

*Proyecto financiado por:*



*Proyecto ejecutado por:*



**PROYECTO “UN MODELO INTEGRAL E INCLUYENTE BAJO UN CONCEPTO DE  
DERECHO A LA SALUD”**

**DCI-NSA/2011/240-166**

# **ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE BOLIVIA**

## CONTENIDO

ANTECEDENTES .....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
SITUACIÓN GENERAL Y PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD .....	7
ANÁLISIS SOCIOCULTURAL DE LA SALUD EN BOLIVIA.....	8
CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL .....	8
EL ROL DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA SALUD.....	11
CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO SOCIOCULTURAL DE LAS ENFERMEDADES/SABERES POPULARES/TRADICIONALES .....	13
CONCLUSIONES Y REFLEXIONES PARA EL ANÁLISIS EPIDEMIOLOGICO SOCIOCULTURAL .....	22
ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ .....	23
CONTEXTO GENERAL.....	23
SITUACIÓN GEOGRÁFICA .....	23
SERVICIOS BÁSICOS .....	23
PROGRAMAS DEL SERVICIO DE SALUD .....	26
ANÁLISIS DEMOGRÁFICO .....	27
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD .....	31
PERFIL DE MORBILIDAD.....	31
PERFIL DE MORTALIDAD .....	31
SALUD INFANTIL .....	32
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL.....	32
SALUD MATERNA .....	34

SALUD SEXUAL.....	38
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES .....	39
ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIOCULTURAL DE CURVA Y CHARAZANI.....	44
METODOLOGÍA.....	44
SITUACIÓN GEOGRÁFICA .....	44
CHARAZANI.....	45
CURVA .....	46
SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA.....	46
ECONOMÍA .....	46
POBREZA Y DESARROLLO HUMANO .....	46
SERVICIOS BÁSICOS .....	47
COMUNICACIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD .....	48
SITUACIÓN DEMOGRÁFICA .....	48
SITUACIÓN DE SALUD.....	50
SALUD MATERNA E INFANTIL.....	50
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES .....	52
APROXIMACIÓN AL PERFIL DE MORBILIDAD SOCIOCULTURAL .....	55
MEDIDAS DE AUTO-ATENCIÓN .....	62
ANÁLISIS Y CONCLUSIONES.....	64
Bibliografía .....	65

## ANTECEDENTES

Medicus Mundi Navarra, a través de sus socios locales, inició en abril de este año la implementación del proyecto “Un modelo integral e incluyente bajo un concepto de derecho a la Salud” (proyecto MULTIPAÍS). El **objetivo general** del proyecto es contribuir al desarrollo de políticas sanitarias nacionales, regionales e internacionales que garanticen el derecho a la salud a partir de la aplicación de modelos integrales e incluyentes de atención y gestión en salud en Bolivia, Guatemala y Perú. El **objetivo específico** es generar condiciones para la mejora e implementación, a partir de experiencias validadas, de modelos de salud integrales e incluyentes, que tengan una especial incidencia en la población pobre y marginada, en su mayoría rural e indígena, de Bolivia, Guatemala y Perú.

Frente a intervenciones focalizadas en la población materno infantil, paquetes básicos, programas verticales específicos o componentes aislados del sistema, promovidas en muchos casos por los organismos de cooperación, el proyecto MULTIPAÍS pretende alcanzar modelos más integrales, con una concepción multidimensional de la salud (individual pero también familiar y comunitaria), centrada no sólo en el daño sino también en los riesgos para la salud (factores condicionantes). Por otro lado, los actuales sistemas tradicionalmente marginaron a colectivos mayoritarios en estos países, sobre todo a la población pobre, rural e indígena. El modelo de salud que busca el proyecto tendrá en cuenta estas diferencias para hacer efectivo el derecho a la salud a toda la población, sin exclusión alguna por razón de sexo, edad, raza, condición económica o situación geográfica.

En la primera etapa del proyecto, se realizará la sistematización de las experiencias desarrolladas en los tres países, en proyectos y programas también de carácter incluyente e integral. Asimismo, se analizarán las condiciones legales y operativas actuales de los modelos de salud de cada país; se recogerán las demandas de población usualmente marginada, y se realizará un análisis epidemiológico nacional. En una segunda etapa, y en base a los resultados de la etapa anterior, los equipos nacionales de Bolivia, Guatemala y Perú elaborarán un Documento Técnico Nacional (DTN) para el Modelo Integral e Incluyente de Gestión y Atención en Salud (MIIGAS), que será implementado en zonas de pilotaje. En la etapa final, se desarrollará un Documento Técnico Latinoamericano (DTL) para el MIIGAS, que se difundirá en la región. El análisis epidemiológico que se desarrolla a continuación corresponde a la primera etapa del proyecto.

