



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICION, ENFERMERIA Y
TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POST - GRADO**



**“EVALUACIÓN DIAGNOSTICA DE LA
INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE
INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL MUNICIPIO DE PALCA GESTIÓN 2006”**

POSTULANTE

Dr. Victor Miguel Estrada Zacarias

TUTOR

Dr. José Zambrana T.

LA PAZ – BOLIVIA

2006

RESUMEN

Pregunta de investigación.

¿Cual es el nivel de incorporación del enfoque intercultural en la atención medica que presenta el personal de salud del Municipio de Palca – gestión 2006?

Objetivos.

Objetivo General.-

“Evaluar el nivel alcanzado de incorporación del enfoque intercultural que presenta el personal de salud del Municipio de Palca – gestión 2006”.

Objetivos Específicos.-

Establecer la concepción de la interculturalidad en salud por parte del prestador de salud.

Determinar el grado de incorporación del enfoque intercultural que presenta el personal de salud por profesión, etnia, idioma, procedencia, grupo etario, género, origen, conocimiento de idiomas nativos y experiencia de trabajo.

Identificar el enfoque de Interculturalidad y Adecuación Cultural en Salud, con el que trabajo el Proyecto de Caritas La Paz

Diseño del trabajo.

Evaluación diagnostica con enfoque descriptivo.

Lugar.

La investigación se realizo en el Departamento de La Paz - Provincia Murillo - Municipio de Palca, en los Servicios de Salud del Municipio de Palca que cuenten con personal que recibió capacitación en interculturalidad durante las gestiones 2003, 2004 y 2005.

Población.

Son 5 personales de salud, que recibieron capacitación en interculturalidad durante las gestiones 2003, 2004 y 2005.

Intervención.

Los criterios de inclusión fueron todo Personal Medico y Auxiliar de Enfermería de los Servicios de Salud del Municipio de Palca que fueron capacitados en adecuación cultural en salud durante las gestiones 2003, 2004 y 2005, que continúen trabajando en la Red Municipal.

Resultados.

Existe una concepción con relativa orientación hacia el concepto de interculturalidad y adecuación cultural en salud, se considera importante la incorporación del enfoque de

Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud, pero como estrategia para cumplir con coberturas.

El conocimiento de la interculturalidad en salud, es regular en relación a la capacitación recibida, no reconocen la importancia de la interculturalidad como tema de salud, se presentan testimonios que refieren un conocimiento del tema de manera personal y por experiencias en sus servicios de salud, pero no bajo el denominativo de interculturalidad,

El personal médico presenta resistencia a la incorporación práctica de la interculturalidad en forma integral. El personal auxiliar de enfermería presenta predisposición a la incorporación del enfoque intercultural.

No se presenta relación entre la incorporación del enfoque intercultural en relación a etnia, idioma, procedencia, grupo etario, género, origen, conocimiento de idiomas nativos y experiencia de trabajo, experiencia de trabajo.

Los obstáculos para la incorporación del enfoque intercultural identificados son el personal médico (poca predisposición), falta de una normativa de los niveles de autoridad en salud, falta de apoyo por parte de la Alcaldía Municipal, de los niveles de autoridad en salud local, de Red y Departamental.

El enfoque dado por el Proyecto Caritas, tuvo una orientación dirigida al conocimiento de la interculturalidad del personal de salud, dando la capacitación teórica y en parte práctica, pero lo que no realizó fue la concientización, sobre la prioridad de brindar una atención intercultural a la población, haciéndole conocer cuál es la realidad en la que desarrolla su trabajo diario. Refieren que antes de su capacitación tomaban la interculturalidad como un aspecto folklórico, como una relación entre culturas y también como un instrumento para el logro de objetivos determinados, posterior a la capacitación, reconocen que cambió su concepción de la interculturalidad, en la mayoría de los casos definiendo como interculturalidad aspectos puntuales que esta engloba.

Se reconoce la necesidad de una mayor capacitación en interculturalidad sobre todo tomando el tema de herbolaria y trato médico paciente.

Conclusiones.

La incorporación del enfoque intercultural por el personal de salud, es parcial, ya que en la adecuación física de los servicios no se cumple, en relación al parto solo se aplica en el parto domiciliario, y muy pocas veces al parto institucional, en cuanto al uso de plantas medicinales

se limita a la consejería, hay un reconocimiento relativo de algunos aspectos que están dentro de la cosmovisión andina. Se identifican como obstáculos la actitud del personal médico y la falta de incorporación de normas para una atención intercultural en salud.

INDICE

	Pagina
I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- MARCO TEORICO.....	5
2.1 Marco Teórico Conceptual.....	5
Interculturalidad.....	5
Comunicación.....	7
Examen y atenciones médicas.....	12
Eficacia simbólica.....	18
Los escenarios.....	19
2.2 Marco Teórico Situacional.....	23
III.- JUSTIFICACIÓN.....	43
IV.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
4.1 Formulación del problema.....	45
4.2 Pregunta de Investigación.....	46
4.3 Objetivo General de Investigación.....	46
4.4 Objetivos Específicos.....	46
4.5 Ámbito Geográfico.....	46
4.6 Universo.....	47
4.7 Muestra.....	47
4.8 Delimitación Temporal.....	47
4.9 Delimitación Espacial.....	47

V.- METODOLOGÍA.....	47
5.1 Tipo de estudio.....	47
5.2 Operacionalización de variables.....	48
5.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	50
VI.- RESULTADOS Y ANALISIS.....	51
Grado de incorporación del enfoque intercultural del personal de salud.....	51
6.1 Concepciones de la interculturalidad del personal de salud.....	53
6.2 Grado de incorporación del enfoque intercultural que presenta el personal de salud por profesión, etnia, idioma, procedencia, grupo etario, género y experiencia de trabajo	58
6.3 Interculturalidad y adecuación cultural en salud, en el que trabajo del Proyecto de Caritas La Paz.....	61
Personal de salud y satisfacción laboral.....	63
Información general sobre priorización de problemas institucionales.....	63
VII.- CONCLUSIONES.....	68
VIII.- RECOMENDACIONES.....	71
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	73
XI.- ANEXOS.....	75
9.1 Cronograma.....	75
9.2 Formulario de la entrevista semiestructurada.....	76
9.3 Sistematización de las entrevistas.....	80
9.4 Sistematización y Análisis de las entrevistas.....	101

I.- INTRODUCCIÓN

Bolivia es un país de medicinas y médicos nativos, por eso se denominaba kollasuyu, desde antes de la colonia nuestros ancestros practicaban la medicina tradicional, manejan con mucha eficacia todo el sistema de salud, tenían sus formas de diagnosticar y curar todo tipo de enfermedades, de acuerdo a nuestra cosmovisión andina, realizando curaciones espirituales mágico religiosos.

En nuestro medio la relación médico paciente es el punto básico y el punto de partida, para cualquier sistema o modelo de atención en salud. Es la estructura fundamental sobre la que se edifica un diagnóstico y un plan terapéutico, que llevará finalmente a la solución del problema de salud del paciente.

En el afán de búsqueda de los problemas o factores que influyen en la accesibilidad al modelo biomédico, se ha podido detectar, que uno de estos factores de suma importancia es el referido a la cultura, con todo lo que implica este término, es decir el idioma, el lenguaje; los usos y costumbres del habitante del área rural en relación a su salud; la discriminación por condición social, étnica generacional de la que hubieron sido objeto.

El Municipio de Palca cuenta con una población totalmente rural con practicas , usos y costumbres propias que varían de un lugar geográfico a otro , el proyecto de Caritas viene trabajando varias años en el cantón Cohoni y durante este tiempo de trabajo estuvo con una constante actividad en relación al tema de la Interculturalidad en Salud.

En las gestiones 2003, 2004 y 2005 se realizo actividades concretas sobre este tema dirigido al Personal de Salud, realizando cursos y talleres. (Pastoral Social Caritas La Paz. Abrucese R. Informe Trienal Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud Fastenopfer Cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. 2005.)

Posterior a la capacitación teórico - practica en Interculturalidad, en la mayor parte de los casos no hubo cambios en relación a la atención en salud, no consiguiendo el impacto esperado, siendo una necesidad de la población el tener acceso a una atención en salud con interculturalidad.

Encontrar los factores que hacen que no incorpore el enfoque intercultural en la atención del personal de salud a la población, es prioritario, para que se encuentre la forma de intervención apropiada, para una incorporación real de la interculturalidad en los Servicios de Salud del Municipio de Palca.

Entre los antecedentes legales nacionales tenemos:

- En las estrategias de Atención Primaria de salud de Alma Ata (1978) la OMS establecía que “todos tenemos derecho a participar en la Salud, incluyendo a las parteras y a los agentes comunitarios de salud. (VII)”.
- La OIT en su Artículo 161 establece cuáles son los derechos de los indígenas y originarios en materias de Salud.
- En este año la ONU ha promulgado un nuevo documento que favorece a los pueblos originarios.
- Bolivia fue el primer país de América Latina en aceptar oficialmente a las medicinas tradicionales.
- Pero en el Código Penal se dice todavía que el practicarlas es “hacer medicina ilegal” Eso tiene que cambiar con la Actual Asamblea Constituyente.

Entre las experiencias nacionales en interculturalidad están:

METODISTAS	ANCORAIMES	..1977	Antrop. X
SENPAS	PTO. PÉREZ	1984	Dr. Víctor Morales
E.S.A	MACHACA	1985	Dr. Edgar Tarquino
SEAPAS LP. P. PUCARANI	COHONI PTO. PÉREZ	1988 a 1992	Dr. Franz Trujillo
+ ROJASUIZA PROAGRO	RED. PAMPA ZUDÁÑEZ	1986 a 1993	Dr. Miguel Isola
U. SANITARIA GTZ	PUNATA	1991	D.Kasischke y Titizano
U.SANITARIA	VALLE GRANDE	1977 a 1990	Dr. Edgar Valdez

(Fuente: Jornada Nacional de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, Presentacion - Viceministerio De Medicina Tradicional E Interculturalidad - Jaime Zalles A., Potosí - Agosto 2006).

El Proyecto Caritas La Paz con el financiamiento de la Acción Cuaresmal de los Católicos en Suiza “FASTENOPFER” realizo una investigación comunitaria sobre el tipo de atención y forma de trato requerido por la población acorde a sus valores, costumbres y modos de vida , trabajo encomendado a un profesional sociólogo contratado para tal efecto Teniendo como resultados de este proceso la conclusión de contenidos importantes y de mucha valía en cuanto a la comprensión del hombre andino en su concepción de la salud. Con el objetivo de desarrollar una atención en salud aceptable y adecuada a la cultura de las comunidades caracterizada por un trato digno y humano al usuario de los servicios. (Pastoral Social Caritas La Paz. Abrucese R. Informe Trienal Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud Fastenopfer Cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. 2005.)

Entre otros aspectos, se encontraba la elaboración de normas de atención culturalmente adecuadas y adecuación de Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud al modelo de atención apropiado a la cultura, integración de parteros empíricos al trabajo de los servicios

de salud, hasta el final del Proyecto Caritas La Paz (febrero 2006) no se concretaron estos objetivos por múltiples factores generalmente relacionados el personal de salud.

Si se logro realizar la Capacitación y actualización en los siguientes temas ; “Construyendo el conocimiento intercultural en el proceso salud - enfermedad en la cosmovisión andina”, ”Características de la exclusión en salud en Bolivia, Tipo y forma de atención requerida por la población desde el punto de vista de la cosmovisión andina”, “Fundamentos Básicos sobre Medicina Tradicional”, “Materias primas para la elaboración de medicamentos vegetales, su extracción en aceites o esencias, indicaciones y propiedades de algunas plantas medicinales y preparación de medicamentos vegetales”. (Pastoral Social Caritas La Paz. Abrucese R. Informe Trienal Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud Fastenopfer Cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. 2005.)

Sobre la incorporación de farmacias de medicina tradicional de incorpora parcialmente pero no fueron sostenibles.

Por lo tanto la presente investigación pretende, dar pautas para tratar de entender cuales fueron las causas para la no incorporación de la Interculturalidad en salud en los Servicios de Salud del Municipio de Palca.

El Municipio de Palca cuenta con tres cantones, Cantón Palca con 3 Servicios de Salud, Cantón Cohoni con 4 Servicios de Salud y Cantón Quilihuaya con 1 Servicio de Salud, teniendo un total de 8 Servicios de Salud.

El Municipio de Palca tiene un 100 % de Población Rural, con un total de 15277 habitantes con sus 73 comunidades, no cuenta con Población Urbana. (Censo INE 2001).

II.- MARCO TEORICO

2.1 MARCO TEORICO CONCEPTUAL

En la mayoría de nuestros países y ciudades convive gente de diversas extracciones culturales. No viven encapsulados, cada uno dentro de su propio grupo, sino que establecen relaciones entre sí, unas positivas, otras negativas.

Interculturalidad

Enfoque de Interculturalidad en Salud Capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud, y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles sino con la dimensión espiritual de la salud. (OPS. Evaluación de los Logros en Salud en las Américas. Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. 2004).

Interculturalidad es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una cultura en referencia a elementos de otra cultura. Algunos hablan también de interculturalidad, en términos más abstractos, al comparar los diversos sistemas culturales, como por ejemplo la cosmovisión indígena y la occidental. Pero éste es un uso derivado del anterior, sobre todo desde una perspectiva educativa. Las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto o por lo menos a su disminución y asimilación, como sucede en nuestras sociedades neocoloniales. Son, en cambio, positivas si llevan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente, aprendiendo unos de otros. La simple tolerancia del que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llega a ser todavía una interculturalidad positiva. (Albó X. Godínez A., Libermann K., Pifarré F. Para comprender las culturas rurales en Bolivia. Ministerio de Educación y Cultura. CIPCA-UNICEF. La Paz. 1987).

Las formas indígenas en que se definen la salud y la enfermedad, aluden a conceptos cualitativamente muy diferenciados con respecto a los correspondientes de la biomedicina. Las medicinas indígenas persiguen en especial la recuperación del “ser humano” en su contexto cultural y no tanto el órgano dañado como hace la biomedicina. Aspectos como el género, la concepción del cuerpo, los fluidos o la desnudez, cobran importancia en esas relaciones conflictivas. La experiencia intercultural boliviana, permite realizar finalmente en el artículo, algunas valoraciones finales sobre inmigración y salud en España. Durante los años 2001-2003 un grupo de antropólogos de la Universidad de Castilla- La Mancha, realizaron una investigación en Bolivia con la intención de recoger información sobre las consideraciones indígenas que sobre los conceptos de salud y enfermedad es necesario tener en cuenta para evitar conflictos y malentendidos en la aplicación de políticas interculturales de salud. Es decir, dentro de los intereses de la Antropología Médica o de la Antropología de la Salud y de la Enfermedad, pretendíamos incidir en la necesidad de afrontar de una forma decidida y aplicada un enfoque intercultural a la salud y la enfermedad en contextos indígenas de Bolivia con la esperanza de que este tipo de investigación pudiera aportar datos y sugerencias concretas para el mejor entendimiento entre los diferentes actores implicados en actividades relacionadas con la salud y la enfermedad en dichas poblaciones indígenas.

Los celos, desconfianzas, y dudas que siembran los sistemas médicos entre aquellos potenciales usuarios que no comparten el código de referencia en el que han sido creados histórica y culturalmente, dan lugar a dificultades importantes en la aplicación de dichos sistemas, por muy bondadosas que se supongan sus virtudes. Esta es la situación por lo que respecta a la dinámica de relaciones entre la biomedicina, la medicina “científica”, alopática o convencional, como quiera que se quiera denominar, o el modelo biomédico hegemónico y los otros sistemas incorporados en el caso de Bolivia, entre otras posibilidades, por las medicinas indígenas de los pueblos originarios.

(Fernández G. Yatiris y Ch’amakanis del Altiplano Aymará. Abya-Yala, Ecuador. Junio 2004.)

Las dificultades de relación entre ambos modelos se expresan en situaciones que pudiera parecernos pueriles en ocasiones, trascendentales en otras, pero unos casos y otros conforman los argumentos sutiles que dificultan una adecuada relación entre ambos modelos que

garantice la capacidad de elección y o de complementación de la “oferta” médica, para mejor satisfacción de las necesidades en salud de los pueblos indígenas de Bolivia. (Fernandez G. Salud e interculturalidad en América Latina. Ediciones Abya-Yala, Agencia Bolhispana y Universidad de Castilla-la Mancha. Ecuador. 2004.).

Comunicación

Uno de los factores determinantes que pueden facilitar la aplicación de propuestas interculturales aplicadas a la salud es la correcta, permanente y diáfana comunicación y respectivo entendimiento entre todos los actores afectados por el proceso salud enfermedad-atención, en contextos indígenas. En este sentido, nunca se reconocerá la suficiente importancia al hecho de que los equipos sanitarios convencionales conozcan de forma adecuada la lengua originaria de la zona en la que estén desempeñando su labor. Esta circunstancia facilita de manera exponencial el desempeño de cualquier tipo de campaña de atención sanitaria en la zona, intervención, programación preventiva, atención materno infantil...etc, sino, muy especialmente la paulatina integración del equipo médico en la vida cotidiana de la zona. Este aspecto resulta tremendamente importante, hay que tener en cuenta que los médicos originarios forman parte del escenario cultural de los “usuarios” de sus servicios, circunstancia que no ocurre con los equipos médicos convencionales, cuya presencia en ciertos sectores es considerado como algo de uso “excepcional” no incorporado a la realidad cotidiana de los pobladores. Indudablemente el hecho de que alguien del equipo médico conozca la lengua originaria facilitará de una manera clara todo el proceso de consulta, sea ambulatoria o en la propia posta sanitaria, así como las intervenciones que resulten pertinentes. Cuando los miembros del equipo médico convencional desconocen la lengua local, las complicaciones se intensifican en las formas de relación entre los miembros del equipo de salud y sus potenciales usuarios, dificultando de una forma clara la relación entre ambos y construyendo un proceso de aislamiento tremendamente nocivo para la propia estabilidad afectiva del equipo médico generalmente destinado lejos de sus redes afectivas, familiares y profesionales, en ocasiones bajo la obligación casi penitenciaria de un “año de provincias”, resuelto en condiciones precarias .

En este sentido una sugerencia a tener en cuenta sería la presencia en los equipos médicos desplazados en los ámbitos rurales así como en las unidades hospitalarias urbanas, de personas especializadas en la lengua local que pueda facilitar la adecuada relación médico-paciente, difícil de por sí, en las situaciones de crisis que supone la presencia de cualquier enfermedad o aflicción. Se dirá que en los hospitales bolivianos o en los servicios de atención rurales, siempre hay alguien que conoce la lengua para echar una mano, en concreto la mayor parte del personal subalterno, auxiliares sanitarios y enfermeras, lo que quiero decir es que este rasgo habría que valorarlo y reconocerlo con gratificaciones especiales, como parte del servicio inexcusable de calidad que el Estado debe ofrecer a sus ciudadanos para una mejor relación con los servicios de salud de las postas médicas y unidades hospitalarias. Indudablemente este aspecto exige la necesaria valentía y coraje por parte de las autoridades estatales en salud; el cuerpo médico convencional se “defenderá” indicando que se trata de un agravio comparativo para los buenos médicos no hablantes de lenguas originarias y que lo que debe hacerse es premiar a los mejores médicos, hablen o no aymará o lenguas originarias; sin embargo es preciso introducir nuevos factores como este del lingüístico reconocido pública y políticamente para cambiar y corregir la escenografía tradicional de salud en Bolivia. La dificultad inherente con respecto a este rasgo es que el Estado y la sociedad hegemónica no indígena de Bolivia establezcan la diatriba errónea entre médico hablante de lengua originaria y mala calidad, como sucede en el ámbito educativo aplicado en los dominios rurales frente a los urbanos especialmente. Este rasgo relativo a la presencia y obligatoriedad del conocimiento de la lengua indígena mayoritaria en la zona donde se forma el médico, sería importante acondicionarlo igualmente en la curricula universitaria de todas aquellas especialidades relacionadas con las ciencias de la salud, junto con otras materias como Antropología Social y Antropología de la Salud y de la Enfermedad, a lo que me referiré posteriormente; en este sentido habría que afinar mejor en la definición de las prácticas del “año de provincias” para que los médicos egresados pudieran realizar su labor en el área lingüística y cultural en que han sido formados y no enviarlos a remotos lugares cuya lengua desconocen, demasiada vocación hay que tener para aprender aymará, quechua, y tupí guaraní, además de ser buen profesional de la medicina. (Albó X., Godinez A., Libermann K., Pifarré F. Para comprender las culturas rurales en Bolivia. Ministerio de Educación y Cultura. CIPCA-UNICEF. La Paz. 1987).

Probablemente otro rasgo importante a tener en cuenta, es que de cara a la eficaz y paulatina aceptación del enfoque intercultural aplicado a la salud sería conveniente, como recoge el Dr. Xavier Albó, (Albó 2004) incorporar al sistema médico convencional a los que ya saben la lengua, potenciando la presencia de estudiantes de las diferentes naciones originarias de Bolivia en las distintas carreras universitarias relacionadas con las ciencias de la salud; indudablemente este sería un recurso a todas luces muy eficaz para un proceso activo de reconocimiento intercultural aplicado a la salud en todo el Estado. Si bien el conocimiento de la lengua originaria resulta importante no es el único factor a tener en cuenta. De hecho, en algunos casos, médicos rurales de indudable adscripción indígena con un conocimiento claro de la lengua originaria, la emplean siguiendo criterios exclusivamente biomédicos, sin atenerse a las peculiaridades culturales de su paciente y desconociendo o no queriendo incidir en ellos por los prejuicios de la clase médica occidental, en los posible síndromes de raigambre cultural que afectan a su paciente o le provocan miedos y desconfianzas con respecto a la actuación del médico convencional.

Cuando nadie del equipo médico conoce la lengua hay que acudir necesariamente a intérpretes, como he dicho antes generalmente subalternos sanitarios de adscripción indígena de los equipos de salud a los que no se premia ni se reconoce en prestigio y méritos por este hecho, como tampoco se hace con los escasos médicos que gozan de esta facultad; el conocimiento de la lengua originaria se supone “emana” naturalmente de su condición indígena y que es su “obligación” secundar al médico sin más. Vuelvo a repetir que esta cualidad, recomendable en las relaciones médico paciente en un país como Bolivia, debe ser reconocida y premiada con el puntaje pertinente a pesar de las presumibles “presiones políticas” de los colegios médicos. (Fernández G. Salud e interculturalidad en América Latina. Ediciones Abya-Yala, Agencia Bolhispana y Universidad de Castilla-la Mancha. Ecuador. 2004.).

El talante intercultural no depende exclusivamente del buen o mal manejo de las lenguas originarias como factor de comunicación; el grado de empatía que los miembros de los equipos médicos puedan impulsar resulta igualmente importante, casi trascendental, para la incorporación y reconocimiento del equipo médico en el entorno comunitario. El deseo y la

profesionalidad de un buen médico que se apoya en un intérprete para tranquilizar a su paciente, recabar la información pertinente para un diagnóstico sistemático y formular las pautas para un tratamiento subsecuente, resulta fundamental. En estas circunstancias hay que tener muy presente que el enfermo ha comprendido perfectamente el proceso de su dolencia y el tratamiento a seguir. A veces el trauma de la consulta médica y el deseo de agradar al médico o la propia culpabilización que en no pocos casos se hace al propio enfermo por su situación, puede agobiar en tal medida a los usuarios indígenas que estén resueltos a escaparse a la mayor rapidez de la consulta . Los miembros del equipo de salud, bien por su conocimiento de la lengua o con intérpretes deben asegurarse de que el enfermo ha comprendido a la perfección la prescripción médica de que ha sido objeto. Es preciso evitar las confusiones y perífrasis de la jerga médica que redundan en la confusión más absoluta. El estilo verbal ha de ser lo más coloquial posible incluyendo frases sencillas y cortas.

(Fernández G. Yatiris y Ch'amakanis del Altiplano Aymará. Abya-Yala, Ecuador. Junio 2004.)

La adecuada comunicación entre médico y enfermo precisa además de un conjunto sutil de formas de comunicación no verbales que hay que tener muy en cuenta en contextos indígenas. Si comparamos el proceder del equipo biomédico en la consulta de la posta con la del médico originario en la casa del enfermo apreciamos de inmediato claras diferencias en relación con los escenarios de atención terapéutica y las maneras de proceder de ambos. Los sistemas de diagnóstico de la enfermedad y de los cuidados preceptivos son realizados en la casa del enfermo a donde el médico originario se desplaza para realizar la atención, lo que facilita la comodidad del enfermo y su completa confianza dado el refuerzo emotivo y simbólico que supone contar en todo momento con la compañía de sus familiares. El médico originario está perfectamente imbuido de los caracteres socio-culturales que su presencia en casa del enfermo acredita cumpliendo de manera exquisita los reglamentos establecidos por la cortesía del grupo étnico de que se trate. En el caso aymará, no se puede entrar en una casa ajena sin advertir de lejos su presencia; una vez concedido el permiso por parte de los titulares de la casa y tras los consabidos abrazos de rigor como saludo, el *yatiri* aymará se ajusta a la perfección a la normativa social establecida, realizando su servicio, habitualmente de noche y sabiendo que en un principio han de ser los familiares del doliente los que marquen la pauta de

actuación que comenzará con el *pijchu* acostumbrado de coca que propiciará una primera aproximación hacia el problema del enfermo y luego, tras una probable cena, comenzará una actuación terapéutica que le llevará fácilmente toda la noche o varios días con sus noches. Lo que se quiere decir es que desde la perspectiva aymará el uso del tiempo presenta connotaciones propias muy útiles en la comunicación verbal y no verbal entre los médicos originarios y sus pacientes. En realidad es considerado de “mala educación” y una descortesía el “ir al grano” en la atención. Todo tiene su adecuado acomodo en el marco de una conversación prolongada que facilita de modo extremo la confianza entre el *yatiri* o médico originario, que no tiene por qué ser de la propia comunidad con respecto al enfermo y su entorno familiar. Si comparamos el proceder de los equipos biomédicos en la consulta de la posta, apurados por la prisa, sin los preámbulos pertinentes en la adecuada formulación de la cortesía aymará podemos reconocer una cierta carencia logística importante en la pertinente comunicación médico –enfermo. Las características y conceptualizaciones simbólicas sobre eficacia y eficiencia, aplicadas a la salud, son diferentes en ambos modelos. En este sentido la comunicación entre el médico y el contexto familiar del enfermo, de cuyo perfecto acomodo cabe pensar en la mejor calidad y reconocimiento de la asistencia prestada por los servicios de salud convencionales, depende no sólo del buen conocimiento de las lenguas originarias y de la disposición hacia la empatía y servicio profesional en el grupo étnico donde el equipo realiza su labor, sino en la adecuación al código no verbal que el enfermo formula habitualmente en situación de salud.

La comunicación de los pacientes indígenas con respecto a sus médicos originarios, constituye el inicio de la fase terapéutica. De hecho algunas personas se acercan a la posta fundamentalmente para hablar con los médicos o con el personal de salud, los auxiliares aymaras, que mejor se adecuan a su característica cultural. Hablar, conversar es “hacer medicina” desde la perspectiva aymará, cosa que desespera a los equipos convencionales según nuestros criterios de eficiencia médica en que este aspecto se considera, habitualmente, una pérdida de tiempo. Localizar la causa de la enfermedad, saber lo que a uno le pasa, superar la angustia e incertidumbre contiene en sí mismo un principio terapéutico importante que hace que en ocasiones, una vez que el enfermo y sus familia saben lo que les pasa, suspenden el tratamiento biomédico, puesto que el conocer la causa de la aflicción o patología, constituye, en sí mismo, un referente terapéutico primordial. En este caso, el equipo biomédico debería

conocer la importancia de la comunicación verbal y no verbal en el trato con sus enfermos originarios y hacer gala de la misma, en la medida de sus posibilidades reales, toda vez, repito que la “charla” facilita la relación y confianza con el enfermo y forma parte, a su vez, de su propio proceso terapéutico. (Fernández G. Salud e interculturalidad en América Latina. Ediciones Abya-Yala, Agencia Bolhispana y Universidad de Castilla-la Mancha. Ecuador. 2004.).

Examen y atenciones médicas:

Las actuaciones

Las formas de examen del enfermo deben ser consensuadas y nunca impuestas; es decir hay que indicar poco a poco lo que se va a realizar con permiso del paciente y el efecto que puede suponer sobre su cuerpo. Así cuando sea preciso utilizar el fonendoscopio, por ejemplo, hay que indicar para qué se realiza y por qué es necesario descubrir la parte del cuerpo correspondiente, así como la sensación de “frío” que produce; hay que tener en cuenta que algunas de las enfermedades indígenas están conceptualizadas en torno a los valores simbólicos de lo “frío” y “cálido” y quizá el efecto de la consulta médica puede resultar pernicioso en alterar este equilibrio no sólo térmico sino muy especialmente simbólico. Indudablemente la desnudez del cuerpo, sobre todo de las mujeres en la atención médica convencional, es algo que choca violentamente con las categorías y conceptualizaciones indígenas, particularmente en los Andes; por ello es preciso atender y examinar en lo posible bajo la ropa. (FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO. 1999. *Médicos y yatiris: Salud e interculturalidad en el altiplano Aymará.*: CIPCA/OPS/Ministerio de Salud y Previsión Social. La Paz. 1999).

