rápida y eficiente, con una adecuada infraestructura y logística.	7.1. Reunión conjunta destinado a definir una estrategia factible de referencias y contrarreferencias de casos culturalmente adecuados y concertados con los médicos kallawayas.	- Fotocopias de materiales - Folletos - Hojas Bond - Bolígrafos - Refrigerio	Docu-mento	40	160	Mayo – 2008
			Pieza	50	50	
			Hojas	300	15	
			Pieza	12	12	
			Día	4	400	
	7.2. Realizar un taller de socialización del protocolo de referencia y contrarreferencia y las responsabilidades y competencias del personal de salud académico y el tradicional.	- Fotocopias de materiales - Folletos - Lap Top - Data Display - Facilitador - Hojas Bond - Bolígrafos - Refrigerio	Docu-mento Pieza Hora Hora Hora Hojas Pieza Día	40 50 8 8 8 300 40 1	160 50 240 400 1000 15 40 200	Junio – 2008
8. Rediseño del	8.1. Solicitar y	- Pasaje	Viaje	4	100	Mayo –

OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDAD	MATERIALES	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL (Bs.)	CALENDARIO
consultorio kallawaya de tal manera que pueda proveerse una puerta de acceso alternativo.	gestionar la readecuación de los consultorios kallawayas para dotar de una puerta de acceso independiente alternativa al consultorio.	terrestre - Alojamiento y alimentación - Teléfono	Día  Llama- da	2  10	40  50	2008

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI). Desarrollo en Apolobamba – Cultura Kallawaya.
2. C.D.C. Causananchispaj, OPS/OMS, Populationconcern, Sedes/Potosí. Primera Fase de Intervención de La Estrategia Materna, Concertada e Intercultural en Ayllus de los Municipios de Caiza “D”yY Cotagaita. La Paz, Bolivia, 2004.
3. DNCB/CECI. Plan de Manejo - Reserva Nacional de Fauna Ulla Ulla; Diagnóstico de la reserva. Dirección Nacional de Conservación de la Biodiversidad, Centro Canadiense de Estudios y de Cooperación Internacional. 1997,La Paz, Bolivia.
4. Evia, J.L. y R. Molina. 1997. Estudio Medio-Ambiental de la Minería Mediana, Pequeña y Artesanal en Bolivia. Banco Universidad Católica Boliviana. La Paz, Bolivia.
5. FERNANDEZ, G. Médicos y Yatiris. Salud e Interculturalidad en el altiplano Aymará. La Paz. . 1999.
6. Gerardo Fernández Juárez. Salud e Interculturalidad en América Latina. 1ra. Edición, Quito Ecuador – Agosto 2004.
7. Informe Final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6 –12, Septiembre, 1978.

8. Janzen JM. The Comparative Study Of Medical Systems As Changing Social Systems. Soc Sci Med 1978.
9. Kleinman A. Concepts And Model For The Comparison Of Medical Systems As Cultural Systems. Soc Sci Med 1978.
10. Latil Eric / ECLat Echanges Cultures Latinoamericains. Medicina Kallawaya. C/O Centre Social Baussenque 34, rue Baussenque, 130002 Marseille.
11. Millones, L. Historia y poder en los Andes Centrales. Edit. Alianza, Madrid, 1987.
12. OPS/OMS. Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. Julio 1985.
13. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS Sobre Medicina Tradicional 2002 – 2005. Ginebra, 2002, WHO/EDM/TRM/2002.1.
14. Press I. Problems In The Definition And Classification Of Medical Systems. Soc Sci Med 1980;14B(1).
15. Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional, Serie de Informes Técnicos, 622, OMS, 1978.
16. Taller de Salud, Guaranda, Bolívar, Ecuador, 1995. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, División de Desarrollo de Sistemas de Salud, OPS/OMS, Washington, D.C., 1997.

17. TEZANOS, Araceli de, Una Etnografía de la Etnografía. Colecciones Antohropos, Santa Fe de Bogotá, 1998.
  
18. World Health Organization. Policy Perspectivas en Medicines. Medicina Tradicional – Necesidades Crecientes y Potencial. WHO/EDM/2002.4, No. 2, Geneva, May 2002.



## ANEXO A: RESULTADOS GENERADOS DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE EPI INFO

### ENTREVISTA A MÉDICOS KALLAWAYAS

#### I. DATOS BÁSICOS DEL INFORMANTE

##### P1 Escolaridad:

ESCOLARIDAD	Freq	Percent	Cum.
PRIMARIA	4	40.0%	40.0%
NINGUNO	6	60.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

##### P2 Años de ejercicio en su ocupación como medico kallawayas

AÑOS	Freq	Percent	Cum.
20	1	10.0%	10.0%
35	4	40.0%	50.0%
40	2	20.0%	70.0%
50	2	20.0%	90.0%
60	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	400	40.000	122.222	11.055	3.496
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
20.000	35.000	37.500	50.000	60.000	35.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.

T statistic = 11.442, df = 9 p-value = 0.00000

##### P3 como se acerco al oficio de la medicina tradicional.

- 1= Interés personal
- 2= Oportunidad de trabajo
- 3= Cuestiones académicas
- 4= tradición familiar
- 5= Practica profesional
- 6= Otra

N6OTRA	Freq	Percent	Cum.
1	3	30.0%	30.0%
2	1	10.0%	40.0%
3	1	10.0%	50.0%
4	4	40.0%	90.0%
6	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	30	3.000	2.889	1.700	0.537
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	3.500	4.000	6.000	4.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 5.582, df = 9 p-value = 0.00034

P4 De quién aprendió el oficio de medico kallawaya:

OFICIO	Freq	Percent	Cum.
ABUELO	4	40.0%	40.0%
PADRE	3	30.0%	70.0%
OTRO KALLAWAYA	3	30.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P5 Tiempo que duro su aprendizaje:

TIEMPO	Freq	Percent	Cum.
10	2	20.0%	20.0%
12	1	10.0%	30.0%
15	3	30.0%	60.0%
16	1	10.0%	70.0%
18	1	10.0%	80.0%
20	1	10.0%	90.0%
25	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	156	15.600	21.156	4.600	1.454
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
10.000	12.000	15.000	18.000	25.000	15.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 10.725, df = 9 p-value = 0.00000

II. CONOCIMIENTOS (RESPECTO A LA MEDICINA ACADEMICA)

P5 Se capacito sobre la medicina occidental: SI=1 NO=2

CAPACITO	Freq	Percent	Cum.
1	1	10.0%	10.0%
2	9	90.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	19	1.900	0.100	0.316	0.100
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 19.000, df = 9 p-value = 0.00000

(SI) ¿Sobre qué tema?