## INTRODUCCIÓN

Desarrollamos un análisis epidemiológico y un análisis sociocultural de la salud en Bolivia. A diferencia de los análisis en salud convencionales, este trabajo no sólo parte de los modelos biomédicos habituales sino también toma en cuenta modelos alternativos, como la auto-atención y el sistema de medicina tradicional. Las principales conclusiones servirán de insumo para la elaboración del DTN de Bolivia para el proyecto MULTIPAÍS.

Los análisis fueron realizados en 3 niveles: nacional, departamental y local. El análisis sociocultural tiene alcance nacional y local, mientras que el análisis epidemiológico tiene alcance departamental y local. La Paz es el departamento en el que se realiza el análisis, y a nivel local, los municipios estudiados son Curva y Charazani de la Provincia Bautista Saavedra, que pertenece a este departamento. Escogimos estos lugares debido a que serán parte de las zonas de pilotaje en la segunda fase del proyecto MULTIPAÍS.

Si bien la intención de estos análisis es realizar una descripción más completa del estado de salud de la población boliviana, las limitaciones en información sobre algunos temas impidieron que se alcanzara plenamente este objetivo. En el ámbito epidemiológico, no tenemos información sobre: estadísticas de salud de los hombres en edad de trabajar, salud mental, salud ocupacional, enfermedades no reproductivas de las mujeres en edad fértil, entre otras. Si bien esta información es recabada a nivel local, no está sistematizada a nivel nacional. En el ámbito sociocultural, sólo poseemos estudios de caso para algunos conjuntos sociales e información sistematizada de enfermedades y tratamientos de culturas andinas, pero no ocurre lo mismo con culturas de llanos. En ninguno de los casos existe información cuantitativa disponible. A nivel local, intentamos cubrir estas deficiencias haciendo uso de información cualitativa de enfermedades biomédicas y culturales por sexo y grupo etario, obtenidas mediante talleres de Diagnóstico Rural Participativo.

El documento está dividido en 4 grandes partes que desarrollamos en el siguiente orden: la situación general y problemas específicos de salud a nivel nacional, el análisis sociocultural de la salud en Bolivia, el análisis epidemiológico del departamento de La Paz, y el análisis epidemiológico y sociocultural de la salud de Curva y Charazani.

El análisis sociocultural, en una primera instancia habla de las consideraciones teóricas epidemiológicas socioculturales de la salud/enfermedad/atención, haciendo un análisis

sociocultural de la salud y causas sociales, económicas y culturales que presentamos en el documento. En segunda instancia, señala la importancia de la medicina tradicional con las normativas del actual régimen de salud. Finalmente, ingresa a las clasificaciones y tratamiento socioculturales de los saberes populares y la medicina tradicional. Nos referiremos a algunas enfermedades tradicionales y populares de Bolivia dando una breve explicación de éstas.

Por su parte, el análisis epidemiológico es para el periodo 2005-2010. Parte señalando las características geográficas generales del departamento; describiendo la situación de los servicios básicos como parte de la situación socioeconómica, y enumerando los principales programas nacionales de salud. A continuación, muestra las tendencias demográficas más importantes, para luego realizar el análisis de la situación de salud. Dentro de este último está el perfil de morbilidad y mortalidad, la situación de salud de grupos priorizados en los programas nacionales (madres, mujeres en edad fértil y menores de 5 años) y la evolución de las principales enfermedades transmisibles.

Finalmente, el análisis epidemiológico y sociocultural de la salud en Curva y Charazani parte realizando una caracterización geográfica y socioeconómica. Luego muestra la evolución de los principales indicadores demográficos y epidemiológicos. A continuación, describe el perfil de morbilidad local y las medidas de auto-atención locales, a partir de relevamiento de información cualitativa y utilizando el Módulo Básico de Información. En la última parte, analiza la situación de salud a partir de un contraste entre los indicadores biomédicos y el perfil de morbilidad local.