Hay que tener en cuenta las dificultades existentes de acceso al agua en muchas áreas rurales, particularmente del altiplano; esto hace que el agua sea algo que se emplee fundamentalmente para beber y cocinar y para atender al ganado y sólo posteriormente y en un apartado lugar, para el aseo personal; la inexistencia de agua corriente habitualmente en los hogares, hace del agua un bien escaso y costoso ya que hay que recorrer grandes distancias para conseguirlo. En estas condiciones la higiene diaria es un lujo gratuito y en ocasiones poco apetecible dadas las

características de frío e intensas heladas del invierno altiplánico. Un médico con formación curricular relativa al marco cultural donde realiza su servicio, valorará las dificultades de acceso al agua y por tanto a la higiene corporal, evitando grotescas valoraciones sobre la suciedad de los enfermos indígenas que le visiten en la posta (FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO. *Médicos y yatiris: Salud e interculturalidad en el altiplano Aymara.*: CIPCA/OPS/Ministerio de Salud y Previsión Social. La Paz. 1999).

Sangre y Orina

El examen médico convencional, en ocasiones, prescribe análisis de sangre y orina. La concepción aymará sobre los fluidos orgánicos resulta particularmente importante, al igual que sucede en otros grupos amerindios. La sangre es un bien limitado, no se reproduce fácilmente; es como si nació con la cantidad de sangre que debemos emplear toda la vida; por otro lado, los aymaras insisten en que su sangre cuesta caro y no puede derramarse ni extraerse de forma arbitraria. Los derramamientos de sangre deben ser indemnizados por la pérdida ocasionada, concebida como irreparable. Es necesario explicar de forma sencilla las razones y uso del análisis sanguíneo, a la manera de las hojas de coca, para ver la enfermedad, a la vez que aliviarnos las desconfianzas sobre el uso que el médico otorga a la sangre extraída. Es muy frecuente en el altiplano, al menos, el abuso latente que se supone a la tendencia a la extracción sanguínea por parte del médico, así como a la asimilación del médico con el terrible “operador”, el temible *kharisiri*. El *kharisiri*, antaño relacionado con la iglesia colonial en esas relaciones de poder completamente asimétricas, salpica en la actualidad a diferentes colectivos, entre ellos al sanitario. No en vano el *kharisiri* recorre las comunidades aymaras, especialmente en el mes de agosto, recolectando grasa y sangre con su “jeringa” para, “pagar la deuda externa boliviana”. Un equipo médico asociado simbólicamente en sus actuaciones al perfil del *kharisiri* está materialmente condenado en el altiplano al más atroz de los aislamientos. Lógicamente, si esto se aplica a los análisis sanguíneos, con mayor importancia a las operaciones quirúrgicas.

Con respecto al orín se emplea habitualmente en los tratamientos médicos indígenas en diferentes casos (Absi 2005) e incluso en los procedimientos de diagnóstico terapéutico. El consumo de orín y su carácter “cálido” le capacita en el tratamiento de ciertas enfermedades

indígenas, así como por sus propiedades como desinfectante y antihemorrágico. (FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO. *Médicos y yatiris: Salud e interculturalidad en el altiplano Aymará.*: CIPCA/OPS/Ministerio de Salud y Previsión Social. La Paz. 1999).

Cirugía

La operación quirúrgica supone un trauma cultural, económico y social para los afectados indígenas. Cultural por las connotaciones negativas que implica la manipulación interna del cuerpo, donde nadie tiene que “mirar”; económico por el costo, inalcanzable para la gente del campo, de las cifras que habitualmente se manejan en cualquier operación quirúrgica con el añadido del desplazamiento al hospital donde vaya a realizarse la intervención; social por la toma de decisiones familiares, domésticas e incluso comunitarias que implica el traslado hospitalario y el temor que produce enfrentarse a un espacio frío deshumanizado sin previsión espacial para acoger a los familiares que acompañarán, con seguridad, al enfermo. Lo ideal sería dotar a las postas sanitarias con personal perfectamente capacitado en formación específica y medios técnicos para poder realizar “in situ” es decir, en el campo, las intervenciones quirúrgicas de corte sencillo para evitar en lo posible el traumático traslado de los pacientes al hospital; circunstancia que en ocasiones supone la negación absoluta no sólo de la familia del afectado sino de la propia comunidad, con sus autoridades al frente, a las recomendaciones del equipo de salud. Por otra parte, los grupos indígenas del altiplano recelan de las prácticas quirúrgicas debido al reconocimiento ético y moral que posee el cuerpo completo. Los difuntos deben enterrarse con todos sus restos orgánicos y corporales. El costo de las intervenciones quirúrgicas y el maltrato que se espera en las unidades hospitalarias, constituyen serios rechazos para las intervenciones quirúrgicas. Los indígenas acusan al médico que está siempre preparado para la “operación”, por su avidez para curiosear las interioridades humanas y por su deseo de riquezas. Se sospecha que la cirugía responde a los intereses profesionales y económicos del médico y no tanto a las necesidades terapéuticas del paciente. (FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO. *Médicos y yatiris: Salud e interculturalidad en el altiplano Aymará.*: CIPCA/OPS/Ministerio de Salud y Previsión Social. La Paz. 1999).

Parto

El parto incorpora otra serie de características culturales peculiares de las poblaciones indígenas que chocan con la pragmática valoración y medicalización del parto desde la perspectiva biomédica. La posición del parto, para buena parte de los grupos amerindios, establece disposiciones muy diferentes a las del modelo biomédico. La posición más adecuada es en cuclillas con la atención, en ocasiones, del marido por detrás masajeando el abdomen de la parturienta bajo la atenta mirada de la partera en contacto con la tierra, con la enorme carga simbólica que este contacto tiene, particularmente en los Andes. En las comunidades aymaras es preciso entregar la placenta a la madre ya que desde su perspectiva es el “hermano” del neonato, cuya vida no va a prosperar. La madre da a luz al niño y a su placenta, algo así como el “hermano monstruoso”; en el altiplano aymará hay que compensar al menos afortunado, en este caso a la placenta que no va a prosperar vitalmente, frente a la criatura recién nacida. Por ello, las familias adornan la placenta con los rasgos característicos del nacido; si es niña, se adorna su placenta con mixtura y con elementos en miniatura que reflejan la variable de género del nacido, en caso de niña,

se enterrará acompañada de sus polleritas, su pequeña cocinita (*qhiri awichu*)...etc, en caso de niño, con una yunta en miniatura....etc. Cualquier actuación prepotente o arrogante sobre la “ignorancia” de las poblaciones aymaras por este rasgo cultural, o manifestaciones prepotentes del equipo médico sobre la inoportunidad e inconveniencia de esta manifestación cultural redundará con certeza en el fracaso, primero con respecto al deseo de que las parturientas acudan a la posta médica, y luego en la conveniente articulación del equipo médico en el seno de la comunidad. Un rechazo importante de las parturientas a acudir a las postas médicas para dar a luz se debe a la importancia simbólica de hacerlo en casa y en contacto con la tierra; dar a luz fuera de casa, del calor del hogar, según las prescripciones del binomio “cálido-fresco” con que algunos procesos orgánicos, como el parto, se ven afectados supone “parir extraños”, es decir, fuera del linaje doméstico.

Por otro lado, el proceso del parto es un proceso “cálido”, la parturienta indígena en el altiplano aparece con gran cantidad de ropa, secundada por la *aysiri*, la mujer partera, para provocarle la sudoración correspondiente del proceso “caliente” que supone el alumbramiento. Uno de los rechazos frecuentes de las mujeres aymaras en relación con el parto hospitalario se debe al frío de los hospitales, con sus grandes salas y sus protocolos de actuación en los que la

mujer parturienta aparece ligera de ropa. Esta situación incomoda en gran medida a las mujeres indígenas provocándoles no pocos recelos e incluso patologías iatrogénicas por el contraste entre el modelo cultural relacionado con el parto y lo que se encuentran en el parto hospitalario protocolizado. (DIBBITS, INEKE y MAGALI TERRAZAS. *Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa. El Alto .Tahipamu .La Paz. 2003.)*

Vacunación y fármacos

La medicina preventiva, en lo que respecta a las campañas de vacunación, debe partir de una información previa, concisa y clara sobre lo que se pretende y los beneficios que el proceso de vacunación va a suponer para la población local. Es preciso proyectar unos días o semanas antes del ejercicio de la campaña, una exhaustiva campaña de información previa “in situ” con las autoridades comunitarias y el resto de los pobladores interesados en la información. No podemos esperar que en el crítico momento la gente de la comunidad, sin previo aviso de lo que se pretende, acepten complacidos la llegada del equipo de salud y mucho menos que se presten a donar a sus hijos para que les claven agujas. Existen categorías y conceptos de enfermedad, en diferentes poblaciones amerindias, particularmente en las tierras bajas del bosque amazónico, según la cuales la enfermedad se debe a algo que se nos introduce en el cuerpo. Igualmente hay recelo sobre el objetivo “real” de las vacunas, dada la desconfianza que las poblaciones indígenas tienen sobre cualquier propuesta o iniciativa externa que escape de sus parámetros de control; así se dice que las vacunas pretenden esterilizar a las mujeres indígenas o hacerlos sumisos y sin voluntad contestataria frente a los intereses del Estado. Por otro lado, el rechazo a las campañas de vacunación presenta otras consideraciones de características simbólicas; recordemos el complejo ceremonial del *kharisiri* con su “jeringa” recolectora de grasa y sangre, así como la certeza de que el uso de los medicamentos acomodan el cuerpo de los originarios, haciéndolos más vulnerables y dependientes de la biomedicina, a la vez que los aleja de los remedios tradicionales.

Con respecto al uso de los medicamentos occidentales hay que insistir en que igualmente tienen su sentido y valor desde la perspectiva indígena. Los sabios aymaras (*yatiris*) por ejemplo, diferencian entre las “enfermedades de la gente” y las “enfermedades del doctor”,

delegando en uno u otro según su saber hacer. Las enfermedades del doctor aparecen reconocidas bajo los términos castellanos “inyección”, “operación”, “transfusión” que muestran, desde la perspectiva indígena, lo más violento de una biomedicina centrada fundamentalmente en el cuerpo orgánico, mientras que la medicina aymará, como otros grupos amerindios, centra sus necesidades terapéuticas en el ser humano, utilizando todos los recursos que incorpora, en cada caso, el concepto de persona. En este sentido, no resulta infrecuente que en ciertas ocasiones los originarios busquen al médico “de mandil blanco” para utilizar sus herramientas terapéuticas, una vez identificado que el caso “es para el doctor”. Sería bueno conseguir, una vez sensibilizado el sector biomédico a través del *pensum* universitario, la capacidad que igualmente debieran tener los biomédicos de delegar en el médico originario, más allá de los compromisos adquiridos de totalidad por el “juramento hipocrático”, en el caso de las “enfermedades de la gente”, que no está capacitado para atender correctamente.

Los medicamentos empleados en la posta médica no deben ser regalados o gratuitos, ya que se considera que lo que se da gratis no es eficaz o está caducado o bien, pretende otros fines encubiertos dañinos para la población. Los medicamentos y “tratamientos” que cuestan plata, son considerados “poderosos” y eficaces por los usuarios indígenas de los servicios de salud. De igual manera, entre los aymaras, las atenciones curativas rituales y las ofrendas ceremoniales costosas se consideran más eficaces, con la capacidad de incidir de forma proyectiva sobre el cuerpo del doliente sin necesidad de abrirlo, como hace el cirujano. Obviamente esta cualidad relativa al costo de los medicamentos debe ser empleada con flexibilidad por parte del equipo de salud según las posibilidades económicas de los pacientes que acuden a la posta, de tal forma que nadie se quede sin su tratamiento completo por razones económicas. En este sentido hay que resaltar los problemas que está provocando en las postas rurales la aplicación protocolaria e inflexible del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil), quejándose los médicos rurales que no pueden recetar fármacos, fuera de las ocasiones y tipos reflejados en los protocolos del SUMI mermando considerablemente su capacidad de decisión y criterio. (Ministerio de Salud y Deportes. Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI, y SNUS Modulo de Inducción. Creativa. La Paz .2003.)

La actuación del equipo biomédico en el área rural no puede circunscribirse exclusivamente a la posta médica. Es preciso mantener una comunicación fluida con el entorno comunitario,

autoridades originarias, familias, asociaciones del lugar, magisterio rural y por supuesto con los médicos originarios; resulta imprescindible concretar con ellos de forma clara que no existe ningún deseo de “competencia” y sí de colaboración; la competencia o no de unos u otros, en cada caso, responde a la elección que el propio enfermo realice libre y democráticamente según su criterio. (FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO. 1999. *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano aymará*. La Paz: CIPCA/OPS/Ministerio de Salud y Previsión Social), (CAMPOS, Roberto. “Nosotros los curanderos”. Nueva Imagen. México. 1998)

Eficacia simbólica

Estar sano o enfermo en las sociedades humanas, no depende sólo de la estructura celular y de los componentes orgánicos del cuerpo sino que cada cultura decide dar sentido a lo que entiende por salud y enfermedad. En poblaciones amerindias de Bolivia existe un complejo conjunto de formulaciones culturales sobre enfermedades, los llamados “síndromes culturales”, que recogen aspectos diferenciados de su realidad cultural. Así las cosas, determinadas patologías o aflicciones son resueltas mediante la consideración que se hace al ser humano y sus expectativas funcionales. No tiene sentido la parcelación orgánica, mirar “adentro” del cuerpo o preocuparse por un órgano específico. Los rituales terapéuticos empleados por diferentes grupos étnicos de Bolivia hacen alusión a modelos simbólicos de percepción y concepción del cuerpo y del ser humano en situación de eficacia social, junto con su estructura social y de parentesco, así como las diferentes cosmovisiones que, según cada caso, se ven afectadas. Es por eso que buena parte de los procedimientos terapéuticos son de carácter ritual y simbólico de forma paralela al conocimiento prolijo de especies naturales que emplean en su abundante farmacopea tradicional. Estas soluciones rituales que emplean las poblaciones amerindias en tratar sus problemas de salud chocan con la mentalidad cartesiana y racionalista de los equipos médicos de la posta médica o institución hospitalaria al uso. Hacer alusiones a las prácticas terapéuticas del médico originario con respecto y aprecio, recomendando la consulta característica al médico originario y su parecer, cuando la ocasión lo precise, facilitaría en gran medida la comunicación e integración del equipo médico en el área, además de redundar en el propio prestigio y apego de los usuarios indígenas de los

servicios de salud. En numerosas ocasiones asistimos a la presencia casi clandestina de los *yatiris* y médicos indígenas originarios en las unidades hospitalarias, a solicitud de los propios enfermos, aprovechando la ausencia momentánea de los equipos médicos, el relevo en las guardias o el turno de noche, lo cual no hace sino incidir de una forma manifiesta en la diferenciación de sentido que con respecto a la propia enfermedad poseen los agentes de salud convencionales y los usuarios indígenas de dichos servicios . (FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO. 1999. *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano aymara*. La Paz: CIPCA/OPS/Ministerio de Salud y Previsión Social).

Los escenarios.

El hecho de que los centros de salud convencionales, instituciones hospitalarias y postas médicas rurales no sean reconocidas por los posibles usuarios indígenas de dichos servicios como competentes en el tratamiento de la enfermedad ,según las concepciones locales, hace que estas instituciones aparezcan mermadas en sus capacidades e infrautilizadas. “*El hospital es el lugar donde la gente va a morir*” es una frase lapidaria, pero recurrente en el dominio rural de Bolivia que desacredita las posibilidades en atención médica de las unidades hospitalarias. Sería preciso averiguar cuales son las razones de este rechazo; cual es el tipo de relación existente entre el personal médico y sanitario del hospital o de la posta y los respectivos usuarios indígenas de la zona; acreditar el nivel de comunicación habitual entre los agentes de salud del hospital y los usuarios de los servicios; comprobar el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a la posta o a la unidad hospitalaria y conocer el fundamento de su rechazo.

La presencia de médicos originarios, *yatiris*, *kallawayas* y otros varios posibles en el mismo espacio terapéutico del hospital donde trabaja el médico, presenta dificultades importantes. Indudablemente, el hecho de que médico y médico originario compartan espacios en el “centro de poder” tanto de la posta, como del hospital, adquiere connotaciones políticas razonables para la acreditación de un enfoque intercultural aplicado a la salud, pero cuidado porque la cuestión no sólo radica en colocar a uno u otro especialista al lado, codo con codo. Si bien el “escaparate” político de la interculturalidad goza con este tipo de experiencias es preciso valorar algunos aspectos. En primer lugar la difícil aceptación del propio espacio hospitalario,

por parte de grupos humanos que no poseen en su bagaje cultural nada parecido a una “casa de curas” ya que es el propio médico originario quien practica la medicina de forma itinerante atendiendo a los enfermos , bien en su propia casa o en la de aquel. Por tanto, difícilmente nadie acudirá a una institución “fría” donde no entienden la lengua originaria ni las consideraciones culturales sobre salud y enfermedad, aquellas consideradas por los lugareños como “verdaderas razones”, para afrontar las crisis y traumas que la enfermedad ocasiona.

Si los médicos y personal de salud no están formados en criterios interculturales , difícilmente valorarán las competencias que el médico originario desempeñe en la posta o en la unidad hospitalaria, considerando al médico originario, dentro del mas aberrante paternalismo como un pequeño auxiliar de primeros auxilios, para que “aprenda” las verdaderas enfermedades y sepa derivar al hospital los casos importantes; este tipo de actitud se acerca al sentido de la expresión “*emplear la de ellos para salirnos con la nuestra*”, que escuché de un médico rural en su año de provincias, no ayuda al desarrollo de criterio intercultural alguno, por más que médico y *yatiri* encuentren acomodo en el mismo escenario terapéutico del hospital o de la posta médica. Si el médico originario no deriva los pacientes que no puede atender al biomédico y este a su vez reconoce sus limitaciones en el competente tratamiento de enfermedades que sí puede tratar el médico originario y lo deriva a este, nada se adelanta con hacer compartir a uno y otro especialista el espacio hospitalario. Otro rasgo a tener en cuenta es que el médico originario de la posta o de la institución hospitalaria debe estar incluido en nómina, es decir, debe recibir su dinero por el trabajo realizado en la posta o en el hospital , existe la idea de que los médicos originarios, cobran la voluntad de sus pacientes y así resulta en el campo, en las comunidades desperdigadas por el altiplano, la selva o el chaco, pero si queremos que los médicos originarios sean reconocidos institucionalmente deben ser premiados por su valioso quehacer con su pacientes con el aporte económico adecuado; de otra forma no les compensará realizar su trabajo en un lugar fijo y preferirán continuar con su tradición ambulatoria.

Hay que valorar, por otro lado, la reacción de los usuarios potenciales de los servicios: así como en la ciudad de La Paz y otros sectores ya hay dispensarios que ocupan médicos y *kallawayas* u otros médicos originarios con relativa aceptación, habrá que ver lo que sucede en el dominio rural, con sus características diferenciadas.

El médico tiene su “espacio de poder” con las atribuciones que le confiere el mismo y, a su vez, el *yatiri* posee los suyos y no es bueno mezclar ambos conceptos, porque los pobladores indígenas y los propios médicos originarios recelan de la ineficacia de esa mezcla de conceptos. Varios *yatiris* consultados directamente se negarían a trabajar en la posta sanitaria porque no es su ámbito de “poder”; en el caso del *yatiri* aymará, el escenario que ejerce como caja de resonancia de su poder terapéutico y ceremonial es el propio altiplano, donde se encuentran todos los seres tutelares que avalan su proceder, espacio sagrado que es capaz de reproducir en el dominio doméstico, ya sea en su casa o en la casa del paciente a través de sus remedios terapéuticos y sistemas de diagnóstico (hojas de coca, mesas rituales...etc). Indudablemente el maltrato a los *yatiris* o la competencia que los médicos puedan tratar de realizar con ellos en nada ayuda a sus disposiciones interculturales. Un *yatiri* me comentó en una ocasión que él nunca trabajaría con el médico en la posta si no fuera a partir del respeto mutuo y el compartir los procedimientos terapéuticos; se dice que el médico “juega” con sus aparatos y mira frascos recetando remedios, pero sin comunicar nada, “ en secreto”. Dentro de la propia estructura hospitalaria hay que tener en cuenta los cuidados relativos a los pacientes indígenas ingresados en la institución, como sea, el incluir en la dieta de los enfermos, en lo posible, los productos alimenticios de la zona; la explicación directa y franca sobre el consumo de fármacos; explicar rasgos sensibles en los tratamientos que se apliquen como sabores, olores, sensaciones orgánicas , rasgos térmicos de temperatura...etc., todos ellos rasgos que afectan a los criterios indígenas sobre salud y enfermedad. Es imprescindible habilitar espacios confortables para los familiares y acompañantes que serán los que sirvan como “colchón” amortiguador de los temores de los pacientes ingresados. El disponer de espacios habilitados para los familiares y acompañantes de los enfermos redundará sin duda en una mayor valoración positiva sobre la posta o institución hospitalaria, con el permiso obvio de visitar al familiar ingresado el tiempo que fuera preciso. (FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO. 1999. *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano aymara*. La Paz: CIPCA/OPS/Ministerio de Salud y Previsión Social).

Otro de los rasgos que debe imperar en la consulta ambulatoria o en la atención hospitalaria es el “secreto”; es decir , parte de los temores y recelos de los indígenas con respecto al hospital y las actuaciones médicas radican en su carácter público. La situación médica de cada enfermo

en la relación que establece con el médico indígena sólo le interesa a el propio afectado y su familia; todo debe quedar en este entorno privado, intimista y particular, por el contrario el hospital con su masificación asistencial y sus colas de enfermos y familiares va en contra del valor que el dominio indígena otorga a la privacidad de la situación médica de sus enfermos. De hecho, en el altiplano aymará, los *yatiris*, al acudir a la casa del enfermo lo hacen de noche y con la máxima discreción, para que nadie del entorno, ajeno a la familia, pueda notar su presencia en la casa.

La labor de sensibilización para la aplicación de un enfoque intercultural a la salud debe producirse a la brevedad posible en el *pensum* de los *curricula* de todas las carreras universitarias de Ciencias de la Salud, a nivel del Estado; es la única forma de cambiar el escenario en el que otra forma de pensar la salud sea posible en Bolivia.

Junto con la renovación del *curricula* de las carreras universitarias de Ciencias de la Salud es preciso intensificar la sensibilización a los respetivos colegios médicos; premiar en los concursos de plaza e *ítems* a los médicos y otros especialistas de ciencias de las salud con conocimiento de lenguas originarias y patrones culturales sobre salud y enfermedad; fortalecer la figura de médicos interculturales con un boleto económico de reconocimiento; dignificar el antiguo “año de provincias” hoy convertido en “Servicio Social de Salud” que si bien ha conseguido consolidar los *ítems* de salud en el dominio rural, supone una experiencia de campo insuficiente para los implicados, con el actual recorte a tres meses en área rural y seis meses en área urbana. (FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO (Coord.). 2004. *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito:Abya-Yala/Bolhispania /UCLM).

Se llama Amauw'tas a las persona que conocen bien sobre las curaciones. En nuestra tierra en los tiempos antiguos, se llamaba Amauw'ta a los grandes sabios curanderos. Ama significa una persona cuyos hijos han muerto o una persona de edad que ya no puede tener hijos. Entonces, Amauw'ta (uta: casa) quiere decir la casa de las personas cuyos hijos han muerto o donde viven las personas que no tienen hijos. Esas eran las casas de los grandes sabios ancianos y ancianas que no tenían hijos y que amaban a todas las personas como a sus hijos. Estos grandes sabios curanderos orientaban a los recién casados, a los adolescentes, a los jóvenes y a los niños cómo deberían vivir.

(Yujra C. Los Grandes Pensamientos de Nuestros Antepasados. C&C Editores. La Paz. 2005.)

2.2 MARCO TEORICO SITUACIONAL

El Municipio de Palca es la Primera sección de la Provincia Murillo, fundada en 1838, cuenta con tres cantones, Cantón Palca, Cantón Quilihuaya, Cantón Cohoni. Limita al Norte con la Ciudad de La Paz y el Municipio de Yanacachi (Provincia Sur Yungas), al Este con el Municipio de Irupana (Provincia Sur Yungas), al Sur con los Municipios de Sapahaqui y Cairoma (Provincia Loayza), al Oeste con el Municipio de Mecapaca (Provincia Murillo).

Se encuentra ubicada entre serranías y valles, topografía que configura un paisaje particular, por sus espectaculares contrastes de cumbres andinas y vegetación. (Instituto Nacional de Estadística, Centro de Información para el Desarrollo. Atlas Estadístico de Municipios. La Paz. Octubre 1999).

Los paisajes de serranías y montañas existentes en la zona de estudio, ocupan el mayor espacio territorial, siendo la altura mínima de 2000 m.s.n.m. ubicada en la zona de Murata y la altura máxima de 6402 m.s.n.m. de la serranía del Illimani, con una superficie total de 114791.614 ha. Corresponde al Noreste de la Cordillera Real constituida por una cadena montañosa cuyas cumbres mas elevadas superan los 6000 m.s.n.m. (Máximo Arias, Francisco Mamani . Propuesta de Zonificación Agro ecológica del Municipio de Palca. Universidad Mayor de San Andrés. Facultas de Ciencias Geológicas. La Paz. 2005).

Son marcadas sus variaciones climáticas: alta precipitación pluvial en los meses de enero a marzo; época de sequía, entre septiembre y noviembre; y heladas, entre junio y agosto. Por encontrarse prácticamente a los pies de la cordillera, específicamente de los nevados Illimani y Mururata y recibir los caudales de sus deshielos, el municipio de Palca dispone del recurso agua en forma permanente, con un incremento en sus caudales durante los meses de octubre. Además, existen lagunas de origen glacial en las partes más elevadas de la región. Lamentablemente, las aguas del río que atraviesa la zona sufren una permanente contaminación sobre todo por la explotación minera.

En lo referente a la calidad de los suelos, la erosión constituye un problema latente, en tanto afecta a una extensión promedio de seis hectáreas por comunidad. La vegetación predominante en el municipio varía de acuerdo con los pisos ecológicos existentes; así, en el alto andino o la parte de la puna se observa una vegetación arbustiva con predominancia de paja brava, tholares y yareta (pastura andina seca); en tanto que en la mayor parte del Municipio, se aprecia una vegetación herbácea, con presencia de arbustos nativos y eucaliptos introducidos.

La fauna silvestre del lugar ha disminuido considerablemente, ya porque los lugareños aún se dedican a la caza de subsistencia, o por la eventual presencia de cazadores furtivos provenientes de la ciudad. Las especies predominantes son el zorro, la perdiz, la viscacha, pequeñas víboras y lagartos.

La actividad económica en el municipio está definida en función al uso del recurso suelo que se da en cada comunidad: para pastoreo se utiliza de 0,5 a 1 hectáreas; el área cultivable oscila entre 1 a 5 hectáreas; además de existir entre 10 y 15 hectáreas de área forestal. En ese contexto, y por las condiciones climáticas favorables, los principales productos cultivados en la zona son; maíz, haba, arveja, zanahoria, cebolla, tomate, zapallo, lechuga; papa, oca; y frutales, como manzana, ciruelo, pera; además de la floricultura que genera buenos ingresos a la población. El clima templado con el que cuenta el municipio, es apto para el desarrollo de diversas especies de ganado, como el ovino, con un promedio de 50 cabezas por familia. Asimismo, la zona, por colindar con la cordillera, contiene una variedad de recursos mineros, como el oro, que es explotado por cooperativas de varias familias, y el antimonio, que es explotado por una empresa privada. (Instituto Nacional de Estadística, Centro de Información para el Desarrollo. Atlas Estadístico de Municipios. La Paz. Octubre 1999).

Las Organizaciones Sociales Originarias, tienden a su paulatina desaparición principalmente a partir de la Reforma Agraria de 1953, las Comunidades originarias existentes en la actualidad en la sección Municipal de Palca son Hampaturi y Cohoni, que está representado por sus autoridades Originarias.

De los Servicios Gubernamentales y Municipales, de acuerdo a la división Política administrativa del país Palca es la Capital de la Provincia Murillo y sede de las representaciones de las instituciones.

INSTITUCIONES PÚBLICAS EN EL MUNICIPIO

Nivel Administrativo	Institución / Autoridad	Localidad
Provincia	<ul style="list-style-type: none"> • Subprefecto • Concejo Departamental 	<ul style="list-style-type: none"> • Palca • La Paz, Palca
Sección de Provincia o Municipio.	<ul style="list-style-type: none"> • Alcalde • Subalcaldes • Consejo Municipal • Policía Nacional • Dirección Distrital de Educación. • Dirección Municipal de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Palca, Ovejuno • Hampaturi, Chuquiaguillo, Chinchaya, Ovejuno, Quilihuaya, Cohoni, Palca, Ovejuno. • Palca, Ovejuno. • Palca • Palca • Palca
Cantones	<ul style="list-style-type: none"> • Agente Cantonal • Corregidor Territorial 	<ul style="list-style-type: none"> • Quilihuaya, Cohoni. • Palca, Cohoni, Quilihuaya.

El Subprefecto es la máxima autoridad representante de la Prefectura Departamental, seguido de los corregidores territoriales, en cada uno de los cantones designados directamente por el Subprefecto.

El Gobierno Municipal esta constituido por un Alcalde Municipal y 5 concejales y dos agentes Cantónales, son elegidos por el voto popular por un periodo de cinco años tal cual establece la ley de Municipalidades.

En la accesibilidad antes de 1952 las comunidades rurales de la provincia mantenían celosamente su unidad, desconfiaban de los extraños y tenían sus propios medios de defensa y su accesibilidad por tierra era difícil. Los comunarios vieron la necesidad de abrir su primera carretera, para transportar los productos agrícolas a los mercados de consumo de la Ciudad de La Paz.