SOBRE	Freq	Percent	Cum.
MEDICINA NATURAL	1	10.0%	10.0%
NINGUNO	9	90.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P6 Importancia de conocer la medicina occidental:

- 1=Muy importante
- 2=Importante
- 3=Poco importante

IMPORTA	Freq	Percent	Cum.
1.00	5	50.0%	50.0%
2.00	3	30.0%	80.0%
3.00	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	17	1.700	0.678	0.823	0.260
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.500	2.000	3.000	1.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 6.530, df = 9 p-value = 0.00011

(SI) ¿Por que?

PORQUE	Freq	Percent	Cum.
PERMITIRÍA SABER MAS	4	40.0%	40.0%
PERMITIRÍA LOGRAR VALORACIÓN	2	20.0%	60.0%
NINGUNO	3	30.0%	90.0%
PERMITIRÍA TENER MÁS RECURSOS PARA TRAT.	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

**ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD**

M.S.D. - U.M.S.A.

iv

(NO) ¿Por que?

PORQUE01	Freq	Percent	Cum.
NO ES NECESARIO	1	10.0%	10.0%
NINGUNO	7	70.0%	80.0%
NUESTRA MEDICINA ES SUFICIENTE	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P7 Aspectos que desearía conocer sobre la medicina occidental

ASPECT1	Freq	Percent	Cum.
COLOCAR INYECCION	3	30.0%	30.0%
CURAR ENFERMEDADES DESCONOCIDAS	2	20.0%	50.0%
USO DE MEDICAMENTOS Y ATENCIÓN DE PAC.	2	20.0%	70.0%
PARTES DEL CUERPO	1	10.0%	80.0%
FUNCIONAMIENTO DEL CUERPO	1	10.0%	90.0%
NADA	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

(RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL SISTEMA DE SALUD)

P8 Vio o recibieron información acerca de la articulación de la medicina tradicional: SI=1 NO=2

SI1NO2	Freq	Percent	Cum.
1	6	60.0%	60.0%
2	4	40.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	14	1.400	0.267	0.516	0.163
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.

T statistic = 8.573, df = 9 p-value = 0.00001

(SI) ¿que información ha recibido? ¿que decía o que se veía?

QUEINF1	Freq	Percent	Cum.
ACERCA DEL CONSULTORIO KALLAWAYA	4	40.0%	40.0%
NINGUNO	4	40.0%	80.0%
EJERCICIO DE LOS TURNOS	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

**ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD**

M.S.D. - U.M.S.A.

V

P9 Los médicos tradicionales actualmente son capacitados por el equipo profesional medico : SI=1 NO=2

SI1NO201	Freq	Percent	Cum.
2	10	100.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	20	2.000	0.000	0.000	0.000
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
2.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

III. PERCEPCIÓN EN TORNO ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL

P10 Existencia de claridad en la estrategia de articulación que se tiene implementada: SI=1 NO=2

SI1NO202	Freq	Percent	Cum.
1	7	70.0%	70.0%
2	3	30.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	13	1.300	0.233	0.483	0.153
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 8.510, df = 9 p-value = 0.00001

(NO) ¿Cómo así?

COMOASI1	Freq	Percent	Cum.
NO ENTIENDE EL PROPÓSITO	7	70.0%	70.0%
NO ESTA SEGURO	3	30.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

## ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

M.S.D. - U.M.S.A.

vi

P11 Obtención de buenos resultados luego de la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional: SI=1 NO=2

SI1NO203	Freq	Percent	Cum.
1	5	50.0%	50.0%
2	5	50.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	15	1.500	0.278	0.527	0.167
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.500	2.000	2.000	1.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.

T statistic = 9.000, df = 9 p-value = 0.00001

P12 Dificultades que encuentra en la estrategia de articulación de la medicina tradicional

DIFICULT1	Freq	Percent	Cum.
DESUNIÓN	1	10.0%	10.0%
FALTA DE APOYO ECONÓMICO Y LEYES FAVORAB	1	10.0%	20.0%
INCUMPLIMIENTO DE LOS TURNOS	1	10.0%	30.0%
NINGUNO	2	20.0%	50.0%
NO EXISTE GANANCIA	1	10.0%	60.0%
POCA AFLUENCIA DE PACIENTES	3	30.0%	90.0%
SUBVALORACION DE LA M.T. POR PERSONAL D	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P13 Sugerencias para mejorar la articulación de la medicina tradicional

SUGER1	Freq	Percent	Cum.
APOYO ECONÓMICO PARA MEJORAR PRODUCTOS	1	10.0%	10.0%
GESTIÓN DE PERSONAL DE SALUD CULT. ADEC.	1	10.0%	20.0%
MAS ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN P. KALLAW.	1	10.0%	30.0%
PROMOCIÓN DEL CONSULTORIO KALLAWAYA	4	40.0%	70.0%
PUERTA DE ACCESO INDEPENDIENTE	3	30.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

## IV. INTERRELACIÓN CON EL PERSONAL MEDICO DE SALUD

P14 Existencia de alguna forma coordinación con el personal de salud: SI=1 NO=2

SI1NO204	Freq	Percent	Cum.
1	2	20.0%	20.0%
2	8	80.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	18	1.800	0.178	0.422	0.133
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 13.500, df = 9 p-value = 0.00000

(SI) ¿Cuál?

CUAL1	Freq	Percent	Cum.
EN LA PLANIF. DE OBRAS DE CONST. MANT.	2	20.0%	20.0%
NINGUNO	8	80.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P15 Existencia de algún modelo de referencia y contrarreferencia entre el sistema de salud tradicional y el académico: SI=1 NO=2

SI1NO205	Freq	Percent	Cum.
1	2	20.0%	20.0%
2	8	80.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	18	1.800	0.178	0.422	0.133
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 13.500, df = 9 p-value = 0.00000

(SI) ¿Cuál?