## SITUACIÓN GENERAL Y PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD

Bolivia está situada en la parte central de Sudamérica; posee regiones tropicales, subtropicales y templadas. Administrativamente, el país está dividido en 9 departamentos, 112 provincias y 316 municipios. Los Departamentos son La Paz (sede de gobierno), Cochabamba, Beni, Santa Cruz, Pando, Chuquisaca, Oruro, Tarija y Potosí. El territorio de Bolivia cubre una superficie de 1.098.581 km<sup>2</sup>; tiene una población de 8.274.325 según el último censo poblacional (Censo 2001), de los cuales 3.109.095 viven en la área rural y 5.165.230 viven en la área urbana. Bolivia es considerada, pluricultural y multilingüe, porque en toda la extensión de su territorio se encuentra 36 grupos étnicos, de los cuales, por su número poblacional y espacio territorial, sobresalen el aymara y el quechua. Estos pueblos conservan, además de su lengua, sus tradiciones culturales y religiosas, aunque en la mayoría de los casos con fuertes características sincréticas con la religión católica y otras religiones cristianas.

**Demografía:** El 56% de los 8.274.325 bolivianos (Censo 2001) se auto identifican como quechuas y/o Aymaras y un 6% como Guaraní o en alguno de los 32 grupos étnicos minoritarios de la Amazonía boliviana. El 60% de la población tiene menos de 25 años y solo el 7% es mayor de 65. La población boliviana crece a una tasa promedio anual de 2.7% (INE). La última encuesta de demografía y salud (ENDSA 2003) registra una tasa global de fecundidad de 3.8 hijos por mujer con diferencias 3.1 en el área urbana y 5.5 en el área rural.

**Economía:** Entre 1991 y 2002 el PIB creció a un ritmo anual de 3,5 %, llegando a US\$ 882.9 per cápita en 2002. La inflación decreció de 14.5% en 1991 a 2.5% en 2002, y la tasa de desempleo abierto subió de 5.9% en 1991 a 8.7% el 2002, no obstante ello, sólo 48% de la población ocupada en ciudades capitales es asalariada y goza de protección y beneficios sociales. La incidencia de pobreza, medida por la vía del ingreso, se redujo de 80% en 1976 a 64% en 2002 (INE. 2003) El coeficiente de Gini para la distribución del ingreso llegó a 0,53 en 1996 y alcanzó a 0.60 el 2002 (UDAPE 2003). Según datos del último censo (2001) la tasa de analfabetismo promedio nacional es de 13%. En el área urbana 6% y en el área rural 25%. La tasa de analfabetismo se distribuye 26% en mujeres y 6 % en hombres.

**Mortalidad:** En el periodo 2000 -2005, la tasa bruta de mortalidad estimada es de 8.2 muertes por mil habitantes y la esperanza de vida al nacer en ambos sexos 63.6 años (INE-CELADE 2004). Desde el 2003 se ha implementado un sistema nacional de registro de estadísticas vitales. Hacia el

año 2003, se considera que en todo el país el sub-registro de mortalidad general alcanza el 63%. En un estudio de mortalidad realizado el 2000, se señala que las principales causas de mortalidad tienen que ver con las enfermedades del sistema circulatorio (30,3% de las defunciones), enfermedades transmisibles (12,0%) y las causas externas (10,7%). El 10,8% de las defunciones fueron clasificadas con signos y síntomas mal definidos.

**Enfermedades infecciosas intestinales:** En el año 2003, el 22 por ciento de los niños menores de cinco años tuvo un episodio de diarrea en las últimas dos semanas, frente a 19% en 1998 (ENDSA 2003). El año 2001 se reportaron 541.697 casos de enfermedad diarreica aguda, 611.982 casos el año 2002 y 701.182 casos en el año 2003. En los tres años 80% de los casos se produjeron en menores de 5 años. (SNIS).

**Desastres naturales:** En febrero de 2002 la ciudad de La Paz soportó una intensa precipitación pluvial que derivó en inundaciones con fuertes corrientes de agua que ocasionaron 70 muertos. El mismo año en la región montañosa de Sama, próxima a la ciudad de Tarija se produjo un incendio de magnitud que no cobró vidas humanas pero destruyó la flora y fauna silvestre de la zona. Por otra parte el 2002 se produjo un desastre natural por una intensa nevada en el sur oeste del Departamento de Potosí que ocasionó la muerte de centenares de llamas (ganado auquénido)<sup>1</sup>.

## ANÁLISIS SOCIOCULTURAL DE LA SALUD EN BOLIVIA

### CONSIDERACIONES TEÓRICAS SOBRE EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL

Desde la epidemiología clásica, así como también desde los estudios sociodemográficos, las poblaciones indígenas-originarias y periurbanas de Bolivia son mostradas como poblaciones desprotegidas. Sin embargo, la determinación del estado de la salud de una población indígena, e incluso un grupo social urbano, podría ser entendida desde un punto de vista más amplio. En este sentido “Todas las sociedades han reconocido algunos de los padecimientos como fenómenos que

---

<sup>1</sup> Fuente: [http://saludpublica.bvsp.org.bo/ass/analisis\\_situacion/bolivia/perfil-bolivia-2004.pdf](http://saludpublica.bvsp.org.bo/ass/analisis_situacion/bolivia/perfil-bolivia-2004.pdf)



adquieren carácter colectivo y que, por lo menos, en parte deben ser solucionados a nivel (de la población)” (Menendez, 1994 : 7)<sup>2</sup>.