Actualmente la sección Municipal de Palca es de difícil acceso debido a la falta de construcción de puentes en los ríos; partiendo de la ciudad de La Paz con dirección sud pasa por las siguientes poblaciones , Ovejuyo, Chullo, Ventilla, pueblo de Palca, Lacayani, Quilihuaya, Challasirca, Cohoni, Tanimkata, Atahuallani, Cotaña, Cayimbaya y Araca.

Existen otros caminos troncales:

El que se dirige ha Ventilla, pasando por las comunidades de Amachuma Chico y Grande, Huallaravi y Pacuani.

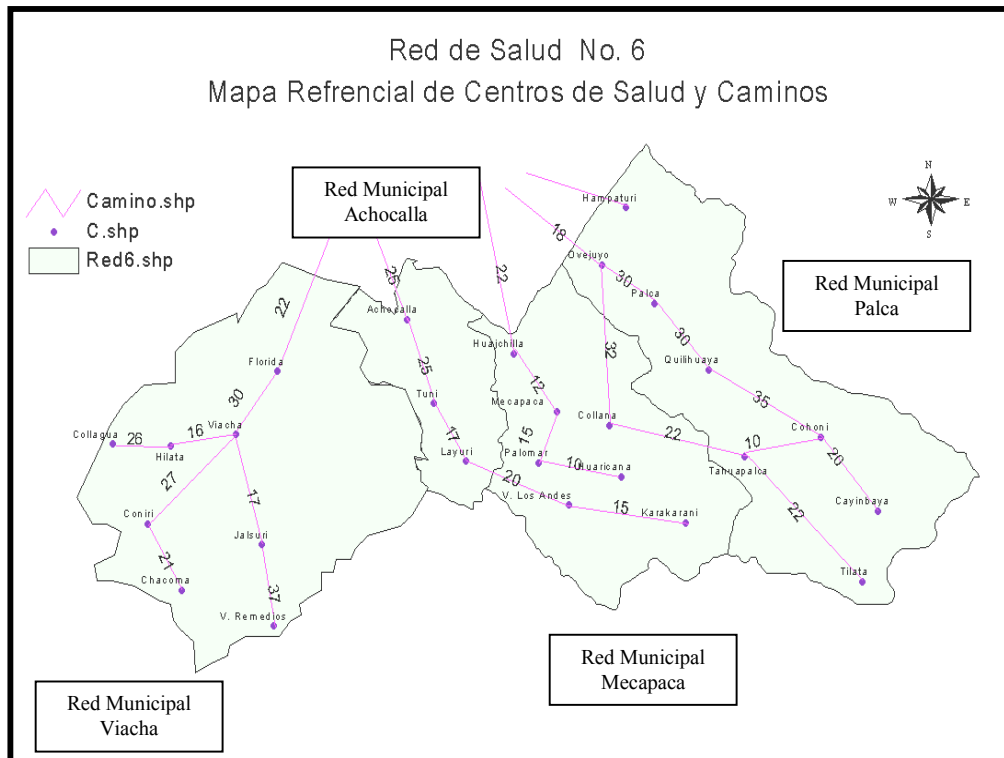
Hacia el norte, se comunica por un camino que sale de la zona de Pampahasi y se dirige a la comunidad de Hampaturi y la Cumbre.

Hacia el Oeste existe dos caminos trónchales, uno que sale de Ovejuyo, Población de Collana (Municipio Mecapaca), Tahuapalca, Cachapaya, Cohoni, Tanimkata, Atahuallani, Cotaña, Cayimbaya y Araca. El Otro que sale de la Localidad de Mecapaca, Palomar, Huaricana, Millucato, Tahuapalca, Cachapaya, Cohoni, Tanimkata, Atahuallani, Cotaña, Cayimbaya y Araca.

Estas carreteras cuentan con varios ramales, que se comunican con las diferentes comunidades, situadas en el área de estudio, existen también caminos de menor importancia

que son utilizados por los comunarios para dirigirse a las diferentes comunidades. (Máximo Arias, Francisco Mamani . Propuesta de Zonificación Agro ecológica del Municipio de Palca. Universidad Mayor de San Andrés. Facultas de Ciencias Geológicas. La Paz. 2005).

La Red Municipal de Salud – Palca, forma parte de la Red de Salud No 6, conjuntamente con el Municipio de Mecapaca, Achocalla y Viacha (Provincia Ingavi).



Mapa referencial de Centros de Salud y Caminos de la Red de Salud No 6
(Fuente: RMS – Palca)

La Red Municipal de Salud se encuentra trabajando con una población rural de 15277 habitantes, no cuenta con población rural, la Red Municipal de Salud esta conformada por 8 sectores de salud:

SECTOR DE SALUD	Población Total
Porcentaje	100
PALCA	3140
COHONI	3000
OVEJUJO	2062
QUILIHUAYA	1625
CAYIMBAYA	1674
HAMPATURI	1566
TAHUAPALCA	1455
TIRATA	755
TOTAL	15277

El principal problema de los ocho sectores en salud es; la falta de una infraestructura adecuada, la falta de personal y el poco apoyo al sistema de salud municipal, por parte de Gobierno Municipal.

En sus ocho servicios cuenta con un total de 5 médicos y 8 auxiliares de enfermería:

SECTOR DE SALUD	MEDICO	AUXILIAR DE ENFERMERIA
PALCA	2	1
COHONI		1
OVEJUJO	1	1
QUILIHUAYA	1	1
CAYIMBAYA		1
HAMPATURI	1	1
TAHUAPALCA		1
TIRATA		1
TOTAL	5	8

(Fuente: SNIS, Aguilar J. – Estadístico Red de Salud No 6)

De los cinco médicos dos son personal del SEDES La Paz (HIPC II) y 3 son contratos municipales, con una deficiente coordinación con los últimos, de los enfermeros auxiliares siete son personal del SEDES La Paz (HIPC II y TGN) y un contrato municipal.

INDICADORES SOCIODEMOGRAFICOS – MUNICIPIO PALCA

DATOS GENERALES Y TAMAÑO DE POBLACIÓN

Tamaño de la población	Total
Población total	15277
Incremento porcentual	14.77 %

ESTRUCTURA Y PROYECCION DE POBLACION

Población por grupos funcionales	Hombres	Mujeres	Total	% total
Población infantil (0-4 años)	971	963	1934	13.6
Edad escolar (6-17 años)	2197	2067	4264	30.1
Población adolescente y joven (10-24 años)	2074	1992	4066	28.7
Población en edad de trabajar (10-64)	4774	4516	9290	65.5
Tercera edad (60y + años)	728	651	1379	9.7
Tercera edad (65y + años)				6.7
Mujeres en edad fértil (15-49 años)		2961	2961	20.9
Población total	7223	6962	14185	100
Índice de Masculinidad				103.8
Razón de Dependencia				90.9
Proy. de Población 2004	7683	7467	15150	100

CRECIMIENTO Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN

Crecimiento y distribución de la población	%
Tasa de crecimiento (por 100 habitantes)	1.5
Crecimiento por grupos funcionales	%
Población Infantil (0-4 años)	0.4
Edad escolar (6-17 años)	2.1
Población adolescente y joven (10-24 años)	2.3
Población en edad de trabajar (10-64)	1.9
Tercera edad (60y + años)	4.2
Mujeres en edad fértil (15-49 años)	1.3
Tasa de crecimiento por área	%
Urbana	0
Rural	1.5
Distribución de la población	----
Densidad	23.9 hab. x km ²
Urbana	0
Tiempo de duplicación	70 años

INDICADORES SOCIALES Y VARIABLES DEMOGRAFICAS

Educación	%
Tasa de analfabetismo	21.7 (15 años a +)
Tasa de Asistencia Escolar	83.9 (6 a 17 años)
Empleo	
Tasa global de Participación Económica	60.8
Salud (1)	
Cobertura de parto institucional	10.2
Cobertura de 4to control prenatal	27.0
Cobertura de atención de neumonías < de 5 años	100.0

Cobertura de atención de diarreas < de 5 años	20.3
Cobertura 3ra dosis de vacuna pentavalente < de 5 años	95.9
Cobertura 3ra dosis de hierro < de 5 años	5.1
Servicios básicos	
Hogares con acceso a agua potable por cañería	55.0
Hogares con acceso a energía eléctrica	34.8
Hogares con acceso a servicio sanitario	22.0
Pobreza	
Incidencia de pobreza	98.7
Índice de Desarrollo Humano	0.53
Variables Demográficas	
Tasa global de Fecundidad	5.2
Tasa de mortalidad infantil	67.3 x 1000 n.v.
Tasa de migración neta	-12.8 x 1000 hab
Tasa de fecundidad en adolescentes	51.3
Otros indicadores	
Numero de ONG en el municipio	2
Tasa de fecundidad General	121.9 nac.x1000 m.

Ranking Municipal de IDH = 187 Palca

105 Mecapaca

89 Achocalla

De un total de 314 municipios en todo Bolivia.

(Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de Planificación, Secretaria Técnica del Consejo de Población de Población para el Desarrollo Sostenible. Sistema de Indicadores Municipales. La Paz. Mayo 2005).

(Instituto Nacional de Estadística, Atlas Estadístico de Municipios. Plural editores. La Paz. 2005.)

(Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Sociodemográficos por Provincias y Secciones de Provincia (La Paz) 1992-2001. Presencia. La Paz. Noviembre 2005.)

DEFINICIÓN DEL NIVEL DE INCORPORACION DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA ATENCION MEDICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PALCA DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS DEL TRABAJO REALIZADO POR EL PROYECTO CARITAS LA PAZ.

La Pastoral Social – Caritas La Paz con el financiamiento de la Acción Cuaresmal de los Católicos en Suiza “FASTENOPFER” ha venido ejecutando desde marzo/03 a febrero/06 el Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud en los cantones de Cohoni y Chanca, correspondientes a los Municipios de Palca y Mecapaca respectivamente, de la Provincia Murillo del Departamento de La Paz.

De está manera, que el presente proyecto a tratado de responder a los cambios políticos, jurídicos y sociales vigentes en nuestro país, interviniendo fundamentalmente en la focalización de tres componentes: Fortalecimiento del Sistema de Salud, Fortalecimiento Municipal y Fortalecimiento de la Participación Comunitaria y de Control Social. Todo esto con el fin mejorar la situación de salud de las poblaciones de los cantones referidos promoviendo una mayor y mejor accesibilidad a los servicios de salud. Desarrollando las siguientes actividades de apoyo:

- **Fortalecimiento del Sistema de Salud**

- **Completando y consolidando la red de servicios de salud de los cantones de Cohoni y Chanca mediante:**

La construcción o conclusión de infraestructura en salud.

Dotación de equipamiento.

Mejoramiento de la comunicación entre servicios de salud.

Dotación de medios de transporte de dos ruedas.

Dotación de Recursos Humanos.

Diseño, producción y difusión de material de Información, educación y comunicación en salud.

Capacitación a los trabajadores de salud en temas de educación popular.

Integración de Agentes comunitarios al trabajo de los servicios de salud.

- **Implementando en los cantones de Cohoni y Chanca un sistema de atención en salud adecuado culturalmente mediante:**

1. La Investigación comunitaria sobre el tipo de atención culturalmente requerido.
2. Elaboración de normas de atención culturalmente adecuadas y adecuación de Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud al modelo de atención apropiado a la cultura.
3. Capacitación y actualización en medicina tradicional y herbolaria a los trabajadores de salud.
4. Implementación de una farmacia de medicina natural en cada cantón.
5. Integración de parteros empíricos al trabajo de los servicios de salud.

• **Fortalecimiento Municipal**

1. Capacitación al equipo ejecutor del proyecto en temas de gestión y formulación de proyectos.
2. Encuentros de reflexión anuales de salud con los concejos municipales correspondientes.
3. Cursos anuales sobre Planificación Participativa y Programación Anual Operativa (POA) dirigido a los Gobiernos Municipales.
4. Participación de los líderes comunitarios formados y equipo ejecutor del proyecto en la formulación del POA municipal.
5. Diseño y formulación de un proyecto anual por cantón.

• **Fortalecimiento de la Participación Comunitaria y de Control Social**

1. Participación del equipo del proyecto en reuniones de las organizaciones sindicales de cada cantón.
2. Realización de encuentros de secretarios generales en ambos cantones.
3. Capacitación de Líderes comunitarios de cada cantón.

4. Participación de los líderes formados en reuniones de sus organizaciones sindicales.
5. Realización de reuniones con grupos focales en diferentes comunidades en cada cantón, priorizando la participación femenina en las mismas.

EN RELACIÓN A LA IMPLEMENTACIÓN EN LOS CANTONES DE COHONI Y CHANCA DE UN SISTEMA DE ATENCIÓN EN SALUD ADECUADO CULTURALMENTE:

En marzo/03 se inicia el ciclo de capacitación a los trabajadores de salud en contenidos sobre educación popular tales como el Uso de temas transversales con el enfoque constructivista del aula, innovación y creación de metodologías en sistema formal y alternativo de educación, comprensión y aplicación de dinámicas en el desarrollo de contenidos de salud y sexualidad y comunicación para la salud, ciclo complementado en agosto/03 con contenidos referidos a la comunicación alternativa y en abril/04 con temáticas referidas a la construcción del conocimiento intercultural del proceso salud – enfermedad en la cosmovisión andina. Cuyos resultados pudimos apreciar en la realización principalmente de ferias de salud.

A partir de mayo/03, se inicia el proceso de adquisición de material bibliográfico para fines de la investigación sobre el tipo y forma de atención apropiada y requerida por la población de estos cantones adecuada a su cultura, proceso asesorado por un profesional sociólogo contratado, quien efectuó una serie de actividades, tales como, la realización de grupos focales en distintas comunidades, entrevistas con informantes claves y mapas parlantes en el marco de la mencionada investigación, producto de la misma sacamos conclusiones en agosto/03, fecha a partir de la cual, procedimos a socializarla a los trabajadores de salud, extractando de la misma, las normas de atención adecuadas a la cultura, con un trato digno y humanizado en las principales enfermedades del ámbito pediátrico y gineco – obstétrico, pero que lastimosamente no pudieron ser traducidas en un protocolo, debido a la falta de disponibilidad de tiempo del personal de salud para conciliación de criterios y su final transcripción, así como su adecuación en infraestructura y equipamiento en los servicios,

también como consecuencia al no acceso a los aportes de contrapartes municipales, pero que sin embargo, en las retroalimentaciones anuales efectuadas al personal de salud, con esto se ha contribuido al proceso de cambio de actitud hacia un enfoque de atención intercultural.

En este ámbito, también se fortaleció la atención intercultural de los trabajadores de salud con la realización de cursos de capacitación sobre medicina tradicional y herbolaria efectuados en septiembre/03 con los siguientes contenidos desarrollados: Fundamentos básicos sobre aspectos de medicina tradicional, complementados en agosto/04 con contenidos referidos a Materias primas para la elaboración de medicamentos vegetales; Extracción de vegetales, aceites o esencias; Indicaciones de algunas plantas medicinales para curar las enfermedades prevalentes de la zona; Preparación de medicamentos vegetales y prácticas de preparación de medicamentos naturales en base a plantas medicinales. Proceso del cual derivó en la implementación de farmacias de medicina natural en los servicios de salud de ambos cantones, que lamentablemente no prosperaron, debido al excesivo cambio de personal salud efectuado prácticamente durante los tres años de proyecto, pero que lógicamente sientan un precedente y aporte importante que en el futuro esperamos se verá ampliamente fortalecidos con los últimos cambios políticos ocurridos en nuestro país y la asunción al mando presidencial de un líder aymará, que coadyuvara con seguridad hacia una consolidación de políticas en salud intercultural más firmes.

Asimismo de igual forma, en la búsqueda de una integración de prácticas de la medicina tradicional con las de la medicina occidental, se efectuó durante los tres años de proyecto el curso para parteros empíricos, el mismo que concitó una gran expectativa por parte de los participantes por la modalidad empleada con la implementación de pasantías nocturnas en el “Hospital de la Mujer” de nuestra ciudad, pero que sin embargo, consideramos como resultado de esta actividad, provechosa simplemente en cuanto a la parte formativa, ya que los participantes en su gran mayoría no fueron parteros empíricos de oficio en sus comunidades, esto creemos pueda atribuirse a que la mayoría de los parteros en ambos cantones son personas de la tercera edad, para los cuales el hecho de trasladarse a la ciudad de La Paz ya es un motivo de molestia, otra conjetura es el rechazo que todavía pudiera existir por parte de

los mismos, hacia los servicios de salud y métodos empleados por la medicina occidental o simplemente una falta de interés por capacitarse y mejorar sus prácticas.

(Abrucece R. ,Pastoral Social Caritas La Paz.. Informe Trienal Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud Fastenopfer Cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. 2005.), (Quisbert G., Ale L. Investigación Comunitaria desde el punto de vista del Proceso de Salud Enfermedad en la Cosmovisión Andina en la Comunidades de Cohoni y Chanca. Pastoral Social Caritas La Paz, Departamento de Salud, Programa de Reforzamiento en la atención de Salud de los cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. Agosto 2006.)

LOGROS DE INDICADORES DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES (MARZO/05 – FEBRERO/06):

a) Se ha incrementado el conocimiento de la población de ambos cantones sobre los recursos del sistema de salud existentes y su oferta, el Seguro Universal Materno Infantil y temas generales para el cuidado de su salud, incrementando el uso de los servicios de salud y del seguro.

- 3 Talleres de capacitación sobre metodologías de Educación Popular realizados dirigidos a los trabajadores de salud, de 3 programados para el trienio, con las siguientes temáticas planteadas:

a) Marzo/03: CECAMI (27; 28/03)

30 participantes de los 22 programados.

Tema:

- Uso de temas transversales con el enfoque constructivista del aula; Innovación y creación de metodologías en el sistema formal y alternativo de educación; Comprensión y aplicación de dinámicas en el desarrollo de contenidos de salud y sexualidad; Comunicación para la salud.

b) Agosto/03: CECAMI (25;26/08)

29 participantes de los 22 programados.

Tema:

- La comunicación alternativa, uso de medios masivos de comunicación, uso de mini medios, medios radiales, elaboración de cartillas, afiches, panfletos y collage.

c) Abril/04: CECAMI (26; 27/04)

33 participantes de 22 programados.

Temas:

- Construyendo el conocimiento intercultural en el proceso salud - enfermedad en la cosmovisión andina; principales consideraciones antropológicas para el estudio del proceso salud – enfermedad.

La asimilación de está actividad fue corroborada a la culminación de cada uno de estos eventos mediante las evaluaciones preparadas por los facilitadores.

Respecto a los resultados, los pudimos observar en la producción de material de información, educativo y de asesoramiento a los niños de las escuelas de Cohoni en la feria de salud sobre medicina natural desarrollada en septiembre/03 y la diversificación de producción y creatividad desarrollada en la feria de salud del municipio de Mecapaca efectuada en septiembre/04 en la localidad de Huaricana.

b) Se ha desarrollado una atención en salud aceptable y adecuada a la cultura de las comunidades caracterizada por un trato digno y humano al usuario de los servicios.

- 1 Investigación comunitaria en ambos cantones sobre el tipo de atención y forma de trato requerido por la población acorde a sus valores, costumbres y modos de vida efectuado, de 1 programado para el trienio, trabajo encomendado a un profesional sociólogo contratado para tal efecto, desarrollado a partir de mayo/03 a agosto/03, con las siguientes etapas desplegadas: Recopilación de material bibliográfico, Entrevistas a informantes claves: autoridades comunales, lideres, responsables de servicios de salud, personas más antiguas de las comunidades y

talleres de grupos focales con la realización de mapas parlantes, redacción final del documento a diseño final, Teniendo como resultados de este proceso la conclusión de contenidos importantes y de mucha valía en cuanto a la comprensión del hombre andino en su concepción de la salud.

- Normas de atención adecuadas a las características culturales de la población, en cuanto a patologías de mayor prevalencia en la zona de intervención, existentes, no pudiendo cumplir su proceso de protocolización, debido fundamentalmente a la difícil conciliación de criterios y coordinación de tiempos para reuniones de elaboración, sin embargo, creemos a pesar de dicha situación, como señalamos anteriormente, haber contribuido significativamente al cambio de actitud de los profesionales de salud, al haber socializado estas normas a la mayor parte de los trabajadores de salud en la retroalimentación continua que efectuamos.
- Servicios de salud, no adecuados al modelo de atención culturalmente definido en cuanto a infraestructura y equipamiento, debido a como mencionamos la falta de acceso ha aportes de contrapartes municipales.
- 2 talleres de capacitación efectuados, sobre las modalidades de atención apropiadas y adecuadas con la cultura de los usuarios, dirigidos a los trabajadores de salud de ambos cantones, con una ligera modificación en su realización, es decir, el de juntar al personal de salud de ambos cantones en un solo evento, en vez de efectuarlo por separado de acuerdo a la planificación inicial, pudiéndose interpretar por tanto, de dichas actividades, la realización de 4 talleres de capacitación efectuados en ambos cantones de los 6 programados para el trienio. En Abril/04 con los siguientes contenidos: Construyendo el conocimiento intercultural en el proceso salud - enfermedad en la cosmovisión andina y en Abril/05 Características de la exclusión en salud en Bolivia, Tipo y forma de atención requerida por la población desde el punto de vista de la cosmovisión andina.

- c) Se ha establecido una coordinación e integración entre la medicina tradicional y occidental.
- 4 Cursos de capacitación por cantón sobre medicina tradicional y herbolaria, dirigidos a los proveedores de salud, de los 4 programados para el trienio, con un promedio de 14,2 participantes por curso, con las siguientes temáticas planteadas:
 - Septiembre y Octubre/03
“Fundamentos Básicos sobre Medicina Tradicional”
 - Agosto/04
“Materias primas para la elaboración de medicamentos vegetales, su extracción en aceites o esencias, indicaciones y propiedades de algunas plantas medicinales y preparación de medicamentos vegetales”.

Respecto a la asimilación de los contenidos impartidos son verificados en las evaluaciones efectuadas a la culminación de cada uno de los cursos.

- 1 Farmacia de medicina natural en cada cantón implementada a partir de septiembre/03, pero cuya sostenibilidad de funcionamiento se vio profundamente obstaculizada, debido a que los medicamentos producidos inicialmente fueron expendidos sin costo alguno, hecho que implicó la no existencia de fondos para la compra de nuevos materiales, asimismo, el personal capacitado en inició, fue cambiado de servicio por lo cual la posible nueva elaboración de estos medicamentos se vio totalmente imposibilitada. Sin embargo, a pesar de estas contingencias como mencionamos, consideramos a esta actividad como aporte y precedente importante para la integración de la medicina tradicional con la occidental.

- 3 Cursos de capacitación de parteros empíricos, de 3 programados para el trienio en cuanto al manejo del parto limpio durante los tres periodos del proyecto, con un promedio de 9,7 participantes de los 10 programados, con las siguientes temáticas planteadas: Atención de control prenatal, Trabajo de parto en curso y Atención posterior al parto o puerperio. Asociados a pasantías nocturnas en el Hospital de la Mujer de nuestra ciudad, sin embargo, consideramos como resultado de esta actividad, provechosa simplemente en cuanto a un enfoque formativo, ya que los participantes en su gran mayoría no fueron parteros de oficio, esto creemos pueda atribuirse a que la mayoría de los parteros en ambos cantones son personas de la tercera edad, para los cuales el hecho de trasladarse a la ciudad de La Paz ya era un motivo de molestia, otra conjetura es el rechazo que todavía pudiera existir hacia los servicios de salud o simplemente una falta de interés por capacitarse y/o mejorar sus prácticas.

(Abrucece R. ,Pastoral Social Caritas La Paz.. Informe Trienal Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud Fastenopfer Cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. 2005.)

ENTRE LOS LOGROS EN INDICADORES DE PROCESO ESTA:

En el siguientes cuadros apreciamos estos indicadores de proceso de el Cantón Cohoni, que es donde intervino directamente el Proyecto, es el responsable de la caída de estas atenciones, seguramente como consecuencia de los problemas de recursos humanos presentados.

Indicadores de proceso Cantón Cohoni

ACTIVIDAD	Año Base 01		Año 2003		Año 2004		Año 2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consultas nuevas X 100 h.	2054	27.2	2676	40.7	3509	51.4	2265	33

(Abrucece R. ,Pastoral Social Caritas La Paz.. Informe Trienal Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud Fastenopfer Cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. 2005.)

ENTRE LOS LOGROS DE INDICADORES DE RESULTADO (ENERO/03 – DICIEMBRE/05).

Indicadores de resultado. Análisis comparativo año de periodos, de proyecto 2003 - 2005

INDICADORES	año base 01		1er. Año 2003		2do. año 2004		3er. año 2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Captación de IRA,s en < de 5 años	355	32.2	563	63.3	648	67.8	324	33.3
Captación de EDA,s en < de 5 años	211	19.2	233	26.2	247	25.8	209	21.4
Vacuna BCG en < de 1 año	200	87.7	148	107.2	159	94.6	165	100
Pentavalente - OPV 3ra. Dosis	190	83.3	140	101.4	161	95.8	167	101.2
Controles prenatales nuevos	82	29.8	87	33.9	109	48.7	88	40.2
Atención del parto por personal de salud	43	15.6	17	6.6	54	24.1	63	28.8

(Abrucece R. ,Pastoral Social Caritas La Paz.. Informe Trienal Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud Fastenopfer Cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. 2005.)

Nivel De Incorporación Del Enfoque Intercultural De Acuerdo A Los Objetivos Del Trabajo Realizado Por El Proyecto Caritas La Paz.

OBJETIVOS	TOTAL	PARCIAL	NULO
Implementando de un sistema de atención en salud adecuado culturalmente.	Se ha implementado un sistema de atención en salud adecuado culturalmente en todos los servicios de salud de la Red Municipal de Salud Palca.	Se ha implementado en algunos servicios de salud de la Red Municipal de Salud Palca un sistema de atención en salud adecuado culturalmente.	No se ha implementado un sistema de atención en salud adecuado culturalmente en todos los servicios de salud de la Red Municipal de Salud Palca.

Implementación de una farmacia de medicina natural en cada Servicio de salud.	Se ha Implementado una farmacia de medicina natural en cada Servicio de salud.	Solo se ha Implementado una farmacia de medicina natural en algunos Servicio de salud.	No se ha Implementado una farmacia de medicina natural en los Servicio de salud.
Capacitación y actualización en medicina tradicional y herbolaria a los trabajadores de salud.	Se ha capacitado y actualizado en medicina tradicional y herbolaria a los trabajadores de salud.	Se ha capacitación y actualización en forma incompleta en medicina tradicional y herbolaria a los trabajadores de salud.	No se ha capacitado y actualizado en medicina tradicional y herbolaria a los trabajadores de salud.
Elaboración de normas de atención culturalmente adecuadas.	Se ha elaborado normas de atención culturalmente adecuadas.	Se ha elaborado en forma incompleta las normas de atención culturalmente adecuadas.	No se ha elaborado normas de atención culturalmente adecuadas.
Adecuación de Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud al modelo de atención apropiado a la cultura.	Se ha adecuado la Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud al modelo de atención apropiado a la cultura.	No se ha adecuado en su totalidad la Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud al modelo de atención apropiado a la cultura.	No se ha adecuado la Infraestructura y equipamiento de los servicios de salud al modelo de atención apropiado a la cultura.
Investigación comunitaria sobre el tipo de atención culturalmente requerido.	Se ha realizado la Investigación comunitaria sobre el tipo de atención culturalmente requerido.	No se ha realizado en forma completa la Investigación comunitaria sobre el tipo de atención culturalmente requerido.	No se ha realizado la Investigación comunitaria sobre el tipo de atención culturalmente requerido.

Integración de parteros empíricos al trabajo de los servicios de salud.	Se ha integrado a parteros empíricos al trabajo de los servicios de salud.	Se ha integrado solo a algunos parteros empíricos al trabajo de servicios de salud.	No se ha integrado a parteros empíricos al trabajo de los servicios de salud
---	--	---	--

III.- JUSTIFICACIÓN

La Pastoral Social – Caritas La Paz con el financiamiento de la Acción Cuaresmal de los Católicos en Suiza “FASTENOPFER” ha venido ejecutando desde marzo/03 a febrero/06 el Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud en los cantones de Cohoni y Chanca, correspondientes a los Municipios de Palca y Mecapaca respectivamente, de la Provincia Murillo del Departamento de La Paz.

Es de esta manera, este proyecto a tratado de responder a los cambios políticos, jurídicos y sociales vigentes en nuestro país, interviniendo fundamentalmente en la focalización de tres componentes: Fortalecimiento del Sistema de Salud, Fortalecimiento Municipal y Fortalecimiento de la Participación Comunitaria y de Control Social. Todo esto con el fin mejorar la situación de salud de las poblaciones de los cantones referidos promoviendo una mayor y mejor accesibilidad a los servicios de salud. Desarrollando las siguientes actividades de apoyo en relación al tema de la Interculturalidad y Salud:

- 1 Investigación comunitaria en ambos cantones sobre el tipo de atención y forma de trato requerido por la población acorde a sus valores, costumbres y modos de vida , trabajo encomendado a un profesional sociólogo contratado para tal efecto, desarrollado a partir de mayo/03 a agosto/03, con las siguientes etapas desplegadas: Recopilación de material bibliográfico, Entrevistas a informantes claves: autoridades comunales, líderes, responsables de servicios de salud, personas más antiguas de las comunidades y talleres de grupos focales con la realización de mapas parlantes, redacción final del documento a diseño final, Teniendo como resultados de este

proceso la conclusión de contenidos importantes y de mucha valía en cuanto a la comprensión del hombre andino en su concepción de la salud.