CUAL21	Freq	Percent	Cum.
NINGUNO	8	80.0%	80.0%
TRANSFIEREN PACIENTES	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P16 Participación de los médicos tradicionales en alguna área de atención de salud SI=1 NO=2

SI1NO206	Freq	Percent	Cum.
1	3	30.0%	30.0%
2	7	70.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	17	1.700	0.233	0.483	0.153
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 11.129, df = 9 p-value = 0.00000

(SI) ¿Cuales?

- 1= Prevención y control de enfermedades
- 2= Consejeros
- 3= Promotores de salud
- 4= Agentes comunitarios de salud
- 5= Ninguno

N50TRO	Freq	Percent	Cum.
2	1	10.0%	10.0%
4	2	20.0%	30.0%
5	7	70.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	45	4.500	0.944	0.972	0.307
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
2.000	4.000	5.000	5.000	5.000	5.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 14.643, df = 9 p-value = 0.00000

P17 Frecuencia de participación en reuniones de equipo con los médicos kallawayas

- 1= Frecuentemente
- 2= A veces
- 3= Nunca



N3NUNCA	Freq	Percent	Cum.
2	3	30.0%	30.0%
3	7	70.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	27	2.700	0.233	0.483	0.153
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
2.000	2.000	3.000	3.000	3.000	3.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.

T statistic = 17.676, df = 9 p-value = 0.00000

P18 Definición del ambiente de relación entre el personal de salud y los médicos kallawayas

- 1= Agradable
- 2= Tenso
- 3= Conflictivo

N3CONFLICT	Freq	Percent	Cum.
1	5	50.0%	50.0%
2	3	30.0%	80.0%
3	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	17	1.700	0.678	0.823	0.260
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.500	2.000	3.000	1.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.

T statistic = 6.530, df = 9 p-value = 0.00011

P19 Propuestas para un trabajo conjunto

PROPUESTA1	Freq	Percent	Cum.
NO SABE	6	60.0%	60.0%
PARTICIPACIÓN EN CAMPAÑAS	3	30.0%	90.0%
PARTICIPACIÓN EN LOS COMITÉS DE A. DE I	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

V. ACTITUD HACIA LA ARTICULACIÓN ENTRE EL SISTEMA MEDICO TRADICIONAL Y EL SISTEMA MEDICO INSTITUCIONAL

- 1= Muy de acuerdo
- 2= De acuerdo
- 3= Ni en acuerdo, ni en desacuerdo

## ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

M.S.D. - U.M.S.A.

X

4= En desacuerdo

5= Muy en desacuerdo

P20 Grado en el que esta de acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional y la medicina académica

N5MUYENDES	Freq	Percent	Cum.
1	3	30.0%	30.0%
2	5	50.0%	80.0%
3	1	10.0%	90.0%
4	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	20	2.000	0.889	0.943	0.298
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	2.000	2.000	4.000	2.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.

T statistic = 6.708, df = 9 p-value = 0.00009

P21 Grado en el que esta de acuerdo con un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia entre los dos sistemas médicos

N5MUYEND01	Freq	Percent	Cum.
1	1	10.0%	10.0%
2	4	40.0%	50.0%
3	3	30.0%	80.0%
4	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	26	2.600	0.933	0.966	0.306
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.500	3.000	4.000	2.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.

T statistic = 8.510, df = 9 p-value = 0.00001

P22 Grado en el que esta de acuerdo con que los médicos tradicionales cuenten con espacio en la atención de salud, con condiciones de infraestructura, socioeconomica y culturalmente adecuadas

N5MUYEND02	Freq	Percent	Cum.
1	7	70.0%	70.0%
2	2	20.0%	90.0%
3	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	14	1.400	0.489	0.699	0.221
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.000	2.000	3.000	1.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 6.332, df = 9 p-value = 0.00014

P23 Grado en el que esta de acuerdo con la asignación de presupuesto para desarrollo, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación de la medicina tradicional

N5MUYEND03	Freq	Percent	Cum.
1	3	30.0%	30.0%
2	5	50.0%	80.0%
3	1	10.0%	90.0%
4	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	20	2.000	0.889	0.943	0.298
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	2.000	2.000	4.000	2.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 6.708, df = 9 p-value = 0.00009

P24 Grado en el que esta de acuerdo con incorporar a los médicos tradicionales al sistema oficial de salud para la atención de salud del primer nivel con salario incluido

N5MUYEND04	Freq	Percent	Cum.
1	5	50.0%	50.0%
2	4	40.0%	90.0%

4		1	10.0%	100.0%
-----+				
Total		10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	17	1.700	0.900	0.949	0.300
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.500	2.000	4.000	1.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 5.667, df = 9 p-value = 0.00031

P25 Grado en el que esta de acuerdo con que se promueva las practicas tradicionales y su integración a la medicina academica

N5MUYEND05		Freq	Percent	Cum.
-----+				
1		5	50.0%	50.0%
2		3	30.0%	80.0%
3		2	20.0%	100.0%
-----+				
Total		10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	17	1.700	0.678	0.823	0.260
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.500	2.000	3.000	1.000

La T de Student es válida si la media es diferente de cero.  
 T statistic = 6.530, df = 9 p-value = 0.00011

ENTREVISTA A MÉDICOS ACADÉMICOS

I. DATOS BÁSICOS DEL INFORMANTE

P1 Especialidad:

ESPECIA	Freq	Percent	Cum.
AUXILIAR DE ENFERMER	4	40.0%	40.0%
ENFERMERÍA	2	20.0%	60.0%
MEDICINA GENERAL	3	30.0%	90.0%
ODONTÓLOGO	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P2 Años de ejercicio en su profesión:

AÑOS	Freq	Percent	Cum.
1.0	2	20.0%	20.0%
2.0	3	30.0%	50.0%
3.0	2	20.0%	70.0%
4.0	1	10.0%	80.0%
5.0	1	10.0%	90.0%
6.0	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	29	2.900	2.767	1.663	0.526
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.500	4.000	6.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 5.513, df = 9 p-value = 0.00037

P3 Cuánto conoce del Sistema Médico tradicional

N6OTRA	Freq	Percent	Cum.
Mucho	2	20.0%	20.0%
Ni mucho ni poco	5	50.0%	70.0%
Poco	1	10.0%	80.0%
Nada	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	23	2.300	1.122	1.059	0.335
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.000	3.000	4.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 6.866, df = 9 p-value = 0.00007

(SI) Sobre que tema?