Para Menendez, la medicina tradicional debería ser referida al sistema cultural dentro del grupo que representa las prácticas no solo de la medicina tradicional, sino del conjunto de saberes que determinan perennemente el sentido, el significado y uso de la medicina tradicional. Por otro lado, “La crisis del modelo médico hegemónico, el surgimiento de nuevos ‘estilos de vida’, las modificaciones en los comportamientos cotidianos generados por el incremento de los padecimientos (...) condujeron desde la década de los años sesenta al cuestionamiento de la biomedicina y a la recuperación de una serie de concepciones y prácticas ‘curativas’, que parcialmente ponen en duda, no sólo la eficacia sino la ideología de la medicina denominada científica ”(Menendez, 1994), que descuida el aspecto de la persona en su contexto, inclusive se constituye en una medicina de riesgo porque no tiene un enfoque holístico e integral.

Habitualmente, el sistema de salud oficial limita su diagnóstico a una explicación biomédica de la enfermedad, sin embargo, la persona que presenta la enfermedad puede también entender y explicar su problema de salud desde sus propias percepciones y experiencias, interpretando sus síntomas, definiendo sus causas y estableciendo el tratamiento más pertinente para su sanación cuando cuenta con los elementos culturales adecuados. Conocer las causas que las personas atribuyen a sus enfermedades o desarmonías permite no sólo incorporar una visión más amplia de la epidemiología, sino también validar la cosmovisión y las prácticas de una cultura al considerarlas en su proceso de sanación o recuperación del equilibrio.

El proceso de salud/enfermedad/atención parte de la participación de cada comunidad, localidad en la construcción de la percepción sobre las enfermedades y prevalencias (Menéndez, 1994: 73). la salud/enfermedad/atención “constituye un universal que opera estructuralmente (...) en toda la sociedad, y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran (...) la enfermedad, los padecimientos, los daños a la salud constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos e inevitables que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales”. Los agentes protectores y provocadores son diversos y varían entre un territorio y otro; algunos pueden ser claramente identificados por las personas que habitan la comunidad y otros requieren de un análisis

---

<sup>2</sup> Eduardo Menéndez, en *Alteridades: “La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?”* (Menéndez 1994)

más profundo para su identificación. Una comunidad que identifica y conoce los factores que la agreden y aquellos que la resguardan, puede organizarse para enfrentar o controlar las enfermedades o padecimientos que les afectan.

Algunos estudios destacan que la salud es entendida desde dos diferentes ámbitos de interpretación. Uno de ellos es el subjetivo que prescribe el individuo como tal de la salud, el otro es el objetivo que refuerza el diagnóstico subjetivo mediante un estudio más biológico, psicosocial y social de la enfermedad. Gonzales, (1993)<sup>3</sup> nos indica la importancia de un modelo explicativo científico de la salud que sea realizado por los profesionales del área. “Un enfoque epidemiológico que abarque los aspectos socioculturales, es importante en el contexto de las políticas de salud actuales, (...) definir las necesidades y condiciones de salud-enfermedad de las comunidades desde un paradigma y una cultura ajenos a las mismas. (...) permite un acercamiento real y tangible a la población, y una plataforma más adecuada para el impulso de programas de salud con participación social” (Gonzalez, 1993: 396). En este sentido, el análisis sociocultural de la salud es la integración de causas sociales, económicas, culturales y políticas, con procesos biológicos en las determinantes de la salud, esto implica desde los genes hasta las características de la sociedad en su totalidad.

En una sociedad como la boliviana suele haber interrupciones durante la curación no sólo por la falta de recursos económicos, (sino por) desgaste psíquico que signifique trasladarse de uno a otro lugar para los análisis y los estudios complementarios...” (Loza, 2008: 124, 130)<sup>4</sup>. En el área rural cuando surgen problemas de salud, los enfermos acuden a la familia para aliviar la dolencia, sino pueden calmar la enfermedad se dirigen al médico tradicional de la comunidad, confiando en sus poderes curativos y beneficiosos para la salud. Por tanto “el sistema médico tradicional constituye, generalmente, el primer contacto de la población para solucionar sus padecimientos o problemas de salud” (Tapia, Delgadillo, 2010: 484)<sup>5</sup>.