- Normas de atención adecuadas a las características culturales de la población, en cuanto a patologías de mayor prevalencia en la zona de intervención, existentes, no pudiendo cumplir el proceso de protocolización, debido fundamentalmente a la difícil conciliación de criterios y coordinación de tiempos para reuniones de elaboración, sin embargo, se ha querido contribuir al cambio de actitud de los profesionales de salud, al haber socializado estas normas a la mayor parte de los trabajadores de salud en la retroalimentación continua que se ha efectuado.
- Proyectos para que los Servicios de salud, sean adecuados al modelo de atención culturalmente definido, en cuanto a infraestructura y equipamiento, que debido a falta de acceso ha aportes de contrapartes municipales no se pudo concretar.
- 2 talleres de capacitación efectuados, sobre las modalidades de atención apropiadas y adecuadas con la cultura de los usuarios, dirigidos a los trabajadores de salud de ambos cantones. En Abril/04 con los siguientes contenidos: "Construyendo el conocimiento intercultural en el proceso salud - enfermedad en la cosmovisión andina" y en Abril/05 "Características de la exclusión en salud en Bolivia, Tipo y forma de atención requerida por la población desde el punto de vista de la cosmovisión andina".
- 4 Cursos de capacitación sobre medicina tradicional y herbolaria, dirigidos a los proveedores de salud, con las siguientes temáticas planteadas; En Septiembre y Octubre/03 "Fundamentos Básicos sobre Medicina Tradicional", En Agosto/04 "Materias primas para la elaboración de medicamentos vegetales, su extracción en aceites o esencias, indicaciones y propiedades de algunas plantas medicinales y preparación de medicamentos vegetales".
- 1 Farmacia de medicina natural implementada a partir de septiembre/03, pero cuya sostenibilidad de funcionamiento se vio profundamente obstaculizada, debido a que los

medicamentos producidos inicialmente fueron expendidos sin costo alguno, hecho que implicó la no existencia de fondos para la compra de nuevos materiales, asimismo, el personal capacitado en inició, fue cambiado de servicio por lo cual la posible nueva elaboración de estos medicamentos se vio totalmente imposibilitada.

(Abrucece R. ,Pastoral Social Caritas La Paz.. Informe Trienal Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud Fastenopfer Cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. 2005.)

La población en la que se propone realizar el trabajo de investigación acción, es el Personal de Salud que recibió los talleres y cursos realizados por el Proyecto durante las gestiones 2003, 2004 y 2005.

El Personal de Salud que recibió los talleres y cursos, respondió de maneras diferentes, y no siempre incorporando los conceptos de Interculturalidad en la practica diaria en sus servicios.

La finalidad del trabajo es realizar la evaluación diagnostica de la no incorporación del Enfoque Intercultural, con la finalidad de realizar la incorporación de la Interculturalidad en salud, en los servicios de salud del Municipio de Palca , tomando en cuenta los aciertos y desaciertos de esta primera experiencia en incorporación del Enfoque Intercultural.

IV.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Formulación del problema

Determinar el nivel de la incorporación del enfoque intercultural, en la atención de los servicios, cuyo personal recibió capacitación continua en esta temática, durante las gestiones 2003, 2004 y 2005, por parte del Proyecto Caritas La Paz, será que los obstáculos para una no incorporación de este enfoque fue por causas del personal de salud (médicos, auxiliares de enfermería) , de parte de los beneficiarios de los servicios de salud, falta de apoyo del Gobierno Municipal o de las autoridades en salud.

4.2 Pregunta de investigación

¿Cual es el nivel de incorporación del enfoque intercultural en la atención medica que presenta el personal de salud del Municipio de Palca – gestión 2006?

4.3 Objetivo General de Investigación

“Evaluar el nivel alcanzado de incorporación del enfoque intercultural que presenta el personal de salud del Municipio de Palca – gestión 2006”.

4.4 Objetivos Específicos

4.4.1. Establecer la concepción de la interculturalidad en salud por parte del prestador de salud.

4.4.2. Determinar el grado de incorporación del enfoque intercultural que presenta el personal de salud por profesión, etnia, idioma, procedencia, grupo etario, género, origen, conocimiento de idiomas nativos y experiencia de trabajo.

4.4.3. Identificar el enfoque de Interculturalidad y Adecuación Cultural en Salud, con el que trabajo el Proyecto de Caritas La Paz

4.5 Ámbito Geográfico

El Municipio de Palca es la Primera sección de la Provincia Murillo, fundada en 1838, cuenta con tres cantones, Cantón Palca, Cantón Quilihuaya, Cantón Cohoni, limita al Norte con la Ciudad de La Paz y el Municipio de Yanacachi (Provincia Sur Yungas), al Este con el Municipio de Irupana (Provincia Sur Yungas), al Sur con los Municipios de Sapahaqui y Cairoma (Provincia Loayza), al Oeste con el Municipio de Mecapaca (Provincia Murillo).

4.6 Universo

Personal Médico y Auxiliar de Enfermería de los Servicios de Salud del Municipio de Palca que fue capacitado en adecuación cultural en salud durante las gestiones 2003, 2004 y 2005. Siendo 14 participantes.

4.7 Muestra

En la actualidad son 7 personas las que recibieron capacitación en interculturalidad durante las gestiones 2003, 2004 y 2005, que continúan trabajando en la Red Municipal de Salud, de las cuales se tomara a 5 de ellas para realizar el presente trabajo (Durante las últimas gestiones, en el municipio se produjo movimiento de personal, en algunos casos dentro el mismo municipio y en otros casos a servicios fuera del municipio).

4.8 Delimitación Temporal

Los meses de junio a octubre - gestión 2006.

4.9 Delimitación Espacial

La investigación se realizara en el Departamento de La Paz - Provincia Murillo - Municipio de Palca, en los Servicios de Salud del Municipio de Palca que cuenten con personal que recibió capacitación en interculturalidad durante las gestiones 2003, 2004 y 2005.

V.- METODOLOGÍA

5.1 Tipo de estudio

Evaluación diagnóstica con enfoque descriptivo.

5.2 Operacionalización de variables

Objetivo	VARIABLES	Concepto	Instrumentos
Obj. Gral.: Evaluar el nivel de incorporación del enfoque intercultural que presenta el personal de salud del Municipio de Palca – gestión 2006’.	<p>Personal de Salud no predispuesto a la incorporación de la Interculturalidad.</p> <p>No adecuación cultural de los espacios físicos con enfoque intercultural en establecimientos de salud</p> <p>Falta de equipamiento con enfoque intercultural en establecimientos de salud</p> <p>No conocimiento sobre la interculturalidad en salud por parte de personal de salud.</p>	<p>Predisposición del Personal de Salud a la incorporación de la Interculturalidad.</p> <p>Adecuación cultural de los espacios físicos con enfoque intercultural en establecimientos de salud</p> <p>Presencia de equipamiento con enfoque intercultural en establecimientos de salud</p> <p>Conocimiento sobre la interculturalidad en salud por parte de personal de salud.</p>	<p>Entrevista semiestructurada.</p> <p>Observación.</p>
Obj. Esp. (1): Establecer la concepción de la interculturalidad en salud por parte del prestador de salud.	<p>Prestador de salud no tiene una concepción o no es correcta su concepción sobre interculturalidad</p> <p>No conocimiento sobre</p>	<p>Prestador de salud tiene una concepción correcta sobre interculturalidad</p> <p>Conocimiento sobre</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>

<p>Obj. Esp. (2): Determinar el grado de incorporación del enfoque intercultural que presenta el personal de salud por profesión, etnia, idioma, procedencia, grupo etario, género, origen, conocimiento de idiomas nativos y experiencia de trabajo.</p>	<p>la interculturalidad en salud por parte de personal de salud. El personal de salud no incorpora el enfoque intercultural de acuerdo a su profesión, etnia, idioma y procedencia, grupo etario, género, origen, conocimiento de idiomas nativos y experiencia de trabajo.</p>	<p>la interculturalidad en salud por parte de personal de salud. Incorporación por parte del personal de salud del enfoque intercultural sin ser relevante la profesión, etnia, idioma, procedencia, grupo etario, género, origen, conocimiento de idiomas nativos y experiencia de trabajo.</p>	<p>Entrevista semiestructurada</p>
<p>Obj. Esp. (3): Identificar el enfoque de Interculturalidad y Adecuación Cultural en Salud, con el que trabajo el Proyecto de Caritas La Paz</p>	<p>No se dio un correcto enfoque de Interculturalidad y Adecuación Cultural en Salud, con el que trabajo el Proyecto de Caritas La Paz</p>	<p>Se dio un correcto enfoque de Interculturalidad y Adecuación Cultural en Salud, con el que trabajo el Proyecto de Caritas La Paz</p>	<p>Entrevista semiestructurada. Observación.</p>

5.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

5.3.1. Técnicas instrumentos: Entrevista semiestructurada con el personal de salud del Municipio de Palca, a partir de preguntas abiertas sobre temas y proceso teórico de interculturalidad y sobre su tendencia a la incorporación o no de la interculturalidad en los Servicios de Salud.

(Scrimshaw S., Hurtado E. Procedimiento de Asesoría Rápida para Programas de Nutrición y Atención Primaria de Salud, Enfoques Antropológicos para mejorar la efectividad de los programas. Universidad de las Naciones Unidas Tokio, Editor Bárbara G. Valk. California. 1988.)

5.3.1. Metodología de recolección de Datos:

Se elaborarán instrumentos que permitan el desarrollo de la técnica, se solicitará al Personal de salud para realizar la entrevista, previa coordinación con el Informante para determinar fecha y hora de la entrevista. Explicar el por qué de la entrevista y su objetivo, se realizará la entrevista con el uso de los instrumentos, en los que se registrará las respuestas, opiniones, pensamientos expresados del Personal de Salud.

5.3.1. Metodología de análisis de los datos: Se desarrollará la interpretación de la información obtenida, para lo que se elaborarán matrices en categorías, codificaciones, definiciones.

(Ramírez S. Donde el viento llega cansado, sistema de prácticas de salud en la Ciudad de Potosí. Plural editores. La Paz. 2005.

VI.- RESULTADOS Y ANALISIS

GRADO DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DEL PERSONAL DE SALUD. (Obj. Gral.)

En cierta manera esta incorporado el enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud en la actividad diaria:

“La atención en cuanto a los partos, trabajar con los naturistas” (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Si... pero en porcentaje menor” (Medico – F.C.).

“...en la medicina tradicional, de laguna forma siempre tenemos que tal vez ligar ambos, lo científico y lo tradicional” (Aux. de Enfermería – P.Ch.).

“...se le da el medicamento respectivo de acuerdo a la medicina occidental y en lo que es la medicina tradicional no se ha incorporado por falta de apoyo y por falta de interés, por parte de gerencia y de los directivos” (Aux. de Enfermería – V.A.).

“Tengo que buscar la forma o el modo de adecuarme a su lenguaje, respeto sus usos y costumbres, en el parto se le atiende a la paciente como a ella busque su comodidad...” (Auxiliar de Enfermería – R.M.).

En la observación realizada en los servicios de salud, no se ha incorporado el enfoque intercultural, consultando el por que ,refieren que durante las supervisiones se exige la disposición de acuerdo a las normas establecidas y si se realizara una modificación de cuerdo al enfoque intercultural, se les realizaría las observaciones de parte de los encargados de evaluar los servicios, en algunos casos se podría justificar una disposición de acuerdo al enfoque intercultural, pero en la mayoría de los casos los evaluadotes , supervisores, no toman en cuenta este aspecto y se toma como una falta de conocimiento del personal sobre normas de disposición de ambientes para la atención en salud.

En cierta manera esta incorporado el enfoque intercultural , pero en las respuestas la incorporación esta mas referida al parto, generalmente cuando se realiza parto domiciliario, ya que sí se respeta las practicas, usos y costumbres, pero en el parto institucional en muy pocas ocasiones, esto debido a que el personal de salud se basa en protocolos preestablecidos y salir de esta norma les significaría un riesgo de futuras observaciones, por no haber realizado un parto institucional de acuerdo a lo normado.

Sobre la medicina tradicional, se limita a la consejería, sobre la utilización de plantas medicinales, ya que si se utilizaran plantas medicinales en el servicio los usuarios y supervisores lo tomarían en algunos casos como falta de medicamentos e insumos en el servicio de salud o la falta de conocimiento del personal en tratamientos farmacológicos y terapéuticos.

Por otro lado, se ve la incorporación como una forma de adecuarse al requerimiento del usuario, tomando este aspecto como estrategia para captar mayor cobertura numérica de partos.

“Tendríamos que ver, mas que todo los médicos, tendríamos que trabajar con la población, por que no confía en los médicos, mas confía en los yatiris... adecuarse a sus costumbres” (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“...el rechazo de la misma gente, por que halla siempre hay el mito del miedo hacia el medico o hacia el personal de salud en la atención” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

Se ve como un obstáculo la actitud del personal medico en relación a la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud, esto debido a su formación académica y actitud frente al paciente rural, el cual no cuenta con la confianza del paciente en el área rural, por que no se adecua a sus costumbres y en otros casos por que provocan miedo en paciente, por su forma de trato a este.

6.1. CONCEPCIONES DE LA INTERCULTURALIDAD DEL PERSONAL DE SALUD. (Obj. Esp.1).

Para el personal de salud la interculturalidad y adecuación cultural en salud significa:

“...cultura de la comunidad...”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.).

“Unir a las culturas...”(Medico – F.C.).

“...combinación tanto de la medicina tradicional como la medicina académica”.

(Aux. de Enfermería – P.Ch.).

“...rescatar la cultura que tenemos y adecuar a la realidad...” (Aux. de Enfermería – V.A.).

“...adecuarse a sus costumbres...” (Auxiliar de Enfermería – R.M.).

Existe una concepción de, “cultura de la comunidad”, “Unir a las culturas”, “rescatar la cultura y adecuar a la realidad”, entendiéndose como cultura el conjunto de las manifestaciones en que se expresa la vida tradicional de un pueblo. En cierta manera orienta al concepto que se está manejando en relación a interculturalidad, por Ibacache, “Interculturalidad en salud es la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces puede ser incluso hasta contrapuestas”.(Baixeras Divar J.. Salud Intercultural en Bolivia a Inicios del Tercer Milenio, Memorias del XVI Congreso Nacional Ordinario de la Sociedad Boliviana de Salud Publica. No 58. 190-198. La Paz. Agosto 2005), (Araucaria. Desarrollo en Apolobamba, Cultura Kallawayá. Agencia española de cooperación Internacional. SPC Impresiones S.A. La Paz. 2005.).

. Manifestaciones como: “combinación medicina tradicional como la medicina académica”, “adecuarse a sus costumbres”, que está más cerca del concepto que da Ibacache de lo que es interculturalidad.

Se considera importante, la incorporación del enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud, en su actividad diaria, en su servicio de salud:

“Se puede captar más pacientes...”(Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“...de acuerdo a requerimientos por parte de paciente y del profesional” (Medico – F.C.)

“...llegar a la población...”(Aux. de Enfermería – V.A.)

“...buena relación entre paciente y personal de salud” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“Nos facilita la relación con las costumbres y el idioma que hablan en las comunidades” (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

“..., por eso que debería darse a los jóvenes y a todos... para que empiecen a cambiar y solo uno va a cambiar si uno quiere de verdad, que si no quiere difícilmente.... aunque se le de todos los cursos, no se puede cambiar.... solo uno puede cambiar.... si aplica realmente en su vida, en lo cotidiano” (Aux. de Enfermería – V.A)

Si bien se consideran importante la incorporación del enfoque de interculturalidad y adecuación cultural en la atención en salud , se la toma como, una estrategia de promoción, para captar usuarios y mejorar sus indicadores, coberturas y llegar a cumplir sus metas que al final son plasmadas en números, y no así en su real valor , el de una relación de mutuo respeto e inclusión , y no como se esta interpretando en la actualidad, como el incorporar el enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud, para obtener por ese medio el beneficio de el del personal de salud, de esa manera utilizando al paciente ,sin tomar en cuenta la verdadera esencia de la interculturalidad en su integridad.

Por otro lado, se concibe la interculturalidad como un modo de vida, que se debe aplicar en lo cotidiano, y que debería darse a conocer, en especial a los jóvenes, se refiere, a que por mas cursos que se den si no hay la predisposición de cambiar, las cosas no cambiaran.

Se reconoce que se necesita mayor capacitación en interculturalidad sobre todo tomando el tema de herbolaria y trato medico paciente.

En principio no se les hizo familiar el termino de interculturalidad y adecuación cultural como tema de capacitación, por que no lo consideraron como un tema de capacitación al nivel de programas de salud, como por ejemplo, tuberculosis, Programa ampliado de inmunización y

otros, con los cual ellos son evaluados constantemente y que depende de estos el que se mantengan sus coberturas acordes a las exigencias de los programas de salud , compromisos de gestión.

Se entendía, interculturalidad y adecuación cultural en salud antes de la capacitación en este tema por parte del proyecto Caritas como:

“...estudio de la cultura de un pueblo” (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“se reflejaba en las danzas, vestimenta, lo que son las costumbres” (Medico – F.C.)

“...cambiar ideas y para lograr un objetivo específico” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“...relación entre etnias y culturas...” (Aux. de Enfermería – V.A.)

“...dedicarse a sus costumbres...”(Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Antes de la capacitación por parte del proyecto Caritas se toma la interculturalidad como un aspecto folklórico, como parte de las danzas, vestimentas o el conocimiento de sus costumbres. Se toma la interculturalidad como la relación entre diferentes culturas, Por otro lado se toma la interculturalidad como un instrumento para llegar a un objetivo, pero en el momento de definir el objetivo no se determinar en beneficio de quien.

Se entiende la interculturalidad y adecuación cultural en salud posterior a la capacitación como:

“adecuarse a la comodidad del paciente” (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“integrar la salud entre las culturas” (Medico – F.C.)

“rescate de la medicina tradicional” (Aux. de Enfermería – V.A.)

“concienciar en las formas que también podíamos atender” (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Posterior a la capacitación, se refiere a la interculturalidad con conceptos que en cierta forma se acercan a lo que en la actualidad se entiende por interculturalidad en salud, claro refiriéndose de manera muy puntual a solo parte de los componentes de la interculturalidad.

Se plantean temas que sirven de alguna manera a tomar la interculturalidad como una estrategia, para captar mayores coberturas, y no de acuerdo a su dimensión real, del respeto a las prácticas, usos y costumbres de la comunidad.

Se refiere que se necesitan capacitación adicional o refrescamiento en el campo de la Interculturalidad en salud, en áreas específicas como:

“trato medico paciente”

“Herbolaria”

“lo de cosmovisión no, es muy abstracto”

Se plantea la necesidad de la capacitación adicional en interculturalidad, reconocen que en cierto modo le es útil para el desenvolvimiento de sus actividades en sus servicios de salud, entre los temas mas priorizados se toma en cuenta el *“trato medico paciente”* y el tema de *“Herbolaria”*. A un entrevistado el momento de plantearle que si podría requerir la capacitación en el tema de la cosmovisión refiere *“lo de cosmovisión no, es muy abstracto”*, refiriendo que este tema no se relaciona con la atención en salud, por ser muy abstracto, y que en la actividad diaria de atención se basa en lo que se ve y no así en lo que no se ve, este punto de vista es de un personal medico, cuya formación ha sido en las facultad de medicina, donde pese a que en una previa respuesta refiere identificarse con el grupo étnico aymará, y con una amplia experiencia en el trabajo en área rural, no considera aun que los síndromes de filiación cultural sean parte importante de su actividad diaria en la atención en su servicio de salud.

En el conocimiento de la interculturalidad, de acuerdo a sus experiencias personales o de testimonios, refieren:

“...no siempre lo hace un curandero o una persona dedicada a eso, algunas vez lo llama su mamá, su abuela o su papá...”. “...Ellos están seguros que ellos son como los yatiris y valoran su trabajo”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

“...llamar un Ajayu, ... llamar las estrellas... no se, no voy a aplicar...tendríamos que llamar a las personas que practican...” (Medico – F.C.)

“..... quiera no quiera hay cierto de verdad en lo que se dice, en eso de Ajayu... por que a la final el Ajayu es el alma...” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“alguna vez mi persona había comprobado,... tanto del Karikari como del Ajayu...”,(Auxiliar de Enfermería – R.M.)

“....podrían ser problemas de salud, pero quedamos en duda,.... por que siempre hay la referencia que el ajayu no es una enfermedad.... ”,(Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Se tiene un conocimiento sobre aspectos que están dentro de la cosmovisión andina, que en algunos casos se lo reconoce como un problema de salud y otras no se lo considera como un problema de salud dejándolo para aquellos que creen y lo practican. Se reconoce el trabajo de las personas que realizan estas curas, se narran testimonios que evidencian que si son tratamientos, que en casos han dado resultado en ciertos pacientes, en el momento de reconocer estas entidades como síndromes de filiación cultural, entran en la disyuntiva, de ir en contra de su formación como personal de salud, o como testigos de que evidentemente en su trabajo cotidiano han observado mas de un caso, de pacientes que se curan de acuerdo a las creencias usos y costumbres de su comunidad.

El personal trata de mantener lo más posible su lineamiento institucional como personal de salud, formado en áreas que no tienen relación con la interculturalidad y sobre todo con el tema de la cosmovisión, sobre todo por el temor a cuestionamientos a su capacidad como profesional en salud.

6.2. GRADO DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL QUE PRESENTA EL PERSONAL DE SALUD POR PROFESIÓN, ETNIA, IDIOMA, PROCEDENCIA, GRUPO ETAREO, GÉNERO Y EXPERIENCIA DE TRABAJO. (Obj. Esp.2).

Incorporación del enfoque intercultural (entrevista y observación)	Educación Capacitación Profesional	Grupo étnico	Conocimiento idioma nativo	Vive en la comunidad	Grupo etario	Genero
Parcialmente (Auxiliar de Enfermería – S.P.)	<i>Técnico: Auxiliar de Enfermería – tercer año de enfermería</i>	<i>Aymará</i>	<i>Si ,La escritura no</i>	<i>Si</i>	<i>47 años</i>	<i>Femenino</i>
Menor porcentaje “Si pero en porcentaje meno” (Medico – F.C.)	<i>Medico - Maestría en atención primaria en salud</i>	<i>Aymará</i>	<i>Si entiendo ,pero no escribe</i>	<i>Si</i>	<i>44 años</i>	<i>Masculino</i>
Parcialmente (Aux. de Enfermería – P.Ch.)	<i>Técnico , Auxiliar de Enfermería</i>	<i>Aymará</i>	<i>No hablo muy bien pero entiendo...</i>	<i>Si</i>	<i>35 años</i>	<i>Femenino</i>
Parcialmente (Aux. de Enfermería – V.A.)	<i>Técnico - Auxiliar de Enfermería</i>	<i>Aymará</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>28 años</i>	<i>Femenino</i>

Parcialmente (Auxiliar de Enfermería R.M.)	de	<i>Técnico: Auxiliar de Enfermería</i>	<i>Aymará</i>	<i>Si hablo, no escribo</i>	Si	38 años	
---	----	--	---------------	---------------------------------	----	------------	--

En cuanto al grado de incorporación del enfoque intercultural de acuerdo a profesión, etnia, idioma, procedencia, grupo etario, género, existe una diferencia marcada en relación a la profesión ya que el personal medico si bien reconoce la necesidad de una incorporación de la interculturalidad en salud ,presenta menos predisposición de incorporar en la practica la interculturalidad en su servicio de salud , no reconociendo la cosmovisión como parte de la atención y orientación en salud, reconoce relativamente la herbolaria como tratamiento, en relación al parto, no considera apropiado modificar los actuales protocolos de atención del parto en el primer nivel de atención en salud, argumentando que va contra su formación académica.

En cuanto al personal auxiliar de enfermería, se encuentra una mayor predisposición a la incorporación de la interculturalidad, identifican como obstáculos al personal medico y a la falta de una normativa, con la que ellos puedan incorporar la interculturalidad, otro aspecto es la falta de apoyo por parte del Gobierno Municipal y de los niveles de autoridad en salud, para una real incorporación del enfoque intercultural.

No se encuentra relación entre la incorporación del enfoque intercultural con relación a etnia, idioma, procedencia, grupo etario y género.

De acuerdo a la experiencia de trabajo:

Incorporación del enfoque intercultural (entrevista y observación)	Numero de Años en el campo de la salud	Numero de años en este recurso de salud	Funciones en el recurso de salud, actividades, tareas.
Parcialmente (Auxiliar de Enfermería – S.P.)	22 años	4 años , trabajo en la ferró caja , 7 años en la red de salud No 6.	Personal de Planta
Menor porcentaje “Si pero en porcentaje menor” (Medico – F.C.)	16 años	4 años	Responsable de Servicio
Parcialmente (Aux. de Enfermería – P.Ch.)	10 años	5 años	Personal de Planta
Parcialmente (Aux. de Enfermería – V.A.)	10 años	2 años, en el sistema publico 8 años, 1 año Boliviano Holandés y 2 particularmente	Personal de Planta
Parcialmente (Auxiliar de Enfermería – R.M.)	5 años	3 años, anteriormente en el municipio Achocalla 2 años.	Responsable de servicio

No se presenta relación entre la incorporación del enfoque intercultural en relación a experiencia de trabajo.

6.3. INTERCULTURALIDAD Y ADECUACIÓN CULTURAL EN SALUD, EN EL QUE TRABAJO DEL PROYECTO DE CARITAS LA PAZ. (Obj. Esp.3).

Se considera apropiado el enfoque de Adecuación Cultural en Salud, que dio el del Proyecto de Caritas La Paz.

“Se puede captar más pacientes...” (Auxiliar de Enfermería – S.P.).

“...han sido una charlas no tan profundas, mas superficiales que no han tenido un conocimiento exacto en profundidad..... muy superficial”. (Medico – F.C.).

“...de alguna manera nos dio la pauta” (Aux. de Enfermería – V.A.).

El enfoque que dio el proyecto Caritas fue planteado como una estrategia, para la mejora de coberturas, no dándole el sentido de respeto a los conocimientos usos y costumbres de la población.

En las gestiones 2003 y 2004 se vivía otra coyuntura política nacional en Salud, que daba poca o nula importancia a la interculturalidad en Salud, para ese entonces el tema de interculturalidad parecía una verdadera utopía, sin darle mucha esperanza de ser aplicada en los servicios de salud en ese entonces. En la actualidad vemos que las mayorías postergadas y sometidas tienen voz y se las escucha y plantean la necesidad de una atención acorde a sus costumbres, aun así existe todavía la resistencia de una buena parte del personal medico, y si se la tomo en cuenta en la mayoría de los casos fue para llegar a captar las coberturas programadas, utilizando su conocimiento relativo de interculturalidad como instrumento, para beneficio solo de las coberturas y no del verdadero beneficiario, el paciente.

También se observa que el enfoque que dieron los capacitadores del proyecto Caritas fue muy superficial, y que no tenían un conocimiento exacto del tema, esta respuesta fue planteada por un personal medico, el cual esperaba del medico tradicional una capacitación magistral en el tema, de acuerdo a lo acostumbrado durante la formación académica del medico, talvez no comprendiendo el enfoque que se tiene de la medicina en nuestras diferentes culturas, y que la transmisión de conocimientos se basan en la experiencia y se transmite de manera oral de una generación a otra.

Los aspectos más relevantes sobre la capacitación recibida por parte del Proyecto Caritas fueron:

El Cursos de capacitación sobre medicina tradicional y herbolaria, “Fundamentos Básicos sobre Medicina Tradicional”, “Materias primas para la elaboración de medicamentos vegetales, su extracción en aceites o esencias, indicaciones y propiedades de algunas plantas medicinales y preparación de medicamentos vegetales”. (Abrucece R. ,Pastoral Social Caritas La Paz.. Informe Trienal Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud Fastenopfer Cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. 2005.)

“Este curso que nos han dado con los herbolarios (...) mucho no me ha convencido, tendría que ser por personas con mas conocimientos sobre los principios activos de las hiervas” (Medico – F.C.)

“Que solamente se a llevado en horas no se a dado tanta prioridad...” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“Me ha parecido lo mas relevante, que a partir de ahí e empezado a profundizar lo que es la medicina tradicional, buscando textos que no se encuentran aquí, no hay mucha bibliografía boliviana, mas es extranjera...” (Aux. de Enfermería – V.A.)

Nos ayudan, para equilibrar con la medicina occidental. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Uno de los temas al que se le da mayor relevancia dentro de las formas de atención es la medicina tradicional y la medicina herbolaria. Esto a razón de haber recibido inducción y cursos prácticos sobre preparación y manejo de algunas plantas medicinales; al parecer les llamo mas la atención al momento se revalorizarse las propiedades medicinales de las plantas, cuyas acciones terapéuticas en sus diferentes formas de presentación y maneras de preparación (pomadas, jarabes, mates, gotas) .se plasmaron en resultados positivos al momento de resolver ciertas patologías.

Los demás temas que se dieron durante las capacitaciones, si bien son de importancia, priorizaron el tema ya mencionado, posiblemente por que no se les pudo dar la forma práctica o aplicable de los demás temas que se dieron durante las capacitaciones, quedándose solo en la

teoría, sin orientar a la aplicación práctica de estos conocimientos en la atención diaria en salud en beneficio de la población.

Personal De Salud Y Satisfacción Laboral.

El personal está a gusto con su trabajo y lo que le produce mayor satisfacción es:

“...atención a la comunidad”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Participo en la comunidad” (Medico – F.C.)

“Que las personas atendidas se sientan conformes” (Medico – F.C.)