SOBRE	Freq	Percent	Cum.
HUMANIZACIÓN DEL PARTO	2	20.0%	20.0%
MEDICINA TRADICIONAL	2	20.0%	40.0%
NINGUNO	3	30.0%	70.0%
SALUD INTERCULTURAL	3	30.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

II. CONOCIMIENTOS (RESPECTO A LA MEDICINA ACADÉMICA)

P4 Se capacito sobre la medicina tradicional: SI=1 NO=2

CAPACITO	Freq	Percent	Cum.
1	7	70.0%	70.0%
2	3	30.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	13	1.300	0.233	0.483	0.153
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 8.510, df = 9 p-value = 0.00001

P5 Importancia de conocer la medicina tradicional: SI=1 NO=2

IMPORTA	Freq	Percent	Cum.
1	7	70.0%	70.0%
2	3	30.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	13	1.300	0.233	0.483	0.153
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.000	2.000	2.000	1.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 8.510, df = 9 p-value = 0.00001

(SI) Por qué:

PORQUE	Freq	Percent	Cum.
AMPLÍA LOS CONOCIMIENTOS DEL CONTEXTO	2	20.0%	20.0%
MEJORA LA RELACIÓN CON LA MEDICINA ACADÉMICA	2	20.0%	40.0%
MJORA LA RELACIÓN CON LA MEDICINA ACADÉMICA	1	10.0%	50.0%
NINGUNO	3	30.0%	80.0%
PERMITE COMPRENDER LA CULTURA KALLAWAYA	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

(NO) Por qué:

PORQUE01	Freq	Percent	Cum.
NINGUNO	7	70.0%	70.0%
NO ES CIENTÍFICO	2	20.0%	90.0%
NO ES NECESARIO	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

(RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL)

P6 Aspectos que desearía conocer sobre la medicina tradicional kallawaya

ASPECT	Freq	Percent	Cum.
CONCEPCIÓN DE SALUD Y ENFERMEDAD DE LOS KALLAWAYAS	1	10.0%	10.0%
COSMOVISIÓN KALLAWAYA	2	20.0%	30.0%
SALUD INTERCULTURAL	2	20.0%	50.0%
TERAPIAS INDIGENAS	2	20.0%	70.0%
USO DE PLANTAS MEDICINALES	3	30.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P7 Vió o recibió información acerca de la articulación de la medicina tradicional

SI1N02	Freq	Percent	Cum.
1	5	50.0%	50.0%
2	5	50.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	15	1.500	0.278	0.527	0.167
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.500	2.000	2.000	1.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 9.000, df = 9 p-value = 0.00001

(SI) Qué información fue

QUEINF1	Freq	Percent	Cum.
ACERCA DEL CONSULTORIO KALLAWAYA	3	30.0%	30.0%
NINGUNO	5	50.0%	80.0%
PROYECTO DE ARTICULACIÓN	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

III. PERCEPCION EN TORNO ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL

P8 Existencia de claridad en la estrategia de articulación  
SI=1 NO=2

SI1NO202	Freq	Percent	Cum.
1.0	4	40.0%	40.0%
2.0	6	60.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	16	1.600	0.267	0.516	0.163
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 9.798, df = 9 p-value = 0.00000

(NO) Cómo así?

COMOASI1	Freq	Percent	Cum.
NINGUNO	4	40.0%	40.0%
NO ES CLARO EL OBJETIVO	4	40.0%	80.0%
NO EXISTEN OBJETIVOS A LARGO PLAZO	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P9 Obtención de buenos resultados luego de la implementación de la estrategia de articulación: SI=1 NO=2

SI1NO203	Freq	Percent	Cum.
1	5	50.0%	50.0%
2	5	50.0%	100.0%
Total	10	100.0%	



Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	15	1.500	0.278	0.527	0.167
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.500	2.000	2.000	1.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 9.000, df = 9 p-value = 0.00001

(NO) ¿Por qué?

PORQUENO	Freq	Percent	Cum.
FALTA DE DIFUSIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN	1	10.0%	10.0%
NINGUNO	5	50.0%	60.0%
NO HAY COBERTURA KALLAWAYA	2	20.0%	80.0%
NO MEJORÓ EL ACCESO	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P10 Dificultades que encuentra en la estrategia de articulación de la medicina tradicional con la académica.

DIFICULT1	Freq	Percent	Cum.
EL IDIOMA Y LA IDIOCINCRACIA	1	10.0%	10.0%
FALTA DE COORDINACIÓN CON EL PERSONAL MÉDICO	1	10.0%	20.0%
FALTA DE UN MARCO LEGAL PARA LA ARTICULACIÓN	1	10.0%	30.0%
FALTA DE UNA MEJOR ORGANIZACIÓN	1	10.0%	40.0%
INASISTENCIA DE USUARIOS AL CONSULTORIO KALLAWAYA	3	30.0%	70.0%
NO EXISTEN DIFICULTADES	1	10.0%	80.0%
POCA PERMANENCIA DEL KALLAWAYA EN EL CENTRO DE SAL	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P11 Sugerencias para mejorar la articulación de la medicina tradicional con la académica.

SUGER1	Freq	Percent	Cum.
APERTURA DE ESPACIOS A LOS KALLAWAYAS EN ÁREAS	1	10.0%	10.0%
GESTIONANDO SALARIO PARA LOS MÉDICOS TRADICIONALES	3	30.0%	40.0%
MEJORANDO LOS AMBIENTES DE TRABAJO	2	20.0%	60.0%
PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN	2	20.0%	80.0%
VALORANDO LA MEDICINA TRADICIONAL	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

IV. INTERRELACIÓN CON LOS MÉDICOS TRADICIONALES

P12 Existencia de alguna forma coordinación con los médicos tradicionales: SI=1 NO=2

SI1NO204	Freq	Percent	Cum.
1.0	1	10.0%	10.0%
2.0	9	90.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	19	1.900	0.100	0.316	0.100
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.000	2.000	2.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 19.000, df = 9 p-value = 0.00000

(SI) Cual?