“Ayudar en todo lo que se pueda” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“el contacto es directo con la gente” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“Llegar a la población, a lugares alejados...” (Aux. de Enfermería – V.A.)

“... llegar a la comunidad, y satisfacer la necesidad básica...” (Aux. de Enfermería – V.A.)

“...ayudar a todas las personas que necesitan...” (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Se consideran satisfactorio: la proyección a la comunidad y ver la conformidad del paciente por la atención recibida. La atención en los servicios rurales es sobre todo orientada a la comunidad, buscando la satisfacción y el bien estar de la comunidad. En mi experiencia, ello contrasta con el parecer de otro personal de salud del área rural, que por características particulares de su trabajo y el contexto prefiere ubicarse en las áreas urbanas.

Información General Sobre Priorización De Problemas Institucionales.

Sobre los obstáculos o problemas enfrenta en su trabajo:

“Con las iglesias, las religiones que mas se oponen son los cristianos” (Auxiliar de Enfermería – S.P.).

“Falta de insumos y medicamentos” (Medico – F.C.).

“...no hay una buena coordinación, con el personal de la alcaldía.....” (Aux. de

Enfermería – P.Ch.).

“Falta de apoyo... de los jefes”. (Aux. de Enfermería – V.A.).

“Las comunidades....., no son tan accesibles...”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.).

El principal obstáculo y problema es la falta de apoyo del gobierno municipal y que asuma su papel como responsable de la salud del municipio. Ya que en estas ultimas gestiones, se dejo de lado el tema de salud por parte del gobierno municipal, no cumpliendo este con los desembolsos de los recursos SUMI de la gestión 2005, menos aun de la gestión 2006, manejando el tema de salud a su criterio, sin consultar ni coordinar con las autoridades en salud correspondientes, queriendo imponer un sistema de salud muy a su criterio. A raíz de la falta de desembolso de los recursos SUMI los servicios de salud llegaron a casi un total desabastecimiento de insumos y medicamentos, en la actualidad asumen un sistema de desembolso en medicamentos, el cual no es el mas apropiado de acuerdo a este análisis personal, ya que no tenemos conocimiento con que recursos se esta comprando estos medicamentos (FOPO's facturados o remanentes), no conociendo hasta la fecha los remanes correspondientes a salud de la gestión 2005, de los cuales los servicios no están utilizando para su fortalecimiento , realmente es un panorama lamentable en el que no hay vista pronta de solución. (Ministerio de Salud y Deportes. Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI, y SNUS Modulo de Inducción. Creativa. La Paz .2003.)

Otro de los obstáculos son, las iglesias cristianas, las cuales de acuerdo a su doctrina muchas veces contradicen nuestras actividades en salud, estas iglesias han proliferado por todo el Municipio.

También se incluye la falta de apoyo de las autoridades en salud tanto municipal, de Red y departamental, en las motivaciones e inquietudes del personal para mejorar la atención en salud tomando en cuenta la interculturalidad.

Las principales necesidades y problemas de la comunidad con relación a salud son:

“...dar bastante educación a la comunidad en relación a salud”. . (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“...falta de saneamiento básico,(...) no tiene agua potable,(...) hacinamiento(...), poco interés hacia sus problemas de salud” (Medico – F.C.)

“Falta de orientación” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“... falta de orientación y comunicación con la población” (Aux. de Enfermería – V.A.)

Servicios básicos y el puesto de salud carece de espacio..... . (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Dentro de las principales necesidades de la comunidad en salud, se encuentra la falta de orientación en salud, ya que se considera que la comunidad no está orientada, por no conocer o aceptar el sistema de salud occidental que en la actualidad se practica en los servicios de salud, si invertimos la actitud actual del personal, de querer hacer conocer nuestra forma de atención y nos ponemos a escuchar cuál es el modo de atención que la comunidad requiere de acuerdo a sus conocimientos, creencias, prácticas y llegamos a un diálogo de interculturalidad en salud, realmente avanzaríamos enormemente.

Posteriormente se identifica la carencia de servicios básicos, siendo este un problema estructural, que está en manos de las autoridades municipales el cambiar esta realidad, ya que este sí es un problema de salud, a causa de la falta de servicios básicos se presentan muchas enfermedades, como personal de salud poco podemos hacer para cambiar este problema, solo nos queda orientar a la comunidad para que se priorice en su POA y proyectos para contar con servicios básicos y realicen un seguimiento de sus recursos para su cumplimiento.

Sobre los cambios que se sugiere para mejorar su trabajo:

“... visitas a comunidades más alejadas...” (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Mas compromiso por parte de la alcaldía en el campo de la salud...” (Medico – F.C.)

“la infraestructura, tendría que ampliarse (...), actualización de algunos temas”
(Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“...apoyo de los directivos, tanto de gerencia y de otras instituciones, (...) educación, prevención en temas de salud, (...)lo que es la medicina tradicional y lo que es la Cosmovisión andina”. (Aux. de Enfermería – V.A.)

“Ayuda del gobierno municipal” (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Que la alcaldía municipal asuma como prioridad el tema de la salud, tanto en lo funcional como en lo estructural, sin este apoyo el personal de salud queda limitado en muchos de sus servicios.

Otro cambio para mejorar su trabajo esta el apoyo de las autoridades en salud, sobre diferentes actividades que el personal quiera realizar.

También se plantea, que se mejoraría el trabajo con la actualización en temas de salud, tomando en cuenta la capacitación en medicina tradicional y cosmovisión andina, para mejorar la atención a los pacientes, lo cual es rescatable, y se debe incentivar este tipo de actitudes, que están abiertas al cambio del actual modo de atención.

La percepción de comunidad sobre los servicios de salud, por parte del personal de salud:

“...están contentos,(...) tenemos que ir a otras comunidades(..) y a veces el centro se encuentra vacío y mas que todo por eso hay quejas”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“... últimamente confían en nosotros”(Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“...se quejan de que no existe medicamentos y alguna vez dicen que el personal no se encuentra pero siempre estamos aquí...” (Medico – F.C.)

“... con la presencia del medico , allá la gente sale mas confundida ,uno, por que no asiste ella regularmente y a veces la gente esta desconforme,(...) por que piensa que no hay personal de salud en allá...”(Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“No tienen confianza por la atención regular que brinda y aparte .también por la empatía que no existe entre el personal de salud y la comunidad, no hay esa comunicación”. (Aux. de Enfermería – V.A.)

“Ay momentos en que ellos piden y sus pedidos no se cumplen y se cansan,(...), es por eso que ya se olvidan,(...) por eso hay mucha dejadez, desinterés de las comunidades,(...) han reclamado y no se les ha hecho caso”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Se reconoce que existe una falta de confianza de la población hacia los servicios de salud, ya sea por la falta de medicamentos, por el no desembolso de recursos de la alcaldía o por la actitud del personal médico frente a los pacientes, lo último está en nosotros el cambiar, concientizando al personal médico y en general a todo el personal, sobre el tipo de atención que la población requiere.

(Orientación Metodológica: Ramírez S. Donde el viento llega cansado, sistema de prácticas de salud en la Ciudad de Potosí. Plural editores. La Paz. 2005.)

VII. CONCLUSIONES

La incorporación del enfoque intercultural en el personal de salud, es parcial, ya que en la adecuación física de los servicios no se cumple, en la atención del parto solo se aplica en el parto domiciliario, y muy pocas veces al parto institucional, en cuanto al uso de plantas medicinales se limita a la consejería, hay un reconocimiento relativo de algunos aspectos que están dentro de la cosmovisión andina. Se identifican como obstáculos la actitud del personal médico y la falta de incorporación de normas para una atención intercultural en salud, falta de apoyo del Gobierno Municipal y de las autoridades en salud, Municipales, de Red y Departamentales. En pocas ocasiones se identifica a los usuarios como un obstáculo para la incorporación de este enfoque, y tampoco se los reconoce como los principales beneficiarios, de la incorporación de un enfoque intercultural, ya que se toma como principal beneficiario, la producción del servicio en coberturas.

7.1. (Obj. Esp.1) Existe una concepción con relativa orientación hacia el concepto de interculturalidad y adecuación cultural en salud, se considera importante la incorporación del enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud, planteada como estrategia para cumplir con coberturas.

Se tiene un conocimiento de la interculturalidad en salud , regular , no reconocen la importancia de la interculturalidad como tema de en salud ,pero presentan testimonios que refieren un conocimiento del tema de manera personal y por experiencias en sus servicios de salud, pero no bajo el denominativo de interculturalidad, refieren que antes de su capacitación tomaban la interculturalidad como un aspecto folklórico, como una relación entre culturas y también como un instrumento para el logro de objetivos determinados, posterior a la capacitación , reconocen que cambio su conocimiento de lo que es la interculturalidad, en la mayoría de los casos definiendo como interculturalidad aspectos puntuales que esta engloba, tomando la interculturalidad como instrumento para captar, mayor cobertura en indicadores numéricos de salud

7.2. (Obj. Esp.2) El personal médico presenta un grado de incorporación menor, presentando resistencia a la incorporación práctica de la interculturalidad en forma integral.

El personal auxiliar de enfermería presenta un grado de incorporación parcial, pero tiene predisposición a la incorporación del enfoque intercultural.

No se presenta relación entre la incorporación del enfoque intercultural en relación a experiencia de trabajo.

Los principales obstáculos para la incorporación del enfoque intercultural identificados son:

El personal medico (poca predisposición), falta de una normativa de los niveles de autoridad en salud, falta de apoyo por parte de la Alcaldía Municipal, de las autoridades en salud tanto local, de Red y Departamentales.

7.3. (Obj. Esp.2) Se considera apropiado el enfoque de Adecuación Cultural en Salud, que dio origen al Proyecto de Caritas La Paz, el cual estuvo dirigido a hacer conocer la interculturalidad al personal de salud, dando la capacitación teórica y en parte práctica, pero lo que no realizó fue la concientización, sobre la prioridad de brindar una atención intercultural a la población, haciéndole conocer cual es la realidad en la que desarrolla su trabajo diario, que no es una isla, que las cuatro paredes del servicio parece estar todo bien, cuando la población fuera de esas cuatro paredes presenta una barrera cultural para poder llegar a ser atendido de acuerdo a su cultura. Durante los CAI, Comité de Análisis de Información, se plantea que la barrera cultural de la población es uno de los principales obstáculos, cuando es el personal de salud, sobre todo el personal medico, el que pone la barrera cultural.

Personal De Salud Y Satisfacción Laboral.

El personal de salud refiere que si le gusta su trabajo, y lo que produce mayor satisfacción es la proyección a la comunidad, dentro los obstáculos encontrados están, la falta de apoyo del Gobierno Municipal, las iglesias cristianas, la falta de apoyo de autoridades en salud.

Información General Sobre Priorización De Problemas Institucionales.

Entre los principales problemas de salud identificados esta: la falta de orientación en salud de la población y la falta de servicios básicos para la población del Municipio.

Se mejoraría su trabajo con el apoyo del Gobierno Municipal, con el apoyo de las autoridades en salud a nivel municipal y de red .También se toma en cuenta la capacitación en diferentes temas de salud, medicina tradicional y cosmovisión andina.

Sobre la percepción de la comunidad de los servicios de salud, desde el punto de vista del personal de salud, refieren que existe desconfianza, por la falta medicamentos, por el no desembolso de recursos en salud de la alcaldía municipal y por la actitud del personal medico frente a los pacientes.

VIII. RECOMENDACIONES

Sobre la incorporación del enfoque intercultural que presenta el personal de salud del Municipio de Palca, se debe dar continuidad al trabajo iniciado por el Proyecto Caritas La Paz, con talleres y cursos que den más énfasis en la concientización, sobre la necesidad de tener servicios que trabajen en la Interculturalidad en Salud, iniciando este trabajo con las autoridades en salud en niveles de decisión, con las autoridades Municipales, con el personal Médico y con el personal en salud en general, ya que el cambio tendría que venir en ese orden para llegar a la incorporación de un sistema de salud acorde a la realidad del municipio.

De igual forma darle el enfoque de servicio a la interculturalidad y no solo de estrategia para cumplir coberturas. Plantear propuestas para que en el sistema de salud incorpore en la evaluación no solo indicadores numéricos, que también se incluya la satisfacción del paciente, al modo de atención que se le brinda de acuerdo a su realidad, dentro de sus creencias, usos y costumbres.

Mediante cursos y talleres dar una concepción bien orientada a los objetivos reales que persigue la Interculturalidad, de respeto e inclusión de nuestra diversidad cultural, de forma integral, dirigido a todas las personas que trabajen de forma directa o indirecta en el tema de la salud, para que de diversos niveles se trabaje en forma conjunta, para que el sistema de salud sobre todo rural este dentro de la interculturalidad.

Elaborar normas y protocolos de atención Intercultural en salud, con respaldo legal, para la práctica integral de la interculturalidad en salud, ya que uno de las causas para su no incorporación es el de no salir del marco normativo existente, de cómo se debe atenderse en los servicios de salud del sistema público.

Proponer el incorporar en la formación de todo profesional en salud, temas de la Interculturalidad en Salud y realidad nacional, para que el profesional en salud egrese preparado para integrar sus conocimientos académicos a las culturas del lugar, donde ejerzan su profesión.

Proponer integrar cursos, talleres y post grados en Interculturalidad en salud, sobre todo al personal medico que trabaja en el área rural y peri urbana, al igual que incorporar en el tema de la interculturalidad en el pre grado, para que la atención medica que se brinda sea acorde a lo que esperan la población, de acuerdo a su cultura.

En la incorporación de personal medico, sea a contrato municipal o con Ítem institucional, para el Municipio de Palca, se tome en cuenta que tenga un perfil de proyección a la comunidad, con predisposición a trabajar dentro de la interculturalidad en salud, en las funciones que se le asigne.

Dar continuidad al trabajo realizado por el proyecto Caritas La Paz, en el tema de la Interculturalidad y adecuación cultural de los Servicios de Salud , tomando los aciertos y desaciertos de esta primera experiencia, para mejorarlos y que se tome como el principio para la incorporación de la Interculturalidad en Salud, en los servicios de salud del Municipio de Palca, elaborando un cronograma de cursos y talleres que recapitulen lo aprendido en las capacitaciones dadas por el Proyecto Caritas La Paz y se incorporen los temas faltantes, sobre todo en la parte de conocimiento de nuestra realidad nacional y la concientización sobre el porqué debemos incorporar en los servicios de salud la interculturalidad. Todo esto con el apoyo y participación del Gobierno Municipal de Palca, Autoridades en salud con poder de decisión a nivel de la Red Municipal, Red de Salud No 6 y Departamentales.

Buscar los mecanismos para llegar al Ejecutivo Municipal, para solicitar el tiempo necesario para poder plantear las necesidades en salud del Municipio, en un dialogo directo donde se llegue a plantear las obligaciones y estrategias que deben asumir el Gobierno Municipal y la Red Municipal de Salud, para mejorar la salud de la población, incluyendo como una transversal la Interculturalidad en salud.

Plantear al Gobierno Municipal y a las autoridades en salud, con poder de decisión, de la Red Municipal de Salud y la Red de Salud No 6, la necesidad de un apoyo real y concreto, para llegar a incorporar la Interculturalidad en salud, dentro el Municipio de Palca, con el análisis de la propuesta de intervención que nace a raíz del presente trabajo.

IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albó X., Godínez A., Libermann K., Pifarré F. Para comprender las culturas rurales en Bolivia. Ministerio de Educación y Cultura. CIPCA-UNICEF. La Paz. 1987.
2. Araucaria. Desarrollo en Apolobamba, Cultura Kallawaya. Agencia Española de cooperación Internacional. SPC Impresiones S.A. La Paz. 2005.
3. Arias M., Mamani F. Propuesta de Zonificación Agro ecológica del Municipio de Palca. Universidad Mayor de San Andrés. Facultad de Ciencias Geológicas. La Paz. 2005.
4. Abruzece R. , Pastoral Social Caritas La Paz.. Informe Trienal Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud Fastenopfer Cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. 2005.
5. Baixeras Divar J.. Salud Intercultural en Bolivia a Inicios del Tercer Milenio, Memorias del XVI Congreso Nacional Ordinario de la Sociedad Boliviana de Salud Publica. No 58. 190-198. La Paz. Agosto 2005.
6. Campos R. “Nosotros los curanderos”. Nueva Imagen. México. 1998
7. Dibbits I. , Terrazas M.. Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa. El Alto .Tahipamu .La Paz. 2003.)
8. Fernández G. Salud e Interculturalidad en America Latina. Ediciones Abya-Yala, Agencia Bolhispana y Universidad de Castilla-la Mancha. Ecuador. 2004.
9. Fernández G. Yatiris y Ch´amakanis del Altiplano Aymara. Abya-Yala, Ecuador. Junio 2004.
10. Fernández G. Médicos y yatiris: Salud e interculturalidad en el altiplano Aymará.: CIPCA/OPS/Ministerio de Salud y Previsión Social. La Paz. 1999.
11. Instituto Nacional de Estadística, Centro de Información para el Desarrollo. Atlas Estadístico de Municipios. La Paz. Octubre 1999.
12. Instituto Nacional de Estadística, Atlas Estadístico de Municipios. Plural editores. La Paz. 2005.

13. Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Sociodemográficos por Provincias y Secciones de Provincia (La Paz) 1992-2001. Presencia. La Paz. Noviembre 2005.
14. Ministerio de Salud y Deportes. Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI, y SNUS Modulo de Inducción. Creativa. La Paz .2003.
15. Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de Planificación, Secretaria Técnica del Consejo de Población de Población para el Desarrollo Sostenible. Sistema de Indicadores Municipales. La Paz. Mayo 2005.
16. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los Logros en Salud en las Américas. Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo. 2004.
17. Quisbert G., Ale L. Investigación Comunitaria desde el punto de vista del Proceso de Salud Enfermedad en la Cosmovisión Andina en la Comunidades de Cohoni y Chanca. Pastoral Social Caritas La Paz, Departamento de Salud, Programa de Reforzamiento en la atención de Salud de los cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. Agosto 2006.
18. Ramírez S. Donde el viento llega cansado, sistema de practicas de salud en la Ciudad de Potosí. Plural editores. La Paz. 2005.
19. Scrimshaw S., Hurtado E. Procedimiento de Asesoría Rápida para Programas de Nutrición y Atención Primaria de Salud, Enfoques Antropológicos para mejorar la efectividad de los programas. Universidad de las naciones Unidas Tokio, Editor Bárbara G. Valk. California. 1988.
20. Yujra C. Los Grandes Pensamientos de Nuestros Antepazados. C&C Editores. La Paz. 2005.

XI. ANEXOS

9.1 Cronograma.

Actividad programada	Enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	Julio	Agosto	Septiemb	Octubre
Selección del tema	X									
Planteamiento del problema y objetivos	X	X								
Recopilación de la información para la elaboración del marco teórico		X	X	X						
Revisión previa del perfil				X						
Elaboración de los técnicas e instrumentos de investigación				X	X					
Revisión del perfil					X					
Trabajo de campo. entrevista al grupo de estudio						X	X	X	X	
Procesamiento sistematización y análisis de la información						X	X	X	X	
Transcripción de la investigación							X	X	X	
Presentación previa del trabajo									X	
Presentación final del trabajo									X	X
Defensa del informe final										X

9.2 Formulario de la entrevista semiestructurada.

SERVICIO DEPARTAMENTAL SALUD
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

“Evaluación diagnóstica de la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud del Municipio de Palca Gestión 2006”

ENTREVISTA

1. Informante:
2. Fecha de entrevista: Día..... Mes.....2006
3. Sexo: F M
4. Edad:años
5. Estado Civil:
a) Casado b) Soltero c) Viudo d) Otro:
6. Grupo Étnico o Cultural:
a) Aymará b) Quechua c) Guaraní d) Otro:..... e) Ninguno
7. ¿Habla y escribe la lengua de la comunidad?
a) Si b) No Observaciones:.....
8. ¿Vive en la comunidad donde está el servicio?
a) Si b) No Observaciones:.....
9. Educación y Capacitación Profesional (numero de grados ganados en primaria o secundaria, estudios técnicos, universitarios).
a) Primaria b) Secundaria c) Técnico d) Licenciatura e) Doctorado
f) Otros cursos.....
10. Numero de Años en el campo de la saludaños
11. Numero de años en este recurso de saludaños
12. Funciones en el recurso de salud, actividades, tareas.
a) Responsable de Servicio b) Personal de Planta c) Personal auxiliar
13. ¿Le gusta su trabajo?

a) Si b) No c) Otro:.....

¿Por que?.....

14. ¿Que le produce más satisfacción en su trabajo .

.....
.....

15. ¿Que obstáculos o problemas confronta en su trabajo?.

.....
.....

16. ¿Como se lleva con los otros miembros del personal?

a) Bien b) Regular c) Mal d) Otro:.....

¿Con supervisores?

a) Bien b) Regular c) Mal d) Otro:.....

¿Con subordinados?

a) Bien b) Regular c) Mal d) Otro:.....

17. ¿A su juicio, cuales son las principales necesidades y problemas de la comunidad con relación a salud?

.....
.....

18. ¿Piensa usted que necesita capacitación adicional o refrescamiento en el campo de la salud?

a) Si b) No c) Otro:.....

19. ¿En que áreas específicamente?

.....

20. ¿Como podría mejorar su trabajo? ¿Cuáles cambios sugiere?

.....
.....

21. ¿Que piensa la gente de la comunidad sobre los servicios de salud?

.....
.....

22. ¿Recibió capacitación en talleres o cursos sobre interculturalidad y adecuación cultural en la atención en salud?
- a) Si b) No Observaciones:.....
- ¿Donde?
- ¿Cuándo?
- ¿Por quien?
23. ¿El enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud esta incorporado en su actividad diaria en su servicio de salud?
- a) Si b) No Observaciones:.....
- ¿Por qué si?
- ¿Por qué no?.....
24. ¿Sobre la capacitación recibida por parte del Proyecto Caritas cuales fueron los aspectos más relevantes?
- a) Investigación comunitaria sobre el tipo de atención y forma de trato requerido por la población acorde a sus valores, costumbres y modos de vida.
- b) Normas de atención adecuadas a las características culturales de la población, en cuanto a patologías de mayor prevalencia en la zona .
- c) Proyectos para que los Servicios de salud, sean adecuados al modelo de atención culturalmente definido, en cuanto a infraestructura y equipamiento.
- d) Talleres de capacitación efectuados, sobre las modalidades de atención apropiadas y adecuadas con la cultura de los usuarios “Construyendo el conocimiento intercultural en el proceso salud - enfermedad en la cosmovisión andina “ , ”Características de la exclusión en salud en Bolivia, Tipo y forma de atención requerida por la población desde el punto de vista de la cosmovisión andina “.
- e) Cursos de capacitación sobre medicina tradicional y herbolaria, “Fundamentos Básicos sobre Medicina Tradicional”, “Materias primas para la elaboración de medicamentos vegetales, su extracción en aceites o esencias, indicaciones y propiedades de algunas plantas medicinales y preparación de medicamentos vegetales”.
- f) Farmacia de medicina natural
- g) Otro:.....
- h) Ninguno.

25. ¿Para usted que significa interculturalidad y adecuación cultural en salud?

26. ¿Que entendió usted sobre lo que es interculturalidad y adecuación cultural en salud antes de la capacitación es este tema por parte del proyecto Caritas?

 ¿Que entendió usted sobre lo que es interculturalidad y adecuación cultural en salud posterior a la capacitación es este tema por parte del proyecto Caritas?

27. Considera apropiado el enfoque de Adecuación Cultural en Salud, que dio el del Proyecto de Caritas La Paz
 a) Si b) No Observaciones:.....
 ¿Por qué?.....
28. ¿Piensa usted que necesita capacitación adicional o refrescamiento en el campo de la Interculturalidad en salud?
 a) Si b) No c) Otro:.....
 ¿Por qué?.....
29. ¿En que áreas de la interculturalidad específicamente?

30. Considera importante la incorporación del enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud en su actividad diaria en su servicio de salud?
 a) Si b) No c) Otro:.....
 ¿Por qué?.....

9.3 Sistematización de las entrevistas

SISTEMATIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

4.2 Objetivo General de Investigación

“EVALUAR EL NIVEL DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL QUE PRESENTA EL PERSONAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE PALCA – GESTIÓN 2006”.

4.3 Objetivos Específicos

I.- ESTABLECER LA CONCEPCIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD POR PARTE DEL PRESTADOR DE SALUD.

Pregunta: 25

¿Para usted que significa interculturalidad y adecuación cultural en salud?

“Para mi, significaría la cultura de la comunidad, del pueblo en relación en salud”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Unir a las culturas Quechua , Guarani.....y adecuar el conocimiento de estas culturas en relación a la salud ,cada cual tiene diferente visión..... la cultura kallaguaya, cultura de los Mocetenes , Chimanes, unir estas culturas”. (Medico – F.C.)

“Es la combinación tanto de la medicina tradicional como la medicina académica”. (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“Interculturalidad y la adecuación cultural en salud es rescatar la cultura que tenemos y adecuar a la realidad en que vivimos actualmente....” (Aux. de Enfermería – V.A.).

“Con la persona que estamos en contacto, adecuarse a sus costumbres, siempre aceptar las atenciones como ellos desean.....” (Auxiliar de Enfermería – R.M.).

ANALISIS:

En relación a la concepción de interculturalidad en salud por parte del prestador de salud, vemos que existe la concepción de que es la *cultura de la comunidad*, *Unir a las culturas*, *rescatar la cultura y adecuar a la realidad*, entendiéndose como cultura el conjunto de las manifestaciones en que se expresa la vida tradicional de un pueblo.

Lo cual es un concepto general que en cierta manera orienta al concepto que está manejando en relación a interculturalidad por Ibacache la “Interculturalidad en salud es la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces puede ser incluso hasta contrapuestas”.(Jose Luis Baixeras Divar – Salud Intercultural en Bolivia a Inicios del Tercer Milenio – Memorias del XVI Congreso Nacional Ordinario de la Sociedad Boliviana de Salud Pública – agosto 2005 No 58). Entre otras manifestaciones de los entrevistados está el *combinación medicina tradicional como la medicina académica, adecuarse a sus costumbres*, que está más cerca del concepto que da Ibacache de lo que es interculturalidad.

RESULTADO:

Existe una concepción con relativa orientación hacia el concepto de interculturalidad y adecuación cultural en salud.

Pregunta: 30

Considera importante la incorporación del enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud en su actividad diaria en su servicio de salud

Si, “Se puede captar más pacientes, la gente tiene más confianza en nosotros, incluso ellos mismos pueden ir hacernos una buena propaganda,.... en ese centro si nos atienden de esa forma,..... y la gente ya viene, más seguros, ya no tienen temor, como en otros centros, siempre hay otros médico, que no aceptan, por ejemplo, los centros de la zona sur como Chasquipampa”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Si , de acuerdo a requerimientos por parte de paciente y del profesional que le atiende, hay veces que necesitas cierto medicamento y no puedes conseguir y te puedes ayudar con medicamentos a base a hiervas..... ” (Medico – F.C.)

Si, “Nos lleva a una buena relación entre paciente y personal de salud”. (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

Si, “De esta manera esto puede llegar a la población y llegar a que la comunidad tome en cuenta las medidas de prevención, que nosotros le damos para poder mejorar su condición de vida o superar los problemas que se presenten en el transcurso de su cotidiano...” (Aux. de Enfermería – V.A.)

Si, “Nos facilita la relación con las costumbres y el idioma que hablan en las comunidades”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

II.- DETERMINAR EL CONOCIMIENTO DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD DEL PRESTADOR DE SALUD FRENTE A SU COMUNIDAD.

Pregunta: 22

¿Recibió capacitación en talleres o cursos sobre interculturalidad y adecuación cultural en la atención en salud?

Si, (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

Si, (Medico – F.C.)

Si, (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

Si, (Aux. de Enfermería – V.A.)

Si, (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Pregunta: 26

¿Que entendió usted sobre lo que es interculturalidad y adecuación cultural en salud antes de la capacitación es este tema por parte del proyecto Caritas?

“Yo, pensé antes que era el estudio de la cultura de un pueblo determinado”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“La interculturalidad entendía que se reflejaba en las danzas, vestimenta, lo que son las costumbres, fuera del objeto de la salud.....”(Medico – F.C.)

“Siempre había ese concepto, solo que no estaba muy bien desarrollado, por eso quiere decir interculturalidad, cambiar ideas y para lograr un objetivo específico”. (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“La relación entre cultural la relación entre etnias y culturas, y adecuación cultural es rescatar algunos aspectos que se aplican en la actualidad”. (Aux. de Enfermería – V.A.)

“.....yo entendía que una persona debía dedicarse a sus costumbres.....”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

¿Que entendió usted sobre lo que es interculturalidad y adecuación cultural en salud posterior a la capacitación es este tema por parte del proyecto Caritas?

“Sería, el estudio de la cultura,... de un determinado..., por ejemplo,... el medico no se adecua a la cultura de un paciente,... mas que todo yo tengo que ver su comodidad del paciente, en ese momento yo, primeramente charlo con el medico, yo le cuento las costumbres que tiene cada pueblo, entonces el medico tiene que adecuarse a la comodidad del paciente,.... el medico acepta... ,a veces presenta rechazo,... pero el tiene que adecuarse el doctor”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Si , se integra, e entendido que también tiene que ser integrado lo que es salud en este tema , que es la interculturalidadintegrar la salud entre las culturas ,antes me parecía que era un reflejo de lo que era tradiciones, costumbres vestimentas, folklore, baile, todo eso” (Medico – F.C.)

“Lo que yo pensaba se ha llegado a confirmar.....”(Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“Lo que es la interculturalidad....., mas que todo, lo tomo como el rescate de la medicina tradicional, o lo que es en cuanto al rescate de lo que uno conoce de los antepasados, abuelos, tradiciones y costumbres, que tenían antes y aparte como cultura.... el desarrollo en que vivían, adecuar a la realidad actual, tomando en cuenta, para prevenir alguna enfermedad o superara alguna enfermedad.....” (Aux. de Enfermería – V.A.)

“Nos han ayudado,.....a promocionar y a concienciar en las formas que también como podíamos atender”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Pregunta: 28

¿Piensa usted que necesita capacitación adicional o refrescamiento en el campo de la Interculturalidad en salud?

Si, “Algunas cosas se nos olvidan, y es bastante útil este tema”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

Si, “Las capacitaciones que han sido por parte de Caritas,..... han sido muy superficiales, no tan profundas, no se ha llegado a conocer en su profundidad.....”(Medico – F.C.)

“Claro, se necesita, para tener mejor conocimiento, para poder de acuerdo a este conocimiento aplicar este tema de interculturalidad en salud”. (Medico – F.C.)

Si, “Por que es un tema muy amplio que no se puede tomar en horas ni en días ...”(Aux. de Enfermería – P.Ch.)

Si, “Necesitamos profundizar un poco la medicina herbolaria, lo que es medio ambiente, su conservación, por que específicamente yo particularmente fui a Internet a averiguar.... casi no encuentras bibliografía.... que es la medicina herbolaria, por que todo lo que son los textos son editados en el Perú, en otros países y prácticamente están patentando las plantas que exciten en esta región y no existe ni una fotografía..... de lo que es específicamente en plantas.... en Internet y si lo encuentras esta como en otros países europeos”(Aux. de Enfermería – V.A.)

Si, Es necesario para la atención en salud. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Pregunta: 29

¿En que áreas de la interculturalidad específicamente?

“Seria, en el trato medico paciente, la cosmovisión andina..... si me parece importante, pero no estoy tan informada,.... por eso yo quisiera una capacitación”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Herbolaria y trato medico paciente, lo de cosmovisión no, es muy abstracto..... para mi hablar de un karikari.....no se ve no es aplicable, nosotros aquí queremos aplicar lo que se velo que podemos tocar ,lo que podemos sentir”. (Medico – F.C.)

“En el trato medico paciente, y en cuanto a la medicina tradicional”. (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“Seria en la relación medico paciente”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

III.- DETERMINAR EL GRADO DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL QUE PRESENTA EL PERSONAL DE SALUD POR PROFESIÓN, ETNIA, IDIOMA, PROCEDENCIA, GRUPO ETAREO, GÉNERO Y EXPERIENCIA DE TRABAJO.

IV.- DETERMINAR EL GRADO DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL QUE PRESENTA EL PERSONAL DE SALUD POR GRUPO ETAREO, GÉNERO, ORIGEN, CONOCIMIENTO DE IDIOMAS NATIVOS Y EXPERIENCIA DE TRABAJO.

Pregunta: 23

¿El enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud esta incorporado en su actividad diaria en su servicio de salud?

Si, “ La atención en cuanto a los partos, trabajar con los naturistas, tenemos uno en la zona, que de vez en cuando viene, pero mayormente, yo siempre consulto a el, a veces, para algunas enfermedades, algunas recetas el me da,.... en herbolaria solamente se coordina de vez en cuando, el mayormente se va por los yungas,... aparece de 6 meses, pero mayormente, yo voy a consultar a su esposa,... su esposa constantemente esta con las hiervas”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Si pero en porcentaje menor” (Medico – F.C.)

“Por ejemplo en una enfermedad reumática.... tome mate de flor de retama, algunas cosas sencillas para que ellos puedan practicar...., lavarse con agua de manzanilla, tomar agua de manzanilla, mate de coca....”(Medico – F.C.)

Si, “Por que al realizar la tención con el paciente, por el mismo echo que estamos en el área rural tiene que haber esa interculturalidad, por que hay la relación.... como es área rural.... del campo..... también tenemos que basarnos en lo que ellos también creen, en la medicina tradicional, de laguna forma siempre tenemos que tal vez ligar ambos, lo científico y

lo tradicional". ESA ATENCION BRINDA TODO EL PERSONAL DE SALUD O SOLO SU PERSONA *"todo el personal de salud"*. UN EJEMPLO *"cuando hay fiebre nosotros damos el paracetamol, pero allá ellos utilizan la chilca como analgésico y anti inflamatorio, también la manzanilla como es analgésico, anti inflamatorio, intercalamos con los medicamentos químicos como ser el diclofenaco"*. (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

Si, *"Cuando un paciente viene a consultar, de alguna manera se le da pautas, medidas de prevención, o que tiene que hacer de acuerdo a su enfermedad..."* UN EJEMPLO *"....si esta con tos, se le da el medicamento respectivo de acuerdo a la medicina occidental y en lo que es la medicina tradicional, se le recomienda tomar líquidos y mates que existen en la región....."* (Aux. de Enfermería – V.A.) SOLO SE INCORPORA LA HERBOLARIA, MEDICINA TRADICIONAL, OTROS PUNTOS DE INTERCULTURALIDAD SE INCORPORAN, EJEMPLO: RELACIÓN MEDICO PACIENTE, COSMOVISIÓN, *"si, en el caso de eso, de cosmovisión andina, armonía con la naturaleza, con uno mismo para poder prevenirle enfermedad o superar la enfermedad"*. (Aux. de Enfermería – V.A.) LO HACE A NIVEL PERSONAL O COMO INSTITUCIÓN *"....de alguna manera yo lo aplico.....siempre e tenido acceso a lo que es orientación y comunicación con la comunidad...."* (Aux. de Enfermería – V.A.)

POR QUE CREE QUE NO SE HA INCORPORADO LA INTERCULTURALIDAD Y ADECUACIÓN CULTURAL EN ESTE SERVICIO DE SALUD.

"En este servicio particularmente.... no se ha incorporado por falta de apoyo y por falta de interés, por parte de gerencia y de los directivos.... lo que falta es apoyo" (Aux. de Enfermería – V.A.) CUANDO USTED TRABAJA CON EL MEDICO O SSRO EXISTE ESTA COORDINACIÓN EN ESTE TIPO DE ATENCIÓN O EXISTE RESISTENCIA *"en realidad existe resistencia..... se da esa resistencia por que el medico en su formación académica y en su vida citadina que ha llevado, es mas de lo que es la medicina occidental, aparte aunque haya levado un curso en medicina tradicional o interculturalidad no se aplica mucho..... por que como en principio decía que no había empatia, es por eso que no ve uno la realidad de la comunidad..... claro todos la vemos pero vivirla y sentirla no.... es por eso que no se aplica, mas que todo por la alienación en que uno vive en el transcurso de su vida... por que tenemos una vida citadina..... la formación es distinta"*, (Aux. de Enfermería – V.A.)

Si, “.....mas que todo en la atención al niño, a la mujer, siempre tengo que buscar la forma o el modo de adecuarme a su lenguaje, respeto sus usos y costumbres, en el parto se le atiende a la paciente como a ella busque su comodidad.....” (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Preguntas: 9, 6, 7, 8, 4, 3.

		9	6	7	8	4	3
	Incorporación del enfoque intercultural (entrevista y observación)	Educación y Capacitación Profesional	Grupo étnico	Conocimiento del idioma nativo	Vive en la comunidad	Grupo etareo	Genero
(Auxiliar de Enfermería – S.P.)	Relativamente	<i>Técnico: Auxiliar de Enfermería – tercer año de enfermería</i>	<i>Aymará</i>	<i>Si, La escritura no</i>	<i>Si</i>	<i>47 años</i>	<i>Femenino</i>
(Medico – F.C.)	Parcialmente	<i>Medico - Maestría en atención primaria en salud</i>	<i>Aymará</i>	<i>Si entiendo, pero no escribe</i>	<i>Si</i>	<i>44 años</i>	<i>Masculino</i>
(Aux. de Enfermería)	Parcialmente	<i>Técnico, Auxiliar</i>	<i>Aymará</i>	<i>No hablo muy bien</i>	<i>Si</i>	<i>35 años</i>	<i>Femenino</i>

– P.Ch.)		<i>de Enfermera</i>		<i>pero entiendo...</i>			
(Aux. de Enfermería – V.A.)	Relativamente	<i>Técnico - Auxiliar de Enfermera</i>	<i>Aymará</i>	Si	Si	28 años	<i>Femenino</i>
(Auxiliar de Enfermería – R.M.)	Parcialmente	<i>Técnico: Auxiliar de Enfermera</i>	<i>Aymará</i>	<i>Si hablo, no escribo</i>	Si	38 años	<i>Femenino</i>

Preguntas: 10, 11, 12.

		10	11	12
Experiencia de trabajo	Incorporación del enfoque intercultural (entrevista y observación)	Numero de Años en el campo de salud	Numero de años en este recurso de salud	Funciones en el recurso de salud, actividades, tareas.
(Auxiliar de Enfermería – S.P.)	Relativamente	22 años	4 años , trabajo en la ferró caja , 7 años en la red de salud No 6.	<i>Personal de Planta</i>
(Medico – F.C.)	Parcialmente	16 años	4 años	<i>Responsable de Servicio</i>

(Aux. de Enfermería P.Ch.)	de –	Parcialmente	10 años	5 años	Personal de Planta
(Aux. de Enfermería V.A.)	de –	Relativamente	10 años	2 años, en el sistema publico 8 años, 1 año Boliviano Holandés y 2 particularmente	Personal de Planta
(Auxiliar de Enfermería R.M.)	de –	Parcialmente	5 años	3 años, anteriormente en el municipio Achocalla 2 años.	Responsable de servicio

V.- IDENTIFICAR CUAL EL ENFOQUE DE ADECUACIÓN CULTURAL EN SALUD, QUE DIO EL DEL PROYECTO DE CARITAS LA PAZ

Pregunta: 27

Considera apropiado el enfoque de Adecuación Cultural en Salud, que dio el del Proyecto de Caritas La Paz

Si, “Se puede captar más pacientes, la gente tiene mas confianza en nosotros, incluso ellos mismos pueden ir hacernos una buena propaganda,.... en ese centro si nos atienden de esa forma,..... y la gente ya viene, mas seguros, ya no tienen temor, como en otros centros, siempre hay otros medico, que no aceptan, por ejemplo, los centros de la zona sur como Chasquipampa”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

Si , “ han sido una charlas no tan profundas ,mas superficiales, algunos han venido a darnos clases, los que preparan hiervas..... que no han tenido un conocimiento exacto en profundidad muy superficial”. (Medico – F.C.)

Si, “Era necesario tener un buen enfoque, por que muchas veces tenemos un concepto, pero cuando ya nos capacitamos, ya sabemos, ya hay un enfoque,..... en cuanto el trabajo a la realización y a todo ello.....”(Aux. de Enfermería – P.Ch.)

Si, “El proyecto caritas de alguna manera nos dio la pauta, para el inicio de lo que es la interculturalidad, para tomar en cuenta.... por que generalmente no hay ninguna institución mas que haya brindado ese tipo de cursos, no existía nadie que lo tomara en cuenta...”..(Aux. de Enfermería – V.A.)

Si, “Nos facilitan bastante a llegar a todas las personas”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Pregunta: 24

¿Sobre la capacitación recibida por parte del Proyecto Caritas cuales fueron los aspectos más relevantes?

a) Investigación comunitaria sobre el tipo de atención y forma de trato requerido por la población acorde a sus valores, costumbres y modos de vida.	(Medico – F.C.) (Aux. de Enfermería – P.Ch.)
b) Normas de atención adecuadas a las características culturales de la población, en cuanto a patologías de mayor prevaecía en la zona .	
c) Proyectos para que los Servicios de salud, sean adecuados al modelo de atención culturalmente definido, en cuanto a infraestructura y equipamiento.	(Auxiliar de Enfermería – S.P.)
d) Talleres de capacitación efectuados, sobre las modalidades de atención apropiadas y adecuadas con la cultura de los usuarios “Construyendo el conocimiento intercultural en el proceso salud – enfermedad en la cosmovisión andina “ , ”Características de la exclusión en	(Medico – F.C.)

<p>salud en Bolivia, Tipo y forma de atención requerida por la población desde el punto de vista de la cosmovisión andina “.</p>	
<p>e) Cursos de capacitación sobre medicina tradicional y herbolaria, “Fundamentos Básicos sobre Medicina Tradicional”, “Materias primas para la elaboración de medicamentos vegetales, su extracción en aceites o esencias, indicaciones y propiedades de algunas plantas medicinales y preparación de medicamentos vegetales”.</p>	<p>(Auxiliar de Enfermería – S.P.)</p> <p><i>“Este curso que nos han dado con los herbolarios de la zona, mucho no me ha convencido, tendría que ser por personas con mas conocimientos sobre los principios activos de las hiervas” (Medico – F.C.)</i></p> <p><i>“Que solamente se a llevado en horas no se a dado tanta prioridad.....”</i></p> <p>(Aux. de Enfermería – P.Ch.)</p> <p><i>“Me ha parecido lo mas relevante que a partir de ahí e empezado a profundizar lo que es la medicina tradicional, buscando textos que no se encuentra.... Aquí no hay mucha bibliografía boliviana, mas es extranjera....” (Aux. de Enfermería – V.A.)</i></p> <p><i>Nos ayudan, para equilibrar con la medicina</i></p>

	<i>occidental.</i> (Auxiliar de Enfermería – R.M.)
f) Farmacia de medicina natural	
g) Otro:	
h) Ninguno.	

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS INSTITUCIONALES.

Pregunta: 13

¿Le gusta su trabajo?

Si, “Me gusta trabajar con niños, atención a la comunidad”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

Si, “Participo en la comunidad atendiendo como personal de salud” (Medico – F.C.)

Si, “Por que el contacto es directo con la gente....., esta rama es muy interesante por que uno se llega a congeniar con la gente, con la comunidad conoce sus problemas interiormente y tiene la facilidad de ayudarles.....” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

Si, “De esa manera uno puede llegar a la comunidad, y satisfacer la necesidad básica, en cuanto a salud.....” (Aux. de Enfermería – V.A.)

Si, Es bueno ayudar a todas las personas que necesitan....., entender en salud , enterarse la relación de promocionar la salud....., la atención al niño a la mujer y también a los jóvenes, dar charlas educativas sobre salud sexual y reproductiva.....(Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Pregunta: 14

¿Que le produce más satisfacción en su trabajo

“Brindar la atención a la comunidad”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Que las personas atendidas se sientan conformes con la atención que se les brinda” (Medico – F.C.)

“Ayudar en todo lo que se pueda, tanto en salud como también económicamente.... se les puede ayudar.....” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“Llegar a la población a lugares alejados donde no tiene acceso a atención en salud, y aparte lo que es orientación”. (Aux. de Enfermería – V.A.)

Pregunta: 15

¿Que obstáculos o problemas confronta en su trabajo?

“Con las iglesias,.... siempre nos rechazan al personal de salud,... también ay comunidades como Apaña, si un poco, siempre rechazan al personal de salud, en cuanto a vacunas, las religiones que mas se oponen son los cristianos” (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Falta de insumos y medicamentos” (Medico – F.C.)

“En este momento es con el personal, con la cual no hay una buena coordinación, con el personal de la alcaldía.....” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“Falta de apoyo del personal de salud, caso de gerencia.... directamente de los jefes”. (Aux. de Enfermería – V.A.)

“En las comunidades....., no son tan accesibles, ellos necesitan que el personal de salud llegue a las comunidades y ellos no acuden al puesto de salud”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Pregunta: 17

¿A su juicio, cuales son las principales necesidades y problemas de la comunidad con relación a salud?

“Varias necesidades,...teníamos ambientes pequeños,... bastantes problemas, uno que seria, el ir a dar bastante educación la comunidad en relación a salud”. . (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“El problema básico es, falta de saneamiento básico, en las comunidades no tiene agua potable, si bien es por cañería pero no es potable, falta de recojo de basura hacinamiento en

que viven ellos, poco interés hacia sus problemas de salud que ellos presentan.....” (Medico – F.C.)

“Falta de orientación”. EN QUE SENTIDO “..... por ejemplo en cuanto al PAI , no hay concientización de parte de la gente piensan que nosotros le estamos haciendo el favor, no tienen ellos el conocimiento de que es algo importante para la salud , de sus hijos , lo primordial , lo que si tenemos que valorar es la salud y no así en otros aspectos” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“El problema principal es la falta de orientación y comunicación con la población con las comunidades...” (Aux. de Enfermería – V.A.) NO EXISTE COMUNICACIÓN ENTRE EL SERVICIO Y LAS COMUNIDADES.”.....de alguna manera necesitan orientación en lo que es prevención y lo que es enfermedad....” (Aux. de Enfermería – V.A.)

Son los servicios básicos y el puesto de salud carece de espacio....., es muy pequeño y no damos buena comodidad a los pacientes. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Pregunta: 18

¿Piensa usted que necesita capacitación adicional o refrescamiento en el campo de la salud?

Solo temas clinicos

Si, En AIEPI, por las nuevas cosas que aparecen, en si en varios temas. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

Si , “Área clínica, agrupa todo” (Medico – F.C.)

Si, “En cuanto al manejo de los medicamentos”. (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

Si, “En métodos para poder enseñar.....a la comunidad y llegar a cubrir lo que es prevención en salud”. (Aux. de Enfermería – V.A.)

Si, En pediatría, atención a la mujer. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Pregunta: 20

¿Como podría mejorar su trabajo? ¿Cuáles cambios sugiere?

“Seria,..... visitas a comunidades mas alejadas, que no se esta realizando, por que tenemos varias comunidades lejanas, por el transporte no podemos ir,..... el director también tendría que verlo, por que habría que ir a visitar estas comunidades” (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Mas compromiso por parte de la alcaldía en el campo de la salud, tanto en el apoyo del personal, compra de medicamentos oportunamente , dotación de alimentación para pacientes internados...”(Medico – F.C.)

“En cuanto a infraestructura, tendría que ampliarse,después en la actualización de algunos temas, por que en salud uno se tiene que actualizar, muchas veces no tenemos la capacitación necesaria, no vamos a cursos , cursillos , no tenemos esa facilidad de salir hacia el área urbana para capacitarnos, siempre hay cambios en cuanto a salud ,necesitamos actualizarnos en esos cambios.....” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“Tener el apoyo de los directivos, tanto de gerencia y de otras institucionespara poder llegar a lo que es la comunidad respectivamente..... en lo que es educación prevención en temas de salud y otros”. ESTOS OTROS QUE INCORPORARIA “lo que es la medicina tradicional y lo que es la cosmovisión andina”. (Aux. de Enfermería – V.A.)

“Ayuda del gobierno municipal,..... mucho tiempo nos ha abandonado, a veces nos abandonan de parte de la alcaldía, yo como personal de salud puedo pedir de que nos ayuden, a la ampliación del centro de salud, también con equipamiento, también con servicios básicos que no tenemos” . (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Pregunta: 21

Que piensa la gente de la comunidad sobre los servicios de salud?

“La gente es pasajera por aquí,..... esta un tiempo aquí y después se va a otros lugares,.... si están contentos, pero hay otra gente que no, a veces salimos a otras comunidades y no nos encuentran aquí,.... yo pienso que tendría que haber personal aquí, para que pueda estar en centro, por que el medico y yo, tenemos que ir a otras comunidades,... y a veces el centro se encuentra vacío y mas que todo por eso hay quejas”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

Si, últimamente confían en nosotros, por que ya estamos 24 horas, ya confían en nosotros. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“Que el servicio de salud tiene una atención regular, se quejan de que no existe medicamentos y alguna vez dicen que el personal no se encuentra pero siempre estamos aquí” (Medico – F.C.)

“Principalmente..... a veces.... actualmente, con la presencia del medico , allá la gente sale mas confundida ,uno, por que no asiste ella regularmente y a veces la gente esta desconforme.... por que piensa que no hay personal de salud en allá, entonces la gente lo que nesecita es, cualquier momento ir y que el medico este presente, para poder acudir, pero esto no pasa, muchas veces la doctora llega tarde o se viene temprano, entonces en el momento en que el paciente acude no esta ella, eso va en contra el centro de salud”(Aux. de Enfermería – P.Ch.)

“No tienen confianza por la atención regular que brinda y aparte .también por la empatia que no existe entre el personal de salud y la comunidad, no hay esa comunicación”. POR QUE CREE QUE SUCEDE ESTO. “..... uno generalmente, de acuerdo a la realidad de la comunidad,..... su relación social es diferente como el medico no vive con ellos no puede tener la empatiaEs difícil, solo cuando uno quiere realmente sentir esa empatia para comprender a ese grupo social, puede brindar una atención adecuada”. (Aux. de Enfermería – V.A.)

“Ellos reclaman sus necesidades,..... Ay momentos en que ellos piden y sus pedidos no se cumplen y se cansan....., es por eso que ya se olvidan, ellos siempre han pedido que se haga una ampliación, una vivienda para el personal, exigen y se cansa la comunidad,..... por eso hay mucha dejadez, desinterés de las comunidades,..... han reclamado y no se les ha hecho caso”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

Pregunta: 16

¿Como se lleva con los otros miembros del personal?

	Como se lleva con los miembros del personal	Con supervisores	Con subordinados
(Auxiliar de Enfermería – S.P.)	Regular	Bien	Bien
(Medico – F.C.)	Bien	Bien	Bien
Aux. de Enfermería – P.Ch.)	Bien	Bien	Bien

(Aux. de Enfermería – V.A.)	Bien	Bien	Bien
(Auxiliar de Enfermería – R.M.)	Bien	Bien	Bien

APORTES A LA ENTREVISTA

HA INCORPORADO LAS FARMACIAS TRADICIONALES “...no, yo hubiese coordinado con el señor que lo conozco, pero no se ha aparecido todavía, no se ha implementado”. “Tendríamos que ver, mas que todo los médicos, tendríamos que trabajar con la población, por que no confía en los médicos, mas confía en los yatiris,.... y tendríamos que ver sus costumbres de la gente, del pueblo, por ejemplo, en la atención del parto, ellos prefieren tener sentados, adecuarse a sus costumbres.... ,yo al menos respeto , y en la atención conjunta con el medico, el medico tiene que adecuarse ,..... con el anterior medico que yo trabajaba, ha veces en la sala de parto, las señoras en el campo, acostumbran de que el ambiente este caliente y a veces tenemos que meter estufa,.... yo acostumbro meter estufa, hago pasar a sus familiares, el parto mayormente nosotros, hemos atendido siempre en la cama, pero si, hay otros pacientes que prefieren la camilla ginecológica, pero hay otros paciente, que son de la comunidad y son bien cerrados y prefieren tener en la cama, entonces incluso algunas veces, tenemos que tenderle una colchoneta en el suelo”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)

“La interculturalidad en salud, que he pasado, es para mi la atención medico paciente y la herbolaria, la cosmovisión no tanto son abstractos.... no lo ves..... no lo sientes solo lo piensas, o lo dices”. (Medico – F.C.)

LA COSMOVICIÓN SE PUEDE APLICAR A UNA CONSULTA

“Hay pacientes que tienen, en si como medico no voy a aplicar la cosmovisión, llamar un Ajayu ,..... llamar las estrellas..... no se no voy a aplicar..... tendríamos que llamar a las personas que practican esta cosmovisión, para poderles hacer aplicar a la necesidad de la gente”. (Medico – F.C.)

USTED CONSIDERA QUE ESTA INCORPORADO EL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SU SERVICIO DE SALUD Si LA ATENCION DEL PARTO COMO SE REALIZAN EN SU SERVICIO DE SALUD *“la atención de parto, generalmente yo lo hago a domicilio, por que no contamos con la infraestructura adecuada uno y otro también por el rechazo de la misma gente, por que halla siempre hay el mito del miedo hacia el medico o hacia el personal de salud en la atención ,..... por que muchas veces se ha visto deficiencias por parte del personal de salud y eso crea incertidumbre con las pacientes, pero por otra parte esta el ganarse la confianza,..... ir a su domicilio y realizar esta atención.....”*. CUANDO REALIZA ATENCIÓN EN SU DOMICILIO RESPETA LOS USOS Y COSTUMBRE *“si ,se tiene que hacer de esa forma, por que no podemos a ir imponer nosotros lo que es,..... tal ves podríamos mejorar, pero no imponer.....”* QUE ENTIENDE USTED POR COSMOVICIÓN *“no tengo un buen concepto de lo que es la palabra, cosmovisión....”*. SOBRE EL AJAYU KARIKARI EL SUSTO USTED CREE QUE SON PROBLEMAS DE SALUD si USTED CRE QUE ESTOS ASPECTOS TIENE RELACIÓN CON SALUD si USTED REALIZA ESTE TIPO DE ATENCIÓN O ORIENTACIÓN *“claro, se les explica a los pacientes,..... por que quiera no quiera hay cierto de verdad en lo que se dice, en eso de Ajayu..... por que a la final el Ajayu es el alma..... no, puede tener una relación, pero se les explica a la paciente o a la señora, dándole también la ayuda y la orientación adecuada....”*.(Aux. de Enfermería – P.Ch.)

CUANDO USTED TIENE ESTOS SINDROMES LOS ATIENDE O DERIBA A ALGUIEN QUE LO REALIZA *“no, yo a la medicina que actualmente practico trato de hacer el tratamiento adecuado, nunca yo lo transfiero,.... por que siempre hay también riesgo, tanto con los curanderos, con los Yatiris, Kallaguayas, por que yo he visto..... dentro de mi centro que habido y habido consecuencias..... por malos tratamientos que ellos han hecho,..... por malas curas,..... se ha visto consecuencias en lo posterior.....”*(Aux. de Enfermería – P.Ch.)

ALGO MÁS PARA APORTAR A LA ENTREVISTA

“La interculturalidad debería darse a todas las personas, porque en realidad actualmente nos encontramos enraizados.... a lo que es la alineación, que es antigua, no reciente todos nos encontramos sumidos, alineados.... desde la llegada de los españoles a Bolivia esta enraizado desde nuestros abuelos, incluso algunas cosas que estamos tratando de olvidar... la

interculturalidad no lo tomamos en cuenta en nuestra existencia, por eso que debería darse a los jóvenes y a todos... para que empiecen a cambiar y solo uno va a cambiar si uno quiere de verdad, que si no quiere difícilmente.... aunque se le de todos los cursos, no se puede cambiar.... solo uno puede cambiar.... si aplica realmente en su vida, en lo cotidiano, previniendo así las enfermedades..... como es la cosmovisión andina, la armonía con todo lo que existe”, (Aux. de Enfermería – V.A.)

CREE QUE LA COSMOVICIÓN SE INCORPORA EN LA ATENCIÓN EN SU SERVICIO “*De alguna manera, viviendo fuera de la ciudad, en las comunidades se tiene conocimiento de los que es el ajayu, el karikari.... ellos saben, no es que se hayan olvidado*”, (Aux. de Enfermería – V.A.) EN EL SERVICIO SE APLICA ESTO “*yo no e aplicado, por que no tengo conocimiento sobre esto, pero las personas de la comunidad, recurren a personas que tienen este tipo conocimiento, para que sea solucionado este problema...*”(Aux. de Enfermería – V.A.) CONSIDERA COMO PROBLEMA DE SALUD ASPECTOS COMO EJEMPLO EL AJAJU “*si es un problema de salud tiene relación estrecha, yo considero que la interculturalidad debemos aplicarla a la existencia personal de cada uno...*”(Aux. de Enfermería – V.A.)

QUE OPINA DEL KARIKARI, AJAYU, ÁNIMO. “*Se puede decir que son creencias ,nosotros como personal de salud,.... alguna vez mi persona había comprobado,... tanto del Karikari como del Ajayu ,..... por ejemplo yo como personal de salud había dado el tratamiento del que padecía el paciente,.... para la fiebre, ... de que no miraba de frente a la persona , y decían que era Karikari, y como yo daba el medicamento occidental no resultaba y bueno como los médicos, de medicina tradicional preparan, y eso le dan y eso le sana ,..... en cuanto al Ajayu, hay niños y bebes que se enferman, con fiebre, vómitos ,diarrea y nosotros hacemos el tratamiento con medicina occidental ,no siempre, pero alguna vez habían dicho, ... que si resulta,.. el hacer llamar el ajayu, ... y la guaguita se recupera sin necesidad de tomar medicamentos,.... por que ellos no han venido a consultar, sino han preferido llevarle a la persona que se dedica a llamar el ajayu . Estos podrían ser problemas de salud, pero quedamos en duda,.... por que siempre hay la referencia que el ajayu no es una enfermedad, por el susto que ha pasado el niño,..... cuando viene un niño con diarrea o vómitos, yo le doy el medicamento indicado, si lo hace bien, se recupera termina el tratamiento bien, ... pero y si vuelve una segunda vez y me dice que no ha resultado el medicamento,..... yo estoy pensando*

que es ajayu, la mamá del bebe puedo hacer llamar el ajayu me dice..... , bueno si usted cree hágalo le respondo,.....y alguna vez a resultado,.... en la zona, en los sectores de Cebollullo, hay una persona que realiza esto, otro en Cachapaya, pero de referencia ,..... pero muchas veces no siempre lo hace un curandero o una persona dedicada a eso, algunas vez lo llama su mamá, su abuela o su papá ,ellos no vienen, alguna vez yo me acercado, y le he preguntado, y ellos están seguros que ellos son como los yatiris y valoran su trabajo”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

“Yo pediría, que haya mas cursos y talleres en interculturalidad, por que así eso nos favorece bastante, para que nosotros nos actualicemos”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)

9.4 Sistematización y Análisis de las entrevistas.

SISTEMATIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS
I.- ESTABLECER LA CONCEPCIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD POR PARTE DEL PRESTADOR DE SALUD.