QUAL	Freq	Percent	Cum.
NINGUNO	9	90.0%	90.0%
PARTICIPACION EN LOS CAI'S	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

P13 Frecuencia de participación en reuniones de equipo con los médicos kallawaya

CRECUEEN	Freq	Percent	Cum.
Frecuentemente	1	10.0%	10.0%
A veces	3	30.0%	40.0%
Nunca	6	60.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	25	2.500	0.500	0.707	0.224
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	3.000	3.000	3.000	3.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 11.180, df = 9 p-value = 0.00000

P14 Definición del ambiente de relación entre el personal de salud y los médicos tradicionales.

N3CONFLICT	Freq	Percent	Cum.
Agradable	6	60.0%	60.0%
Tenso	3	30.0%	90.0%
Conflictivo	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	15	1.500	0.500	0.707	0.224
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	1.000	1.000	2.000	3.000	1.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 6.708, df = 9 p-value = 0.00009

P15 Propuestas para un trabajo conjunto.

PROPUESTA1	Freq	Percent	Cum.
CEDER ESPACIOS DE ATENCIÓN A LOS MÉDICOS TRADICION	2	20.0%	20.0%
DISEÑAR UN MODELO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	1	10.0%	30.0%
NINGUNO - TRABAJO INDEPENDIENTE	4	40.0%	70.0%
NO SABE	3	30.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

V. ACTITUD HACIA LA ARTICULACION ENTRE EL SISTEMA MEDICO TRADICIONAL Y EL SISTEMA OFICIAL DE SALUD

- 1= Muy de acuerdo
- 2= De acuerdo
- 3= Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- 4= En desacuerdo
- 2= De acuerdo
- 3= Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- 4= En desacuerdo
- 5= Muy en desacuerdo

P16 Grado en el que está de acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional y la medicina académica

N5MUYENDES	Freq	Percent	Cum.
1.0	1	10.0%	10.0%
2.0	4	40.0%	50.0%
3.0	3	30.0%	80.0%
4.0	1	10.0%	90.0%

**ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD**

**M.S.D. - U.M.S.A.**

**XX**

5.0		1	10.0%	100.0%
-----+				
Total		10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	27	2.700	1.344	1.160	0.367
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.500	3.000	5.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 7.364, df = 9 p-value = 0.00004

P17 Grado en el que está de acuerdo con un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia entre los dos sistemas médicos

N5MUYEND01		Freq	Percent	Cum.
-----+				
1		1	10.0%	10.0%
2		4	40.0%	50.0%
3		4	40.0%	90.0%
4		1	10.0%	100.0%
-----+				
Total		10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	25	2.500	0.722	0.850	0.269
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.500	3.000	4.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 9.303, df = 9 p-value = 0.00001

P18 Grado en el que está de acuerdo con que los médicos tradicionales cuenten con espacio en la atención de salud, con condiciones de infraestructura, socioeconómica y culturalmente adecuadas

N5MUYEND02		Freq	Percent	Cum.
-----+				
1.0		2	20.0%	20.0%
2.0		4	40.0%	60.0%
3.0		3	30.0%	90.0%
4.0		1	10.0%	100.0%
-----+				
Total		10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	23	2.300	0.900	0.949	0.300

Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.000	3.000	4.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 7.667, df = 9 p-value = 0.00003

P19 Grado en el que está de acuerdo con la asignación de presupuesto para desarrollo, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación de la medicina tradicional

N5MUYEND03	Freq	Percent	Cum.
1.0	1	10.0%	10.0%
2.0	3	30.0%	40.0%
3.0	5	50.0%	90.0%
4.0	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	26	2.600	0.711	0.843	0.267
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	3.000	3.000	4.000	3.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 9.750, df = 9 p-value = 0.00000

P20 Grado en el que está de acuerdo con que los médicos tradicionales puedan ser incluidos al sistema oficial de salud para la atención de salud del primer nivel con salario incluido

N5MUYEND04	Freq	Percent	Cum.
2.0	3	30.0%	30.0%
3.0	2	20.0%	50.0%
4.0	3	30.0%	80.0%
5.0	2	20.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	34	3.400	1.378	1.174	0.371
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
2.000	2.000	3.500	4.000	5.000	2.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 9.160, df = 9 p-value = 0.00001

P21 Grado en el que está de acuerdo con que se promueva las prácticas tradicionales y su integración a la medicina académica

N5MUYEND05	Freq	Percent	Cum.
1.0	2	20.0%	20.0%
2.0	3	30.0%	50.0%
3.0	4	40.0%	90.0%
4.0	1	10.0%	100.0%
Total	10	100.0%	

Total	Sum	Mean	Variance	Std Dev	Std Err
10	24	2.400	0.933	0.966	0.306
Minimum	25%ile	Median	75%ile	Maximum	Mode
1.000	2.000	2.500	3.000	4.000	3.000

Student's "t", testing whether mean differs from zero.  
 T statistic = 7.856, df = 9 p-value = 0.00003

## ANEXO B: MATRIZ DE PRIORIZACIÓN

FACTORES QUE CONDICIONAN LA ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL CON EL SISTEMA OFICIAL DE SALUD													
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	ACTIVA
A	Subvaloración de las prácticas médicas tradicionales	X	1	1	0	3	3	0	1	2	1	1	13
B	Falta de coordinación entre el personal de ambos sistemas médicos	1	X	3	1	1	1	2	0	1	2	0	12
C	Carencia de un modelo de referencia y contrarreferencia.	1	3	X	0	2	1	1	0	2	2	1	13
D	Falta de un acceso independiente al consultorio kallawaya	0	1	0	X	0	2	3	0	0	1	1	8
E	<b>Falta de Capacitación respecto a la M.T. y la M.A.</b>	3	1	2	0	X	1	2	3	2	2	1	17
F	<b>Falta de información y promoción del hospital kallawaya</b>	3	1	1	2	1	X	3	1	2	3	3	20
G	<b>Poca afluencia de pacientes al consultorio kallawaya</b>	0	2	1	3	2	3	X	0	3	3	1	18
H	Falta de apoyo técnico en relación a la elaboración de productos	1	0	0	0	3	1	0	X	0	1	1	7
I	Falta de inclusión de los médicos kallawayas en la atención de salud	2	1	2	0	2	2	3	0	X	3	2	17
J	<b>Falta de continuidad de personal médico kallawaya.</b>	1	2	2	1	2	3	3	1	3	X	3	21
K	Falta de apoyo económico a los médicos kallawayas	1	0	1	1	1	3	1	1	2	3	X	14
	PASIVA	13	12	13	8	17	20	18	7	17	21	14	