ENTREVISTA PREGUNTA	ENTREVISTA RESPUESTA	ANÁLISIS	RESULTADO
<p>Pregunta: 25 ¿Para usted que significa interculturalidad y adecuación cultural en salud?</p>	<p>“...cultura de la comunidad...” “Unir a las culturas...” “combinación tanto de la medicina tradicional como la medicina académica” “rescatar la cultura que tenemos y adecuar a la realidad...” “...adecuarse a sus costumbres...”</p>	<p>En relación a la concepción de interculturalidad en salud por parte del prestador de salud, vemos que existe la concepción de que es, la “cultura de la comunidad”, “Unir a las culturas”, “rescatar la cultura y adecuar a la realidad”, entendiéndose como cultura el conjunto de las manifestaciones en que se expresa la vida tradicional de un pueblo. Lo cual es un concepto general, que en cierta manera orienta al concepto que se esta manejando en relación a interculturalidad por Ibacache, “Interculturalidad en salud es la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces puede ser incluso hasta contrapuestas”.(Jose Luis Baixeras Divar – Salud Intercultural en Bolivia a Inicios del Tercer Milenio – Memorias del XVI Congreso Nacional Ordinario de la Sociedad Boliviana de Salud Publica – agosto 2005 No 58).Entre otras manifestaciones de los entrevistados esta el “combinación medicina tradicional como la medicina académica”, “adecuarse a sus costumbres”, que esta mas cerca del concepto que da Ibacache de lo que es interculturalidad.</p>	<p>Existe una concepción con relativa orientación hacia el concepto de interculturalidad y adecuación cultural en salud, consideran importante la incorporación del Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud, pero como estrategia par cumplir con coberturas. Solo en una entrevista se toma la interculturalidad como un modo de vida, que se debe incorporar.</p>
<p>Pregunta: 30 Considera importante la incorporación del enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural en su actividad diaria en su servicio de salud</p>	<p>“Se puede captar más pacientes...” “...de acuerdo a requerimientos por parte de paciente y del profesional” “...llegar a la población...” “...buena relación entre paciente y persona” “Nos facilita la relación con las costumbres y el idioma que hablamos en las comunidades” “... por eso que debería darse a los jóvenes y a todos... para que empiecen a cambiar y solo uno va a cambiar si uno quiere de verdad, que si no quiere difícilmente.... aunque se le de todos los cursos, no se puede cambiar.... solo uno puede cambiar.... si aplica realmente en su vida, en lo cotidiano” (Aux. de Enfermería – V.A)</p>	<p>“Se puede captar más pacientes”, “de acuerdo a requerimientos por parte de paciente y del profesional”, “llegar a la población”, “buena relación entre paciente y persona”, “Nos facilita la relación con las costumbres y el idioma que hablamos en las comunidades”, si bien consideran importante la incorporación del enfoque de interculturalidad y adecuación cultural en la atención en salud, se lo esta tomando en la mayoría de los testimonios como, una estrategia de promoción, para captar usuarios y mejorar sus indicadores, coberturas y llegar a cumplir sus metas que al final seran plasmadas en números, y no así en su real valor, el de una relación sincera de mutuo respeto e inclusión, y no como se esta interpretando, como el incorporar el enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud, para obtener por ese medio el beneficio de un lado, que es el del personal de salud, de esa manera utilizando al paciente, sin tomarlo en cuenta la verdadera esencia de la interculturalidad en su integridad. En los testimonios, “buena relación entre paciente y personal”, “Nos facilita la relación con las costumbres y el idioma que hablamos en las comunidades” se lo toma como una estrategia de acercamiento a la comunidad, de igual manera tiene su lado de interés unilateral, pero también se esta dando importancia al sentir de la comunidad. En una de las entrevistas, se concibe la interculturalidad como un modo de vida, que se debe aplicar en lo cotidiano, y que debería darse a conocer a todo, en especial a los jóvenes, y esta en cada uno la predisposición de cambiar, se refiere, a que por mas cursos que se den si no esta en uno mismo la predisposición de cambiar, las cosas no cambiaran.</p>	<p>Existe una concepción con relativa orientación hacia el concepto de interculturalidad y adecuación cultural en salud, consideran importante la incorporación del Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud, pero como estrategia par cumplir con coberturas. Solo en una entrevista se toma la interculturalidad como un modo de vida, que se debe incorporar.</p>

II.- DETERMINAR EL CONOCIMIENTO DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD DEL PRESTADOR DE SALUD FRENTE A SU COMUNIDAD.

ENTREVISTA PREGUNTA	ENTREVISTA RESPUESTA	ANÁLISIS	RESULTADO
<p>Pregunta: 22 ¿Recibió capacitación en talleres o cursos sobre interculturalidad y adecuación cultural en la atención en salud?</p>	<p>Todos los entrevistados recibieron la capacitación por el Proyecto Caritas La Paz En las gestiones, 2003, 2004 y 2005.</p>	<p>En todas las entrevistas se refirieron que si fueron capacitados, pero el momento de la pregunta no se les hizo familiar el termino de intercultural y adecuación cultural como tema de capacitación , por que no lo consideran como un tema de capacitación al nivel de programas de salud, como por ejemplo, tuberculosis, Programa ampliado de inmunización y otros, sino como un tema de menor importancia, con relación otros temas en salud, con los cual ellos son evaluados constantemente y que depende de estos el que se mantengan sus coberturas acordes a las exigencias de los programas de salud y por ende su fuente de trabajo.</p>	<p>Los entrevistados tiene un conocimiento de la interculturalidad en salud , regular , no reconocen la importancia de la interculturalidad como tema de en salud ,pero presentan testimonios que refieren un conocimiento del tema de manera personal y por experiencias en sus servicios de salud pero no bajo el denominativo de interculturalidad, refieren que antes de su capacitación tomaban la interculturalidad como un aspecto folklórico, como una relación entre culturas y también como un instrumento para el logro de objetivos determinados, posterior a la capacitación , reconocen que cambio su conocimiento de lo que es la interculturalidad, en la mayoría de los casos como definiendo interculturalidad aspectos puntuales que esta engloba, tomando la interculturalidad</p>
<p>Pregunta: 26 ¿Que entendió usted sobre lo que es interculturalidad y adecuación cultural en salud antes de la capacitación es este tema por parte del proyecto Caritas?</p>	<p>“estudio de la cultura de un pueblo” “se reflejaba en las danzas, vestimenta, lo que son las costumbres” “cambiar ideas y para lograr un objetivo específico” “relación entre etnias y culturas” “dedicarse a sus costumbres”</p>	<p>En el conocimiento sobre interculturalidad antes de la capacitación por parte del proyecto Caritas se lo tomaba mas como un aspecto folklórico, como parte de las danzas, vestimentas o el conocimiento de sus costumbres. También se toma la interculturalidad como la relación entre diferentes culturas, pero en esta respuesta en ningún momento se incluye el entrevistado se considera parte de una etnia ,ni de una cultura , se refiere a la relación de culturas y etnias desde un punto ajeno a ellas. En otra entrevista toma la interculturalidad como un instrumento para llegar a un objetivo, pero en el momento de definir el objetivo refiere que seria uno específico, sin determinar en beneficio de quien.</p>	
<p>¿Que entendió usted sobre lo que es interculturalidad y adecuación cultural en salud posterior a la capacitación es este tema por parte del proyecto Caritas?</p>	<p>“adecuarse a la comodidad del paciente” “integrar la salud entre las culturas” “rescate de la medicina tradicional” “concienciar en las formas que también podíamos atender”.</p>	<p>Los entrevistados refirieron que posterior a la capacitación por parte del Proyecto Caritas, la interculturalidad se referia a “<i>adecuarse a la comodidad del paciente</i>”, “<i>integrar la salud entre las culturas</i>”, “<i>rescate de la medicina tradicional</i>”, “<i>concienciar en las formas que también podíamos atender</i>”, lo cual en cierta forma se acerca a lo en realidad es la interculturalidad en salud, claro refiriéndose de manera muy puntual a solo parte de los componentes de lo que es la interculturalidad. En la mayoría de las respuestas, se plantean temas que sirven de alguna manera a tomar la interculturalidad como una estrategia, para captar mayores coberturas, y no así desde su dimensión real, del respeto a las practicas, usos y costumbres de la comunidad.</p>	
<p>Pregunta: 28 ¿Piensa usted que necesita capacitación adicional o refrescamiento en el</p>	<p>Todos los entrevistados refieren que si necesitan capacitación en Interculturalidad. “trato medico paciente” “Herbolaria” “lo de cosmovisión no, es muy abstracto”</p>	<p>Quando se plantea la necesidad de la capacitación adicional los entrevistados refieren que si la requieren , reconocen que en cierto modo le es útil para el desenvolvimiento de sus actividades en sus servicios de salud , entre los temas mas priorizados toman en cuenta el “<i>trato medico paciente</i>”, y sobre todo el tema de la “<i>Herbolaria</i>” .</p>	

<p>campo de la interculturalidad en salud? Pregunta: 29 ¿En que áreas de la interculturalidad específicamente?</p>	<p>"no siempre lo hace un curandero o una persona dedicada a eso, algunas vez lo llama su mamá, su abuela o su papá....." ".....Ellos están seguros que ellos son como los yaitiris y valoran su trabajo". (Auxiliar de Enfermería – R.M.) "....llamar un Ajayu, llamar las estrellas..... no se, no voy a aplicar...tendríamos que llamar a las personas que practican(Medico – F.C.) "..... quiera no quiera hay cierto de verdad en lo que se dice, en eso de Ajayu..... por que a la final el Ajayu es el alma....." (Aux. de Enfermería – P.Ch.) "alguna vez mi persona había comprobado,... tanto del Karikari como del Ajayu...",(Auxiliar de Enfermería – R.M.) "....podrían ser problemas de salud, pero quedamos en duda,.... por que siempre hay la referencia que el ajayu no es una enfermedad....",(Auxiliar de Enfermería – R.M.)</p>	<p>A un entrevistado el momento de plantearle que si podría requerir la capacitación en el tema de la cosmovisión refiere "lo de cosmovisión no, es muy abstracto", refiriendo que este tema no se relaciona con la atención en salud, por ser muy abstracto, y que en la actividad diaria de atención se basa en lo que se ve y no así en lo que no se ve, este punto de vista es de un personal medico, cuya formación ha sido en las facultad de medicina, donde pese a que en una previa respuesta refiere identificarse con el grupo étnico aymará, y con una amplia experiencia en el trabajo en área rural, no considera aun que los síndromes de filiación cultural sean parte importante de su actividad diaria en la atención en su servicio de salud.</p>	<p>como instrumento para captar, mayor cobertura en indicadores numéricos de salud. Se reconoce que se necesita mayor capacitación en interculturalidad sobre todo tomando el tema de herbolaria y trato medico paciente.</p>
		<p>En la parte e aportes a la entrevista, se encuentra que si se tiene un conocimiento sobre aspectos que están dentro de la cosmovisión andina, que en algunos casos se lo reconoce como un problema de salud y otras no se lo considera como un problema de salud y se lo deja para aquellos que creen y lo practica. Se reconoce el trabajo de las personas que realizan estas curas, se narran testimonios que evidencian que si son tratamientos, que en casos han dado resultado en ciertos pacientes, pero a la vez los entrevistados, en el momento de reconocer estas entidades como síndromes de filiación cultural, entran en la disyuntiva, de ir en contra de su formación como personal de salud, o como testigos de que evidentemente en su trabajo han observado mas de un caso, de pacientes que se curan de acuerdo a las creencias usos y costumbres de la comunidades. Se evidencia en el transcurso de la entrevista, que la personal trata de mantener lo más posible su lineamiento institucional como personal de salud, formado en áreas que no tienen relación con la interculturalidad y sobre todo con el tema de la cosmovisión, sobre todo por el temor a la critica a su capacidad como profesional en salud,</p>	

III.- DETERMINAR EL GRADO DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL QUE PRESENTA EL PERSONAL DE SALUD POR PROFESIÓN, ETNIA, IDIOMA, PROCEDENCIA, GRUPO ÉTAREO, GÉNERO Y EXPERIENCIA DE TRABAJO.
IV.- DETERMINAR EL GRADO DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL QUE PRESENTA EL PERSONAL DE SALUD POR GRUPO ÉTAREO, GÉNERO, ORIGEN, CONOCIMIENTO DE IDIOMAS NATIVOS Y EXPERIENCIA DE TRABAJO.
GRADO DE INCORPORACION

ENTREVISTA PREGUNTA	ENTREVISTA RESPUESTA Y OBSERVACION	ANALISIS	RESULTADO
<p>Pregunta: 23 ¿El enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en esta salud incorporado en su actividad diaria en su servicio de salud?</p>	<p>En los servicios de salud se continua manteniendo la disposición habitual de servicios de salud, sin la incorporación del enfoque intercultural, incluyendo los ambientes de parto, las farmacias no cuenta con la incorporación de la farmacia con medicina tradicional. Todas las respuestas fueron que si en cierta manera esta incorporado. “La atención en cuanto a los partos, trabajar con los naturistas” (Auxiliar de Enfermería – S.P.) “Si pero en porcentaje meno” (Medico – F.C.). “en la medicina tradicional, de laguna forma siempre tenemos que tal vez ligar ambos, lo científico y lo tradicional” (Aux. de Enfermería – P.Ch.) “se le da el medicamento respectivo de acuerdo a la medicina occidental y en lo que es la medicina tradicional no se ha incorporado por falta de apoyo y por falta de interés, por parte de gerencia y de los directivos” (Aux. de Enfermería – V.A.) “Tengo que buscar la forma o el modo de adecuarme a su lenguaje, respeto sus usos y costumbres, en el parto se le atiende a la paciente como a ella busque su comodidad.....” (Auxiliar de Enfermería – R.M.)</p>	<p>En la observación realizada en los servicios de salud, se encuentra que no se ha incorporado el enfoque intercultural, consultando el por que ,refieren que durante las supervisiones se exige la disposición de acuerdo a las normas establecidas y si se realizara una modificación de acuerdo al enfoque intercultural, se les realizaría las observaciones de parte de los encargados de evaluar los servicios, en algunos casos se podría justificar una disposición de acuerdo al enfoque intercultural, pero en la mayoría de los casos los evaluadores no toman en cuenta este aspecto y se toma como una falta de conocimiento sobre normas de disposición de ambientes para la atención en salud. En la entrevista , refieren, que en cierta manera esta incorporado el enfoque intercultural , pero en las respuestas la incorporación esta mas referida al parto, generalmente cuando se realiza parto domiciliario, ya que si se respeta las practicas, usos y costumbres, , en el parto institucional en muy pocas ocasiones, esto debido a que el personal de salud se basa en protocolos preestablecidos y salir de esta norma les significaría un riesgo de futuras observaciones de no haber realizado un parto institucional de acuerdo a lo normado. Sobre la medicina tradicional, se limita a la consejería sobre la utilización de plantas medicinales, ya si se utilizaran plantas medicinales en el servicio los usuarios y supervisores lo tomarian en algunos casos como falta de medicamentos e insumos en el servicio de salud o la falta de conocimiento del personal en tratamientos farmacológicos y terapéuticos. También se ve la incorporación como una forma de adecuarse al requerimiento del usuario, pero esto solo se encontró en uno solo de los entrevistados, tomando este aspecto como estrategia para captar mayor cobertura numérica de partos.</p>	<p>La incorporación del enfoque intercultural en el personal de salud, es parcial, ya que en la adecuación física de los servicios no se cumple, en relación al parto solo se aplica en el parto domiciliario, y muy pocas veces al parto institucional, en cuanto al uso de plantas medicinales se limita a la consejería, hay un reconocimiento relativo de algunos aspectos que están dentro de la cosmovisión andina. Se identifican como obstáculos la actitud del personal medico y la falta de incorporación de normas para una atención intercultural en salud.</p>
<p>“Tendríamos que ver, mas que todo los médicos, tendríamos que trabajar con la población, por que no confía en los médicos, mas confía en los yatiris adecuarse a sus costumbres” (Auxiliar de Enfermería – S.P.) “el rechazo de la misma gente, por que halla siempre hay el mito del miedo hacia el médico o hacia el personal de salud en la atención” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)</p>	<p>Se ve como un obstáculo la actitud del personal medico en relación a la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud, esto debido a su formación académica y actitud frente al paciente rural, el cual no cuenta con la confianza del paciente rural , algunas veces por que no se adecua a sus costumbres y en otros casos por que infringe miedo por su trato al paciente.</p>	<p>Se ve como un obstáculo la actitud del personal medico en relación a la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud, esto debido a su formación académica y actitud frente al paciente rural, el cual no cuenta con la confianza del paciente rural , algunas veces por que no se adecua a sus costumbres y en otros casos por que infringe miedo por su trato al paciente.</p>	<p>Se ve como un obstáculo la actitud del personal medico en relación a la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud, esto debido a su formación académica y actitud frente al paciente rural, el cual no cuenta con la confianza del paciente rural , algunas veces por que no se adecua a sus costumbres y en otros casos por que infringe miedo por su trato al paciente.</p>

GRADO DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL QUE PRESENTA EL PERSONAL DE SALUD POR PROFESIÓN, ETNIA, IDIOMA, PROCEDENCIA, GRUPO ETAREO, GÉNERO

Incorporación del enfoque intercultural (entrevista y observación)	Educación Capacitación Profesional	Grupo étnico	Conocimiento idioma nativo	Vive en la comunidad	Grupo etareo	Genero	ANALISIS	RESULTADO
Parcialmente (Auxiliar de Enfermería – S.P.)	Técnico: Auxiliar de Enfermería – tercer año de enfermería	Aymará	Si ,La escritura no	Si	47 años	Femenino	En cuanto al grado de incorporación del enfoque intercultural de acuerdo a profesión, etnia, idioma, procedencia, grupo etareo, género, existe una diferencia marcada en relación a la profesión ya que el personal medico si bien reconoce la necesidad de una incorporación de la interculturalidad en salud ,presenta menos predisposición de incorporar en la practica la interculturalidad en su servicio de salud , no reconociendo la cosmovisión como parte de la atención y orientación en salud, reconoce relativamente la parte de la herbolaria como tratamiento, en relación al parto no considera apropiado modificar los actuales protocolos de atención del parto en el primer nivel de atención en salud, argumentando que va contra su formación académica.	El personal medico presenta un grado de incorporación menor presentando la resistencia la practica de la interculturalidad en forma integral. El personal auxiliar de enfermería presenta un grado de incorporación parcial .pero tiene predisposición a la incorporación del enfoque intercultural. Los principales obstáculos para la incorporación del enfoque intercultural identificados son el personal medico (poca predisposición), falta de una normativa de los niveles de autoridad en salud, falta de apoyo por parte de la Alcaldía Municipal , de los niveles de autoridad en salud local de Red y departamental.
Menor porcentaje pero en porcentaje menor” (Medico – F.C.)	Medico - Maestría en atención primaria en salud	Aymar á	Si entiendo ,pero no escribe	Si	44 años	Masculino	En cuanto al personal auxiliar de enfermería, se encuentra una mayor predisposición a la incorporación de la interculturalidad, identifican como obstáculos al personal medico y a la falta de una normativa, con la que ellos puedan incorporar la interculturalidad, otro aspecto que refieren es la falta de apoyo por parte de municipio , de los niveles de autoridad en salud para una real incorporación del enfoque intercultural	
Parcialmente (Aux. de Enfermería – P.Ch.)	Técnico , Auxiliar de Enfermería	Aymar á	No hablo muy bien pero entiendo ...	Si	35 años	Femenino	En cuanto al personal auxiliar de enfermería, se encuentra una mayor predisposición a la incorporación de la interculturalidad, identifican como obstáculos al personal medico y a la falta de una normativa, con la que ellos puedan incorporar la interculturalidad, otro aspecto que refieren es la falta de apoyo por parte de municipio , de los niveles de autoridad en salud para una real incorporación del enfoque intercultural	
Parcialmente (Aux. de Enfermería – V.A.)	Técnico - Auxiliar de Enfermería	Aymar á	Si	Si	28 años	Femenino	No se encuentra relación entre la incorporación del enfoque intercultural con relación a etnia, idioma, procedencia, grupo etareo y género.	
Parcialmente (Auxiliar de Enfermería – R.M.)	Técnico: Auxiliar de Enfermería	Aymar á	Si hablo, no escribo	Si	38 años			

GRADO DE INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL QUE PRESENTA EL PERSONAL DE SALUD POR EXPERIENCIA DE TRABAJO.

Incorporación del enfoque intercultural (entrevista y observación)	Numero de Años en el campo de la salud	Numero de años en este recurso de salud	Funciones en el recurso de salud, actividades, tareas.	ANALISIS	RESULTADO
Parcialmente (Auxiliar de Enfermería – S.P.)	22 años	4 años , trabajo en la ferró caja , 7 años en la red de salud No 6.	<i>Personal de Planta</i>	No se presenta relación entre la incorporación en enfoque intercultural en relación a experiencia de trabajo.	No se presenta relación entre la incorporación del enfoque intercultural en relación a experiencia de trabajo.
Menor porcentaje “Si pero en porcentaje menor” (Medico – F.C.)	16 años	4 años	<i>Responsable de Servicio</i>		
Parcialmente (Aux. de Enfermería – P.Ch.)	10 años	5 años	<i>Personal de Planta</i>		
Parcialmente (Aux. de Enfermería – V.A.)	10 años	2 años, en el sistema publico 8 años, 1 año Boliviano Holandés y 2 particularmente	<i>Personal de Planta</i>		
Parcialmente (Auxiliar de Enfermería – R.M.)	5 años	3 años, anteriormente en el municipio Achocalla 2 años.	<i>Responsable de servicio</i>		

V.- IDENTIFICAR CUAL EL ENFOQUE DE ADECUACIÓN CULTURAL EN SALUD, QUE DIO EL DEL PROYECTO DE CARITAS LA PAZ

ENTREVISTA PREGUNTA	ENTREVISTA RESPUESTA	ANÁLISIS	RESULTADO
<p>Pregunta: 27 Considera apropiado el enfoque de Adecuación Cultural en Salud, que dio el Proyecto de Caritas La Paz</p>	<p><i>"Se puede captar más pacientes(Auxiliar de Enfermería – S.P. han sido una charlas no tan profundas, mas superficiales que no han tenido un conocimiento exacto en profundidad muy superficial". (Medico – F.C.)</i> <i>de alguna manera nos dio la pauta Aux. de Enfermería – V.A.)</i></p>	<p>El personal de salud entrevistado interpreta en su mayoría , que el enfoque que dio el proyecto Caritas fue mas planteado como una estrategia, para la mejora de coberturas, no dándole el verdadero sentido que tenia, el de respetar los conocimientos usos y costumbres de la población , en ese entonces se vivía otra coyuntura política nacional en Salud , que daba poca o nula importancia a la interculturalidad en Salud, para ese entonces el tema de interculturalidad parecía una verdadera utopía, sin darle mucha esperanza de ser aplicada en los servicios de salud en ese entonces . En la actualidad vemos que las mayorías postergadas y sometidas tienen voz y se las escucha y plantean la necesidad de una atención acorde a sus costumbres, aun así existe todavía la resistencia de una buena parte del personal medico, y si se la tomo en cuenta en la mayoría de los casos fue para llegar a captar las coberturas programadas, utilizando su conocimiento relativo de interculturalidad como instrumento, para beneficio solo de las coberturas y no del verdadero beneficiario, el paciente. También se observa que el enfoque que dieron los capacitadores del proyecto Caritas fue muy superficial, y que no tenían un conocimiento exacto del tema, esta respuesta fue planteada por un personal medico , el cual esperaba del medico tradicional una capacitación magistral en el tema, de acuerdo a lo acostumbrado durante la formación académica del medico, talvez no comprendiendo el enfoque que se tiene de la medicina en nuestras diferentes culturas, y que la transmisión de conocimientos se basan en la experiencia y se transmite de manera oral de una generación a otra.</p>	<p>El enfoque dado por el Proyecto Caritas, tuvo una orientación dirigida a hacer llegar el conocimiento de la interculturalidad al personal de salud, dando la capacitación teórica y en parte practica, pero lo que no realizo fue la consientización, sobre la prioridad de brindar una atención intercultural a la población, haciéndole conocer cual es la realidad en la que desarrolla su trabajo diario, que no es una isla, donde dentro de las cuatro paredes parece estar todo bien, cuando la población fuera de esas cuatro paredes presenta una barrera cultural para poder llegar a ser atendido . . Planteando en los análisis de información, que la barrera cultural es de parte de la población, cuando es el personal de salud, sobre todo el personal medico, el que pone la barrera cultural.</p>
<p>Pregunta: 24 ¿Sobre la capacitación recibida por parte del Proyecto Caritas cuales fueron los aspectos más relevantes?</p>	<p>Auxiliar de Enfermería – S.P.) <i>"Este curso que nos han dado con los herbolarios de la Cursos de capacitación sobre medicina tradicional y herbolaria, "Fundamentos Básicos sobre Medicina Tradicional", "Materias primas para la elaboración de medicamentos vegetales, su extracción en aceites o esencias, indicaciones y propiedades de algunas plantas medicinales y preparación de medicamentos vegetales", "Materias primas para la elaboración de medicamentos vegetales, su extracción en aceites o esencias, indicaciones y propiedades de algunas plantas medicinales y preparación de medicamentos vegetales", zona, mucho no me ha convencido, tendría que ser por personas con mas conocimientos sobre los principios activos de las hiervas". (Medico – F.C.)</i> <i>"Que solamente se a llevado en horas no se a dado tanta prioridad....." (Aux. de Enfermería – P.Ch.)</i> <i>"Me ha parecido lo mas relevante que a partir de ahí e empezado a profundizar lo que es la medicina tradicional, buscando textos que no se encuentra.... Aquí no hay mucha bibliografía boliviana, mas es extranjera...." (Aux. de Enfermería – V.A.)</i> <i>Nos ayudan, para equilibrar con la medicina occidental. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)</i></p>	<p>Cursos de capacitación sobre medicina tradicional y herbolaria, "Fundamentos Básicos sobre Medicina Tradicional", "Materias primas para la elaboración de medicamentos vegetales, su extracción en aceites o esencias, indicaciones y propiedades de algunas plantas medicinales y preparación de medicamentos vegetales" fue uno de los temas que mas relevancia le dieron los entrevistados, sobre todo los auxiliares de enfermería , además este fue el tema en el que se realizaron practicas sobre preparación y manejo de algunas plantas medicinales, al parecer llamo mas la atención este tema por que en algún momento se enteraron o experimentaron sobre la cualidad curativa de las plantas en sus diferentes maneras de preparación (pomadas, jarabes, mates, gotas) . Los demás temas, si bien no refirieron que no son relevantes, priorizaron el tema ya mencionado, posiblemente por que no se les pudo dar la forma practica o aplicable de estos conocimientos, quedándose solo en la teoría, sin orientar a la aplicación practica de estos conocimientos en al atención diaria en salud en beneficio de la población.</p>	

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS INSTITUCIONALES.

ENTREVISTA PREGUNTA	ENTREVISTA RESPUESTA	ANÁLISIS	RESULTADO
<p>Pregunta: 13 ¿Le gusta su trabajo?</p> <p>Pregunta: 14 ¿Que le produce más satisfacción en su trabajo</p>	<p>La respuesta a la pregunta 13 en general fue SI Sobre la pregunta 14 se respondió lo siguiente “...atención a la comunidad”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.) “Participo en la comunidad” (Medico – F.C.) personas atendidas se sientan conformes ” (Medico –) “Ayudar en todo lo que se pueda. (Aux. de Enfermería – P.Ch.) contacto es directo con la gente (Aux. de Enfermería – P.Ch.) “Llegar a la población a lugares alejados ”: (Aux. de Enfermería – V.A.) llegar a la comunidad, y satisfacer la necesidad básica, ...” (Aux. de Enfermería – V.A.) ayudar a todas las personas que necesitan .(Auxiliar de Enfermería – R.M.)</p>	<p>Los entrevistados en su mayoría respondieron que si les gusta su trabajo, el momento de preguntarles, que les produce mayor satisfacción en su trabajo, refirieron aspectos de proyección a la comunidad, en alguna respuesta se incluye la satisfacción del paciente, se entiende con estas respuestas que la atención en los servicios rurales es sobre todo dirigido a la comunidad, buscando su satisfacción y su bien estar.</p>	<p>El personal de salud entrevistado refiere que si le gusta su trabajo, y lo que produce mayor satisfacción es la proyección a la comunidad, dentro los obstáculos encontrados están, la falta de apoyo del Gobierno Municipal, las iglesias cristianas, la falta de apoyo de autoridades en salud. Los principales problemas de salud identificados esta, la falta de orientación en salud de la población y la falta de servicios básicos para la población del Municipio. Se identifica la necesidad de capacitación en temas clínicos, no identificando la necesidad de capacitación adicional en temas de interculturalidad.</p>
<p>Pregunta: 15 ¿Que obstáculos o problemas confronta en su trabajo?</p>	<p>“Con las iglesias,.... las religiones que mas se oponen son los cristianos” (Auxiliar de Enfermería – S.P.) “Falta de insumos y medicamentos” (Medico – F.C.) no hay una buena coordinación, con el personal de la alcaldía.....” (Aux. de Enfermería – P.Ch.) “Falta de apoyo ... de los jefes”. (Aux. de Enfermería – V.A.) las comunidades....., no son tan accesibles, . (Auxiliar de Enfermería – R.M.).</p>	<p>Son varios los obstáculos que hacen referencia los entrevistados, entre los más reiterativos están, la falta de apoyo del gobierno municipal y que asuma su papel como responsable de la salud del municipio. Ya que en esta ultima gestión, se dejo de lado el tema de salud por parte del gobierno municipal, no cumpliendo este con los desembolsos de los recursos SUMI de la gestión 2005, menos aun de la gestión 2006, manejando el tema de salud a su criterio, sin consultar ni coordinar con las autoridades en salud correspondientes, queriendo imponer un sistema de salud muy a su criterio. A raíz de la falta de desembolso de los recursos SUMI los servicios de salud llegaron a casi un el total desabastecimiento de insumos y medicamentos, en la actualidad asumen un sistema de desembolso en medicamentos, el cual no es el mas apropiado de acuerdo a este análisis personal, ya que no tenemos conocimiento con que recursos se esta comprando estos medicamentos (FOPO's</p>	<p>Refieren que se mejoraría su trabajo con el apoyo del Gobierno Municipal, con el apoyo de las autoridades en salud a nivel municipal y de red .También se toma en cuenta la capacitación en diferentes temas de salud y en una entrevista refiere necesaria la capacitación en medicina tradicional y cosmovisión andina. Sobre la percepción de la comunidad de los servicios de salud, desde el punto de vista del personal</p>

		<p>facturados o remanentes), no conociendo hasta la fecha los remanentes correspondientes a salud de la gestión 2005, de los cuales los servicios no están utilizando para su fortalecimiento, realmente es un panorama lamentable en el que no hay vista pronta de solución.</p> <p>Otro de los obstáculos son, las iglesias cristianas, las cuales de acuerdo a su doctrina muchas veces contradicen nuestras actividades en salud, estas iglesias han proliferado por todo el Municipio, convirtiéndose en mas de una oportunidad en un obstáculo en nuestra actividad diaria en salud.</p> <p>También se incluye la falta de apoyo de las autoridades en salud tanto municipales ,de Red y departamentales ,sobre la incorporación de motivaciones e inquietudes del personal para mejorar la atención en salud.</p>	<p>entrevistado, refieren que existe desconfianza por la falta medicamentos, por el no desembolso de recursos en salud de la alcaldía municipal y por la actitud del personal medico frente a los pacientes.</p>
<p>Pregunta: 17 ¿A su juicio, cuales son las principales necesidades y problemas de la comunidad con relación a salud?</p>	<p><i>dar bastante educación a la comunidad en relación a salud” . (Auxiliar de Enfermería – S.P.)</i> <i>,falta de saneamiento básico, ... no tiene agua potable, ... hacinamiento ... poco interés hacia sus problemas de salud (Medico – F.C.)</i> <i>“Falta de orientación” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)</i> <i>“ falta de orientación y comunicación con la población ”(Aux. de Enfermería – V.A.)</i> <i>servicios básicos y el puesto de salud carece de espacio , (Auxiliar de Enfermería – R.M.)</i></p>	<p>Dentro de la principales necesidades de la comunidad en salud, se encuentra la falta de orientación en salud , ya que se considera que la comunidad no esta orientada, por no conocer o aceptar el sistema de salud occidental que en la actualidad se practica en los servicios de salud , si invertimos la actitud actual del personal, de querer hacer conocer nuestra forma de atención y nos ponemos a escuchar cual el modo de atención que la comunidad requiere de acuerdo a sus conocimientos, creencias , practicas y llegamos a un dialogo de interculturalidad en salud, realmente avanzaríamos enormemente, en llegar a una accesibilidad mutua tanto del paciente como del personal de salud.</p> <p>Posteriormente se identifica la carencia de servicios básicos , siendo este un problema estructural, que esta en manos de las autoridades municipales el cambiar esta realidad, ya que este si es un problema de salud , a causa de la falta de servicios básicos se podemos hacer para cambiar este problema, como personal de salud poco orientar a la comunidad para que se priorice en su POA proyectos para contar con servicios básicos y realicen un seguimiento de sus recursos para su cumplimiento.</p>	
<p>Pregunta: 18 ¿Piensa usted que necesita capacitación adicional o refrescamiento en el campo de la salud?</p>	<p><i>AIEPI, en si en varios temas. (Auxiliar de Enfermería – S.P.)</i> <i>Area clinica, agrupa todo” (Medico – F.C.)</i> <i>manejo de los medicamentos” (Aux. de Enfermería – P.Ch.)</i> <i>“En métodos para poder enseñar..... ”. (Aux. de Enfermería – V.A.)</i> <i>En pediatría, atención a la mujer. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)</i></p>	<p>Los entrevistados priorizan en la capacitación adicional solo en temas clínicos, no identificando como necesidad el conocer temas que están dentro de la interculturalidad , no lo encuentran como necesidad , ya que esta pregunta se lo realizo al principio de la entrevista.</p>	

<p>Pregunta: 20 ¿Como podría mejorar su trabajo? ¿Cuáles cambios sugiere?</p>	<p>visitas a comunidades mas alejadas, ” (Auxiliar de Enfermería – S.P.) “Mas compromiso por parte de la alcaldía en el campo de la salud ”(Medico – F.C.) infraestructura, tendría que ampliarse actualización de algunos temas, ” (Aux. de Enfermería – P.Ch.) “ apoyo de los directivos, tanto de gerencia y de otras instituciones educación prevención en temas de salud ”: “lo que es la medicina tradicional y lo que es la cosmovisión andina”. (Aux. de Enfermería – V.A.) “Ayuda del gobierno municipal (Auxiliar de Enfermería – R.M.)</p>	<p>En la mayoría de las respuestas plantean que se mejoraría su trabajo si la alcaldía municipal asumiera como prioridad el tema de la salud, ya que si la alcaldía no asume su rol en lo que respecta a salud, tanto en lo funcional como en lo estructural, el personal de salud queda limitado en muchos de sus servicios. Otro cambio para mejorar su trabajo esta el apoyo de la autoridades en salud, sobre diferentes actividades que el personal quiera realizar . También se plantea, que se mejoraría el trabajo con la actualización en temas de salud, y en una de las respuestas se plantea la capacitación en medicina tradicional y cosmovisión andina, para mejorar la atención a los pacientes, lo cual es rescatable, se debe incentivar este tipo de actitudes, que están abiertas al cambio del actual modo de atención.</p>	
<p>Pregunta: 21 Que piensa la gente de la comunidad sobre los servicios de salud?</p>	<p>están contentos, tenemos que ir a otras comunidades,... y a veces el centro se encuentra vacío y mas que todo por eso hay quejas”. (Auxiliar de Enfermería – S.P.) últimamente confían en nosotros, . (Auxiliar de Enfermería – S.P.) , se quejan de que no existe medicamentos y alguna vez dicen que el personal no se encuentra pero siempre estamos aquí ” (Medico – F.C.) , con la presencia del medico , allá la gente sale mas confundida ,uno, por que no asiste ella regularmente y a veces la gente esta desconforme.... por que piensa que no hay personal de salud en allá, .”(Aux. de Enfermería – P.Ch.) “No tienen confianza por la atención regular que brinda y aparte .también por la empatía que no existe entre el personal de salud y la comunidad, no hay esa comunicación”. (Aux. de Enfermería – V.A.) ,..... Ay momentos en que ellos piden y sus pedidos no se cumplen y se cansan....., es por eso que ya se olvidan, por eso hay mucha dejadez, desinterés de las comunidades,..... han reclamado y no se les ha hecho caso”. (Auxiliar de Enfermería – R.M.)</p>	<p>El personal de salud entrevistado reconoce que existe una falta de confianza de la población hacia los servicios de salud, ya sea por la falta de medicamentos, por el no desembolso de recursos de la alcaldía o por la actitud del personal medico frente a los pacientes, lo ultimo esta en nosotros el cambiar, consintiendo al personal medico y en general a todo el personal, sobre el tipo de atención que la población requiere.</p>	
<p>Pregunta: 16 ¿Como se lleva con los otros miembros del personal?</p>	<p>En general la respuesta fue que bien.</p>	<p>Los entrevistados no presenta problemas en la forma de cómo se llevan con el resto del personal.</p>	



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICION, ENFERMERIA Y
TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POST - GRADO**



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

***“INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE INTERCULTURAL,
EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL
MUNICIPIO DE PALCA DURANTE LA GESTIÓN 2007”***

Dr. Victor Miguel Estrada Zacarias

LA PAZ – BOLIVIA

2006

INDICE

	Pagina
I.- ANTECEDENTES.....	1
II.- JUSTIFICACIÓN.....	2
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
IV.- OBJETIVOS DEL PROYECTO.....	3
V.- RESULTADOS ESPERADOS.....	4
VI.- ANEXOS.....	8
6.1 EVALUACIÓN.....	8
6.2 CRONOGRAMA.....	13
6.3 ARBOL DE PROBLEMAS Y SOLUCIONES.....	17

I. ANTECEDENTES.-

En nuestro medio la relación médico paciente es el punto básico y el punto de partida, para cualquier sistema o modelo de atención en salud. Es la estructura fundamental sobre la que se edifica un diagnóstico y un plan terapéutico, que llevará finalmente a la solución del problema de salud del paciente.

El Municipio de Palca cuenta con una población totalmente rural con practicas , usos y costumbres propias que varían de un lugar geográfico a otro , el proyecto de Caritas trabajo en las gestiones 2003, 2004 y 2005 con actividades concretas sobre interculturalidad y adecuación cultural , realizando cursos y talleres. (Pastoral Social Caritas La Paz. Abracece R. Informe Trienal Programa de Reforzamiento en la Atención de Salud Fastenopfer Cantones de Cohoni y Chanca. La Paz. 2005.)

Una vez realizada la etapa de investigación acerca de los factores que condicionan la incorporación parcial del enfoque intercultural en el personal de salud, ya que en la adecuación física de los servicios no se cumple, en la atención del parto solo se aplica en el parto domiciliario, y muy pocas veces al parto institucional, en cuanto al uso de plantas medicinales se limita a la consejería, hay un reconocimiento relativo de algunos aspectos que están dentro de la cosmovisión andina. Identificándose como obstáculos la actitud del personal medico y la falta de incorporación de normas para una atención intercultural en salud, falta de apoyo del Gobierno Municipal y de las autoridades en salud, Municipales, de Red y Departamentales, y en pocas ocasiones se identifica a los usuarios como un obstáculo para la incorporación de este enfoque, y tampoco se los reconoce como los principales beneficiarios, de la incorporación de un enfoque intercultural, ya que se toma como principal beneficiario, la producción del servicio en coberturas numéricas .

El Municipio de Palca cuenta con una población totalmente rural con practicas , usos y costumbres propias que varían de un lugar geográfico a otro , el proyecto de Caritas trabajo

en las gestiones 2003, 2004 y 2005 con actividades concretas sobre interculturalidad y adecuación cultural , realizando cursos y talleres.

Encontrar los factores que hacen que no incorpore el enfoque intercultural en la atención del personal de salud a la población, fue prioritario, para que se encuentre la forma de intervención apropiada, tomando las experiencia adquiridas por el proyecto Caritas para una incorporación real de la interculturalidad en los Servicios de Salud del Municipio de Palca

II. JUSTIFICACIÓN.-

En el diagnostico situacional realizado se encontró que existe una concepción con relativa orientación hacia el concepto de interculturalidad y adecuación cultural en salud, considerando importante la incorporación del enfoque de Interculturalidad y adecuación cultural de la atención en salud, pero como estrategia par cumplir con coberturas.

El conocimiento de la interculturalidad en salud , es regular en relación a la capacitación recibida, donde no se reconocen la interculturalidad como tema de salud , testimonios refieren un conocimiento del tema de manera personal y por experiencias en sus servicios de salud, pero no bajo el denominativo de interculturalidad,

El personal medico presenta resistencia a la incorporación practica de la interculturalidad en forma integral y el personal auxiliar de enfermería presenta predisposición a la incorporación del enfoque intercultural.

Los obstáculos identificados para la incorporación del enfoque intercultural identificados son el personal medico (poca predisposición), falta de una normativa de los niveles de autoridad en salud, falta de apoyo por parte de la Alcaldía Municipal, de los niveles de autoridad en salud local, de Red y Departamental.

Se reconoce la necesidad de una mayor capacitación en interculturalidad sobre todo tomando el tema de herbolaria y trato medico paciente.

Ante lo citado se propone ,rescatar y poner en practica la interculturalidad porque supone mutuo respeto , aceptar las diferencias para establecer un dialogo de la practica de la medicina entre iguales , encontrar puntos de convergencia para que se pueda lograr un compromiso de movilización y participación de las poblaciones beneficiarias con el servicio de salud , por

medio del respeto a cada cultura la cual genera sus capacidades y recursos para resolver los problemas de salud desde su propia perspectiva y su concepción .Por ultimo , al mismo tiempo de respetar los principios sociales , económicos y culturales en el que se desarrolla la cosmovisión y la cultura aymará , la medicina occidental debe asumir en la practica elementos de la etnomedicina y la etnopsicologia , para el diagnostico , la terapia y medicación, con el que se lograría mejorar la participación de la población , como también el aporte que debe dar desde su óptica para hacer mas eficiente y eficaz el servicio de salud . Todo con la participación del personal de la Red Municipal de Salud, la Red social, Gobierno Municipal y los diferentes niveles de autoridades en salud.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-

Ausencia de la incorporación del enfoque intercultural, en la atención de los servicios, cuyo personal recibió capacitación continúa en esta temática, durante las gestiones 2003, 2004 y 2005, por parte del Proyecto Caritas La Paz.

IV. OBJETIVOS DEL PROYECTO.-

Objetivo general de intervención

Incorporar la atención medica con enfoque intercultural en los Servicios de Salud del Municipio de Palca.

Objetivo especifico 1

Implementar un proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural apropiado en los prestadores de salud.

Objetivo específico 2

Desarrollar cursos de capacitación continua para actuar en salud equilibradamente entre los conocimientos, creencias y prácticas diferentes.

Objetivo específico 3

Incorporar el tema de articulación de la medicina tradicional a la medicina académica en la atención en salud.

Objetivo específico 4

Incorporar sesiones regulares sobre, atención interpersonal e intercultural con trato digno, sin importar la condición social, étnica o generacional.

V. RESULTADOS ESPERADOS

Resultado general de intervención

Se ha logrado incorporar la atención médica con enfoque intercultural en los Servicios de Salud del Municipio de Palca.

Resultado esperado 1

Se ha conseguido implementar un proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural apropiado en los prestadores de salud.

ACTIVIDADES

- a.- Se ha recopilado información, sobre ausencia de la incorporación del enfoque intercultural, en la atención de los servicios, cuyo personal recibió capacitación continúa en esta temática, durante las gestiones 2003, 2004 y 2005, por parte del Proyecto Caritas La Paz.
- b.- Se ha revisado y analizado la información recopilada por un equipo conformado por el Alcalde Municipal de Palca, Comité de vigilancia, Presidente del Consejo Municipal de Palca, Representante Ejecutivo del SEDES a los DILOS de la Red No 6, Responsable Municipal de Salud Palca, Representantes de los Servicios de Salud del Municipio, Parteras y Médicos Tradicionales del Municipio.
- c.- Se ha elaborado un plan estratégico final en forma participativa por el equipo multisectorial para implementar un proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural
- d.- Se ha presentado y aprobado la propuesta por el DILOS del Municipio de Palca, para su financiamiento..
- e.- Se ha implementado un proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural apropiado en los prestadores de salud.
- f.- Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente al proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural apropiado en los prestadores de salud.

Resultado esperado 2

Se ha logrado desarrollar cursos de capacitación continua para actuar en salud equilibradamente entre los conocimientos, creencias y prácticas diferentes.

ACTIVIDADES

- a.- Se ha conformado un espacio para los cursos y talleres de capacitación continua en salud intercultural con participación de la Red Social, Red de Municipal de Salud, APS (Agentes Pastorales de Salud), Médicos Tradicionales, Parteras y Gobierno Municipal.

- b.- Se ha consensuado temas a tratar en el ámbito intercultural de creencias y practicas diferentes.
- c.- Se ha elaborado un cronograma con responsables y facilitadotes de los temas a tratar.
- d.- Se ha gestionado con el Ejecutivo Municipal el financiamiento para el desarrollo de los cursos y talleres propuestos en el Municipio de Palca.
- e.- Se ha implementado los cursos y talleres de capacitación continua propuestos.
- f.- Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a los cursos y talleres de capacitación continua por parte del equipo multisectorial.

Resultado esperado 3

Se la logrado incorporar el tema de la articulación de la medicina tradicional a la medicina académica en la atención en salud.

ACTIVIDADES

- a.- Se ha organizado una reunión para ver la situación de la medicina tradicional en el Municipio de Palca desde la óptica de las Parteras, Médicos Tradicionales, APS e invitando a SOBOMETRA.
- b.- Se ha recopilado información, sobre prácticas de la medicina tradicional en el Municipio de Palca.
- c.- Se ha revisado y analizado la información recopilada entre Parteras, Médicos Tradicionales, APS, Autoridades Municipales y Personal de Salud del Municipio.
- d.- Se ha elaborado una propuesta que logre revalorizar las prácticas de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica.
- e.- Se ha presentado la propuesta de articulación de la medicina tradicional a la medicina académica en la atención en salud en el ámbito municipal.
- f.- Se ha implementado la articulación de la medicina tradicional a la medicina académica en la atención en salud.
- g.- Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.

Resultado esperado 4

Se ha conseguido incorporar sesiones regulares sobre, atención interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional.

ACTIVIDADES

a.- Se ha recopilado información de los usuarios de los Servicios de Salud del Municipio sobre la atención interpersonal e intercultural, con trato digno, sin importar la condición social, étnica o generacional del Personal de Salud.

b.- Se ha revisado y analizado la información recopilada por un equipo conformado por el Alcalde Municipal de Palca, Comité de vigilancia, Presidente del Consejo Municipal de Palca, Representante Ejecutivo del SEDES a los DILOS de la Red No 6, Responsable Municipal de Salud Palca, Representantes de los Servicios de Salud del Municipio.

c.- Se ha elaborado una propuesta de sesiones regulares para el personal de salud, para lograr una atención interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional.

d.- Se ha presentado y aprobado la propuesta por el DILOS del Municipio de Palca, para su financiamiento.

e.- Se ha implementado sesiones regulares sobre, atención interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional.

f.- Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.

VI. ANEXOS

6.1 EVALUACION

Implementar un proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural apropiado en los prestadores de salud.

TAREAS	Actividades Programadas
a.- Se ha recopilado información, sobre ausencia de la incorporación del enfoque intercultural, en la atención de los servicios, cuyo personal recibió capacitación continua en esta temática, durante las gestiones 2003, 2004 y 2005, por parte del Proyecto Caritas La Paz.	1 evaluación diagnóstica
b.- Se ha revisado y analizado la información recopilada por un equipo conformado por el Alcalde Municipal de Palca, Comité de vigilancia, Presidente del Consejo Municipal de Palca, Representante Ejecutivo del SEDES a los DILOS de la Red No 6, Responsable Municipal de Salud Palca, Representantes de los Servicios de Salud del Municipio, Parteras y Médicos Tradicionales del Municipio.	1 reunión interinstitucional e intersectorial.
c.- Se ha elaborado un plan estratégico final en forma participativa por el equipo multisectorial para implementar un proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural	1 plan estratégico
d.- Se ha presentado y aprobado la propuesta por el DILOS del Municipio de Palca, para su financiamiento.	1 propuesta presupuestaria presentada al DILOS
e.- Se ha implementado la propuesta del proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural apropiado en los prestadores de salud.	Capacitación de todo el personal de los 8 servicios de salud del Municipio
f.- Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta implementar un proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural apropiado en los prestadores de salud.	Seguimiento y evaluación de la incorporación de la interculturalidad del personal de salud capacitado cada mes en total 4.

Desarrollar cursos de capacitación continua para actuar en salud equilibradamente entre los conocimientos creencias y prácticas diferentes.

TAREAS	Actividades Programadas
a.- Se ha conformado un espacio para los cursos y talleres de capacitación continua en salud intercultural con participación de la Red Social, Red de Municipal de Salud, APS (Agentes Pastorales de Salud), Médicos Tradicionales, parteras y Gobierno Municipal.	1 reunión de coordinación interinstitucional e intersectorial para confirmar el espacio para los cursos y talleres de capacitación.
b.- Se ha consensuado temas a tratar en el ámbito intercultural de creencias y practicas diferentes.	1 reunión de coordinación interinstitucional e intersectorial para determinar los temas para los cursos y talleres de capacitación.
c.- Se ha elaborado un cronograma con responsables y facilitadotes de los temas a tratar.	1 reunión de coordinación interinstitucional e intersectorial para confirmar fechas y tareas para los cursos y talleres de capacitación.
d.- Se ha gestionado con el Ejecutivo Municipal el financiamiento para el desarrollo de los cursos y talleres propuestos en el Municipio de Palca.	1 resolución del DILOS aprobando el financiamiento de los cursos y talleres.
e.- Se ha implementado los cursos y talleres de capacitación continua propuestos.	Cursos y talleres 3 veces al mes durante 5 meses con todo el personal de salud de Municipio de palca
f.- Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a los cursos y talleres de capacitación continua por parte del equipo multisectorial.	1 Seguimiento y evaluación de los cursos y talleres por mes, durante los 5 meses de proceso.

Incorporar el tema de la articulación de la medicina tradicional a la medicina académica en la atención en salud.

TAREAS	Actividades Programadas
a.- Se ha organizado una reunión para ver la situación de la medicina tradicional en el Municipio de Palca desde la óptica de las Parteras, Médicos Tradicionales, APS e invitando a SOBOMETRA.	1 reunión con Parteras, Médicos Tradicionales, APS e invitando a SOBOMETRA.
b.- Se ha recopilado información, sobre prácticas de la medicina tradicional en el Municipio de Palca.	1 trabajo de investigación sobre la medicina tradicional en el Municipio de Palca.
c.- Se ha revisado y analizado la información recopilada entre Parteras, Médicos Tradicionales, APS, Autoridades Municipales y Personal de Salud del Municipio.	1 reunión para la socialización del trabajo de investigación sobre la medicina tradicional en el Municipio de Palca.
d.- Se ha elaborado una propuesta que logre revalorizar las prácticas de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica.	Taller para la elaboración de 1 propuesta de intervención para revalorizar la práctica de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica.
e.- Se ha presentado la propuesta de articulación de la medicina tradicional a la medicina académica en la atención en salud en el ámbito municipal.	1 propuesta de intervención para revalorizar la práctica de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica. 1 resolución DILOS para su financiamiento.
f.- Se ha implementado la propuesta de articulación de la medicina tradicional a la medicina académica en la atención en salud.	Implementación de la articulación de la medicina tradicional a la medicina

	académica en la atención en salud de los 8 servicios de salud del Municipio.
g.- Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.	1 seguimiento y evaluación cada mes durante los 5 meses del proceso.

Incorporar sesiones regulares sobre, atención interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional.

TAREAS	Actividades Programadas
a.- Se ha recopilado información de los usuarios de los Servicios de Salud del Municipio sobre la atención interpersonal e intercultural, con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional del Personal de Salud.	1 trabajo de investigación sobre calidad de atención y trato digno en los 8 servicios de salud del Municipio de Palca.
b.- Se ha revisado y analizado la información recopilada por un equipo conformado por el Alcalde Municipal de Palca, Comité de vigilancia, Presidente del Consejo Municipal de Palca, Representante Ejecutivo del SEDES a los DILOS de la Red No 6, Responsable Municipal de Salud Palca, Representantes de los Servicios de Salud del Municipio.	1 reunión para la socialización del trabajo de investigación sobre la calidad de atención y trato digno en los 8 servicios de salud del Municipio de Palca.
c.- Se ha elaborado una propuesta de sesiones regulares para el personal de salud, para lograr una atención interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional.	Taller para la elaboración de 1 propuesta de intervención para una atención interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional.
d.- Se ha presentado y aprobado la propuesta por el DILOS del Municipio de Palca, para su financiamiento.	1 propuesta de intervención para una atención

	<p>interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional.</p> <p>1 resolución DILOS para su financiamiento.</p>
<p>e.- Se ha implementado la propuesta de sesiones regulares sobre, atención interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional.</p>	<p>Implementación de 1 sesiones cada mes sobre, atención interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional, durante los 5 meses de proceso.</p>
<p>f.- Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.</p>	<p>1 seguimiento y evaluación cada mes durante los 5 meses del proceso.</p>

6.2 CRONOGRAMA

Implementar un proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural apropiado en los prestadores de salud.

Actividad		2007																										
		Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio						
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
a.- Se ha recopilado información, sobre ausencia de la incorporación del enfoque intercultural, en la atención de los servicios, cuyo personal recibió capacitación continúa en esta temática, durante las gestiones 2003, 2004 y 2005, por parte del Proyecto Caritas La Paz.	X																											
b.- Se ha revisado y analizado la información recopilada por un equipo conformado por el Alcalde Municipal de Palca, Comité de vigilancia, Presidente del Consejo Municipal de Palca, Representante Ejecutivo del SEDES a los DILOS de la Red No 6, Responsable Municipal de Salud Palca, Representantes de los Servicios de Salud del Municipio, Parteras y Médicos Tradicionales del Municipio.		X																										
c.- Se ha elaborado un plan estratégico final en forma participativa por el equipo multisectorial para implementar un proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural			X						X																			
d.- Se ha presentado y aprobado la propuesta por el DILOS del Municipio de Palca, para su financiamiento.									X	X																		
e.- Se ha implementado la propuesta de un proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural apropiado en los prestadores de salud.										X									X								X	
f.- Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta implementar un proyecto de capacitación continua para incorporar un enfoque intercultural apropiado en los prestadores de salud.																				X							X	

Desarrollar cursos de capacitación continua para actuar en salud equilibradamente entre los conocimientos creencias y prácticas diferentes.

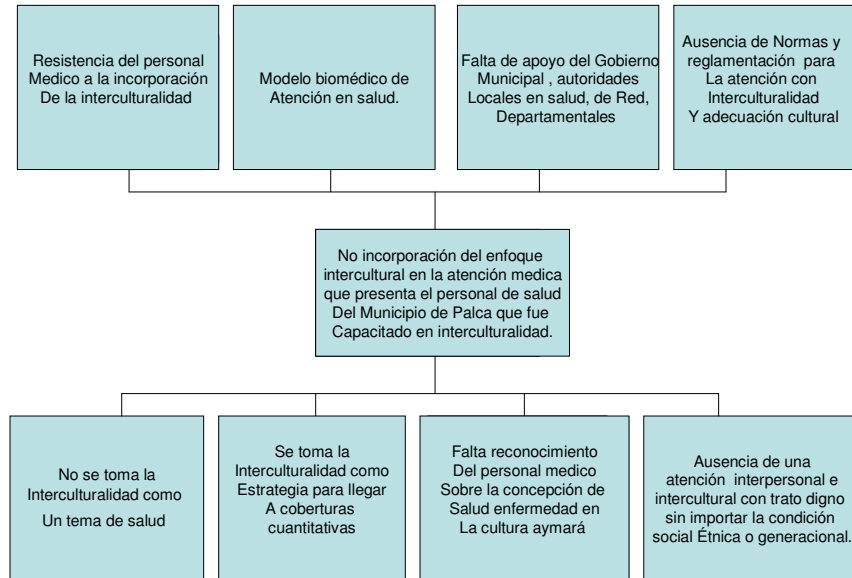
Actividad		2007																											
		Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
a.- Se ha conformado un espacio para los cursos y talleres de capacitación continua en salud intercultural con participación de la Red Social, Red de Municipal de Salud, APS (Agentes Pastorales de Salud), Médicos Tradicionales, parteras y Gobierno Municipal.						X																							
b.- Se ha consensuado temas a tratar en el ámbito intercultural de creencias y practicas diferentes.						X																							
c.- Se ha elaborado un cronograma con responsables y facilitadores de los temas a tratar.						X																							
d.- Se ha gestionado con el Ejecutivo Municipal el financiamiento para el desarrollo de los cursos y talleres propuestos en el Municipio de Palca.						X	X																						
e.- Se ha implementado los cursos y talleres de capacitación continua propuestos.												X								X								X	
f.- Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a los cursos y talleres de capacitación continua por parte del equipo multisectorial.																X				X								X	

Incorporar sesiones regulares sobre, atención interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional.

Actividad		2007																										
		Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio						
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
a.- Se ha recopilado información de los usuarios de los Servicios de Salud del Municipio sobre la atención interpersonal e intercultural, con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional del Personal de Salud.	X		X																									
b.- Se ha revisado y analizado la información recopilada por un equipo conformado por el Alcalde Municipal de Palca, Comité de vigilancia, Presidente del Consejo Municipal de Palca, Representante Ejecutivo del SEDES a los DILOS de la Red No 6, Responsable Municipal de Salud Palca, Representantes de los Servicios de Salud del Municipio.			X																									
c.- Se ha elaborado una propuesta de sesiones regulares para el personal de salud, para lograr una atención interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional.			X																									
d.- Se ha presentado y aprobado la propuesta por el DILOS del Municipio de Palca, para su financiamiento.			X	X																								
e.- Se ha implementado la propuesta de sesiones regulares sobre, atención interpersonal e intercultural con trato digno sin importar la condición social, étnica o generacional.					X						X				X								X				X	
f.- Se ha realizado el seguimiento y evaluación correspondiente a la propuesta.								X				X								X							X	

6.3 ARBOL DE PROBLEMAS Y SOLUCIONES

ÁRBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE SOLUCIONES