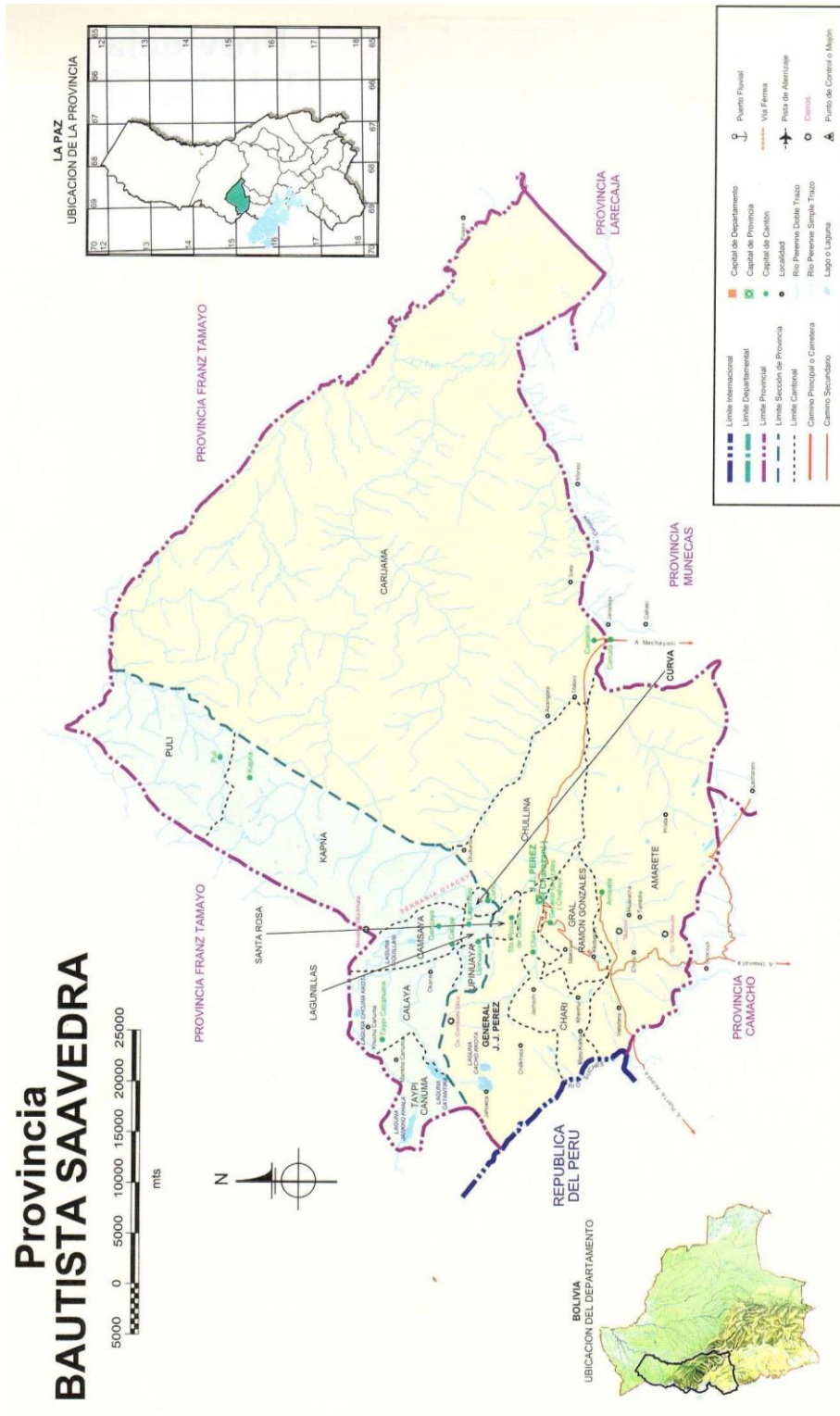
VALORES	
RELACIÓN FUERTE =	3
RELACIÓN MEDIANA =	2
RELACIÓN DÉBIL=	1
NO TIENE RELACIÓN=	0

## ANEXO C: DIAGRAMA GANTT DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

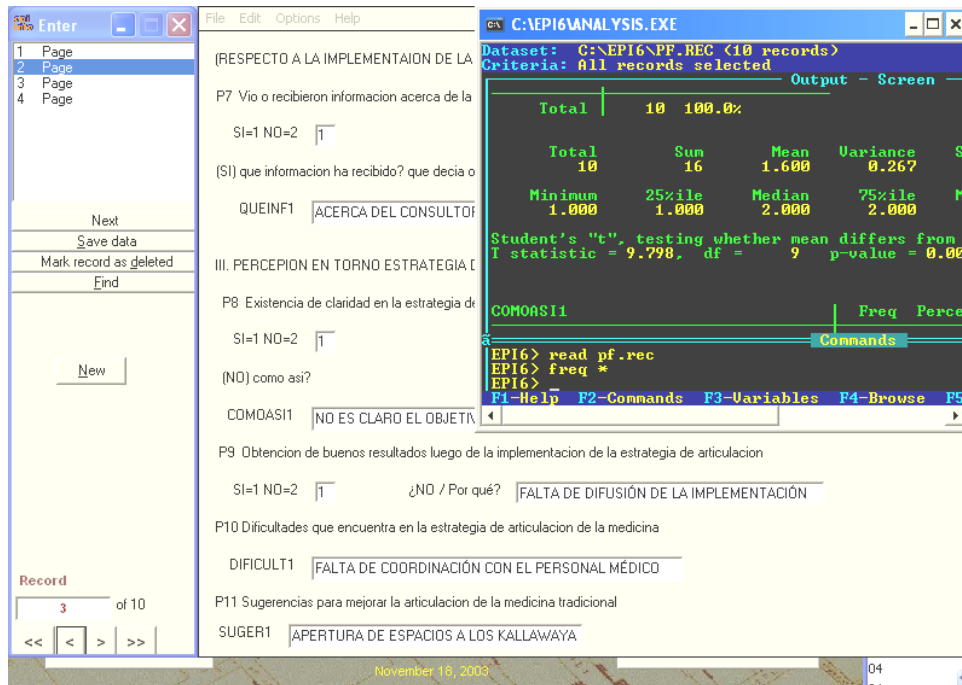
ACTIVIDADES	2007									2008							
	SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO			
Elaboración y presentación del perfil de tesis	█	█	█	█	█	█	█	█	█								
Recolección de datos										█	█	█	█	█	█		
Aprobación de instrumentos																	
Aplicación de instrumentos										█	█	█	█	█			
Articulación y organización de datos																	
Categorización y codificación de datos																	
Análisis e interpretación de los resultados																	
Elaboración del Proyecto de Intervención																	
Estructuración del documento final																	
Entrega del documento final																	
DISTRIBUCIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO																	



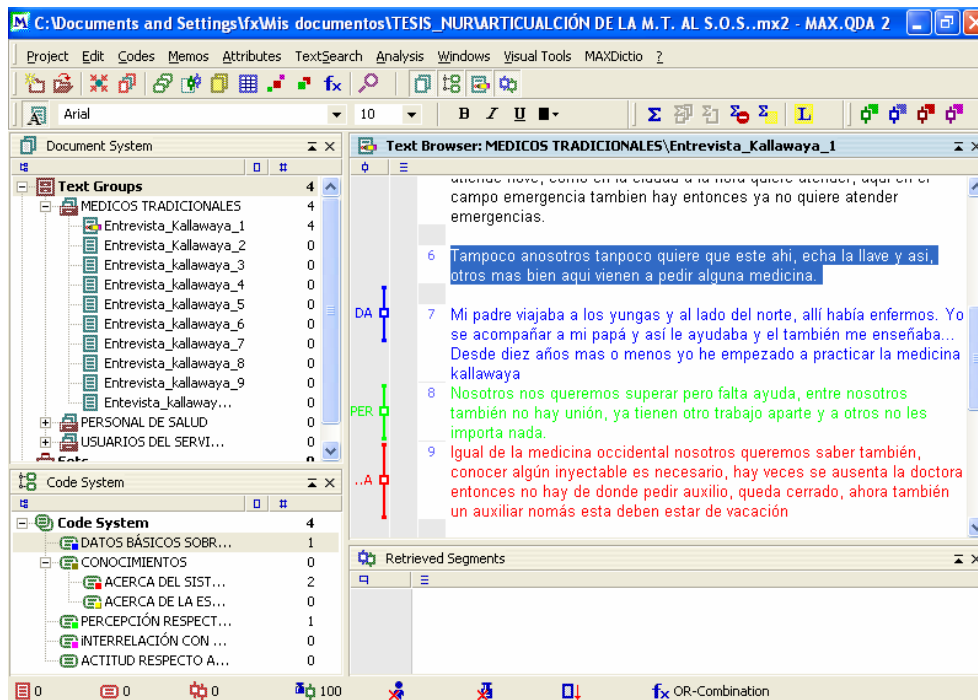
# ANEXO D: MAPA DE LA PROVINCIA BAUTISTA SAAVEDRA



## ANEXO E: INSTANTÁNEAS DEL SOFTWARE UTILIZADO



Pantalla de Diseño de Vistas de EPI INFO



Entorno de Trabajo Principal del Programa MAXQDA2

## ANEXO F: GUÍA DE ENTREVISTA A MÉDICOS ACADÉMICOS

### I. DATOS BÁSICOS DEL INFORMANTE

- 1) Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_
- 2) Nombre: \_\_\_\_\_
- 3) Especialidad: \_\_\_\_\_
- 4) Años de ejercicio en su ocupación como médico: \_\_\_\_\_

### II. CONOCIMIENTOS (RESPECTO A LA MEDICINA TRADICIONAL)

- 5) ¿Cuánto conoce Usted el sistema médico tradicional?

TODO \_\_\_\_\_  
MUCHO \_\_\_\_\_  
NI MUCHO NI POCO \_\_\_\_\_  
POCO \_\_\_\_\_  
NADA \_\_\_\_\_

- 6) ¿Alguna vez se ha capacitado sobre la medicina tradicional?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(SI) ¿En qué temas?

---

---

- 7) ¿Cree que es importante conocer acerca de la medicina tradicional?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(SI) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

(NO) ¿Por qué? \_\_\_\_\_

- 8) ¿Qué le gustaría saber sobre la medicina tradicional? ¿Algo más?

---

---

### (RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL SISTEMA DE SALUD)

- 9) ¿Alguna vez ha visto o ha recibido información sobre la estrategia de articulación de la medicina tradicional?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(SI) ¿Qué información ha recibido? ¿Qué decía o qué se veía?

---

---

**III. PERCEPCIÓN EN TORNO ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL**

10) ¿Encuentra clara la estrategia de articulación que se tiene implementada?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(NO) ¿Cómo así?

---

---

11) ¿Cree que se obtuvo buenos resultados luego de la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(SI/NO) ¿Por qué?

---

---

12) ¿Qué dificultades encuentra en la estrategia de articulación de la medicina tradicional?

---

---

13) ¿Cómo se podría mejorar la articulación de la medicina tradicional?

---

---

**IV. INTERRELACIÓN CON LOS MÉDICOS TRADICIONALES**

14) ¿Existe alguna forma coordinación con los médicos tradicionales?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(SI) ¿Cuál?

---

---

15) ¿Qué tan a menudo efectúan reuniones de equipo con los médicos kallawayas?

( ) Frecuentemente  
( ) A veces  
( ) Nunca

16) ¿Cómo define el ambiente de relación entre el personal de salud y los médicos kallawayas?

( ) Agradable  
( ) Tenso  
( ) Conflictivo

17) ¿Qué propuestas daría para un trabajo conjunto?

---

---

**V. ACTITUD HACIA LA ARTICULACIÓN ENTRE EL SISTEMA MEDICO TRADICIONAL Y EL SISTEMA MEDICO INSTITUCIONAL**

18) ¿Esta de acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional y la medicina académica?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

19) ¿Está de acuerdo con un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia entre los dos sistemas médicos?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

20) ¿Está de acuerdo con que los médicos tradicionales cuenten con espacio en la atención de salud, con condiciones de infraestructura, socioeconómica y culturalmente adecuadas?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

21) ¿Esta de acuerdo con la asignación de presupuesto para desarrollo, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación de la medicina tradicional?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

22) ¿Está de acuerdo con incorporar a los médicos tradicionales al sistema oficial de salud para la atención de salud del primer nivel con salario incluido?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

23) ¿Se debería promover las prácticas tradicionales y su integración a la medicina académica?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

## ANEXO G: GUÍA DE ENTREVISTA A MÉDICOS TRADICIONALES (KALLAWAYAS)

### I. DATOS BÁSICOS DEL INFORMANTE

- 1) Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_
- 2) Nombre: \_\_\_\_\_
- 3) Sexo M \_\_\_\_ F \_\_\_\_
- 4) Escolaridad \_\_\_\_\_
- 5) Años de ejercicio en su ocupación como médico kallawaya \_\_\_\_\_
- 6) ¿Cómo se acercó al estudio o investigación de la medicina tradicional?  
Interés personal ( )  
Oportunidad de trabajo ( )  
Cuestiones académicas ( )  
Tradición familiar ( )  
Práctica profesional ( )  
Otra ( )
- 7) ¿Con Quién aprendió el oficio de médico kallawaya y en que tiempo?  
\_\_\_\_\_

### II. CONOCIMIENTOS

#### (RESPECTO A LA MEDICINA ACADEMICA)

- 8) ¿Alguna vez ha sido capacitado sobre algún tema de la medicina occidental?  
SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(SI) ¿Qué información ha recibido? ¿Qué decía o qué se veía?

---

---

- 9) ¿Cree que es importante conocer el sistema médico occidental?

MUY IMPORTANTE \_\_\_\_\_  
IMPORTANTE \_\_\_\_\_  
NADA IMPORTANTE \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

- 10) ¿Qué le gustaría conocer acerca de la medicina occidental? ¿Algo más?

---

---

**(RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL SISTEMA DE SALUD)**

11) ¿Alguna vez ha visto o ha recibido información sobre la estrategia de articulación de la medicina tradicional?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(SI) ¿Qué información ha recibido? ¿Qué decía o qué se veía?

---

---

12) ¿Los médicos tradicionales son capacitados por el equipo profesional médico?

Sí \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(SI) ¿En que aspectos?

---

---

**III. PERCEPCIÓN EN TORNO ESTRATEGIA DE ARTICULACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL**

13) ¿Existe claridad sobre la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(NO) ¿Por qué?

---

---

14) ¿Cree que se obtuvo buenos resultados luego de la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(SI/NO) ¿Por qué?

---

---

15) ¿Qué dificultades encuentra en la implementación de la articulación de la medicina tradicional?

---

---

16) ¿Cómo se podría mejorar la articulación de la medicina tradicional?

---

---



**IV. INTERRELACIÓN CON EL PERSONAL DE SALUD ACADÉMICO**

17) ¿Existe alguna forma coordinación con el personal de salud?

SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

(SI) ¿Cuál?

\_\_\_\_\_

18) ¿Existe implementado algún modelo de referencia y contrarreferencia entre el sistema de salud tradicional y el académico?

( ) SI  
( ) NO

(SI) ¿Cómo es el modelo?

\_\_\_\_\_

19) ¿Participa en alguna área de atención de salud?

( ) SI  
( ) NO

(SI) ¿Cuáles?

( ) Prevención y control de enfermedades  
( ) Consejeros  
( ) Promotores de salud  
( ) Agentes comunitarios de salud  
( ) Ninguno

20) ¿Qué tan a menudo participa de reuniones de equipo con el personal de salud?

( ) Frecuentemente  
( ) A veces  
( ) Nunca

21) ¿Cómo define el ambiente de relación entre el personal de salud y los médicos kallawayas?

( ) Agradable  
( ) Tenso  
( ) Conflictivo

22) ¿Qué propuestas daría para un trabajo conjunto?

\_\_\_\_\_

**V. ACTITUD HACIA LA ARTICULACIÓN ENTRE EL SISTEMA MEDICO TRADICIONAL Y EL SISTEMA MEDICO INSTITUCIONAL**

23) ¿Esta de acuerdo con la implementación de la estrategia de articulación de la medicina tradicional y la medicina académica?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

24) ¿Está de acuerdo con un sistema de trabajo de referencia y contrarreferencia entre los dos sistemas médicos?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

25) ¿Está de acuerdo con que los médicos tradicionales cuenten con espacio en la atención de salud, con condiciones de infraestructura, socioeconómica y culturalmente adecuadas?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

26) ¿Esta de acuerdo con la asignación de presupuesto para desarrollo, seguimiento y monitoreo de la estrategia de articulación de la medicina tradicional?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

27) ¿Está de acuerdo con que los médicos tradicionales puedan ser incluidos al sistema oficial de salud para la atención de salud del primer nivel con salario incluido?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

28) ¿Se debería promover las prácticas tradicionales y su integración a la medicina académica?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- Ni en acuerdo, ni en desacuerdo
- En desacuerdo
- Muy en desacuerdo

¿Por qué?

---

---

## ANEXO H: GUÍA DE DISCUSIÓN DE GRUPO FOCAL CON POBLADORES

### I. DATOS GENERALES

- 1) Nombre del redactor: \_\_\_\_\_
- 2) Nombre del Facilitador: \_\_\_\_\_
- 3) Fecha de la reunión: \_\_\_\_\_
- 4) Hora de inicio: \_\_\_\_\_ Hora de terminación: \_\_\_\_\_
- 5) Número de personas participantes: \_\_\_\_\_

Nombre del participante	Edad	Sexo

### II. SISTEMA MÉDICO DE USO REGULAR

- 6) ¿Cuál es el sistema de salud que utiliza?

SISTEMA	¿POR QUÉ?

### III. PERCEPCIÓN EN TORNO A LA ARTICULACIÓN

- 7) ¿Cuál es su opinión acerca del consultorio kallawaya en el Centro de salud?

---

---