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico, cultural y de las interacciones medioambientales y sociales según la cosmovisión. Habitualmente, se entiende a la

---

<sup>3</sup> Lilián Gonzales, Ponencia presentada en el III Congreso Nacional de investigación en Salud Pública: “Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. (Gonzales 1993)

<sup>4</sup> Carmen Beatriz Loza, ISEAT Serie: “Religión y desarrollo de los andes” Nº 4: El laberinto de la curación Itinerarios terapéuticos en las ciudades de La paz y El Alto. (Loza 2008).

<sup>5</sup> Juan Carlos Delgadillo, Ingrid Tapia: El proceso de fortalecimiento de la medicina tradicional: el consejo de Médicos tradicionales y Originarios de Potosí. En Yachay Tinkuy Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. (Delgadillo, Tapia 2010)

enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración o desarmonización del cuerpo. Aquí es necesario entender la existencia de una visión entre persona, familia, y comunidad con el mundo espiritual y el medio ambiente que los rodea.

## EL ROL DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LA SALUD

En Bolivia, el médico tradicional interactúa con el enfermo, antes y después de la enfermedad, involucrándose con la familia, habla en el mismo idioma y es reconocido dentro de la comunidad. De este modo interviene e inicia la curación al paciente partiendo de un ritual<sup>6</sup> para luego dar continuidad con el tratamiento. Con la variedad de plantas medicinales realiza sus propios medicamentos, infusiones, pomadas, etc.

Una de las especialidades<sup>7</sup> más importantes dentro de la medicina tradicional son los “kallawayas”, originarios de la cordillera de Apolobamba, en las provincias Bautista Saavedra y Muñecas, al norte del departamento de La Paz<sup>8</sup>. El Kallawayas es dispersado por todo el país y asentado principalmente en ciudades grandes e intermedias. Realiza constantemente viajes a las comunidades o ferias rurales donde hay grandes concentraciones de gente para ofrecer tratamiento a las enfermedades que se presentan dentro de las comunidades.

Las mujeres tienen un rol importante dentro de la medicina. En las ciudades de La Paz y El Alto se encuentran en puestos callejeros “las K’awayu, (que) encarnan una de las figuras femeninas consagradas por el mundo espiritual para interceder entre los seres y las fuerzas que configuran su espiritualidad y sentido trascendente, son las encargadas de diagnosticar el origen y la causa de

---

<sup>6</sup> ofreciendo una mesa a favor del paciente, el ritual es conocido, “Extraemos del Diccionario Religioso Aymara, de van den Berg, con la aclaración previa de que este autor utiliza el término “misa”, una de las pronunciations alternativas quechuas y aymaras, para la palabra castellana ‘mesa’ (...) Pero utilizar ‘misa’ aquí tiene el ligero inconveniente de inducir a un equívoco: confundir la mesa ritual andina con el ritual de la misa católica (...) aclarando esto, la definición es bastante válida: “MISA” ‘ofrenda’, con muchos o varios ingredientes. En una hoja de papel, se colocan, según la intención de la ofrenda, una cierta cantidad de elementos vegetales, animales, minerales, alimenticios y diversos. Estos ingredientes constituyen dones olfatorios, alimenticios o especiales para los seres sobrenaturales y simbolizan un determinado deseo protección, suerte, amor, maleficio, etc. (Martínez, 1987: 11)

<sup>7</sup> clasificación de médicos tradicionales y sus especialidades. Anexo 1

<sup>8</sup> Estos valles (fueron estratégicos) durante el Imperio Inca, por cuanto constituyeron la puerta de acceso a las tierras bajas amazónicas, Saignes (1983: 362) (incidió) en el adiestramiento de recursos ‘shamanísticos’ amazónicos (wassen, 1988: 380-389) (...) los kallawayas (...) hablan el quechua, aunque conocen el aymara de los ‘vecinos’ ubicados en las punas y tierras altas, así como el castellano con notable rendimiento (...) reflejan la presencia de ‘otro idioma’ característico de los kallawayas, el Machaj Juyay que algunos han identificado como ‘idioma secreto de los incas’, o bien el idioma esotérico de las curaciones kallawayas” Fuente: FERNANDEZ, Gerardo, “El Banquete aymara Mesas y yatiris”, hisbol, La Paz Bolivia, 1995.

las enfermedades, así como también de definir el tratamiento adecuado que permita restablecer la salud de las personas...” (Loza, 2008: 48)<sup>9</sup> Las K’awayu son mujeres que se encuentran en la calle lineros y Jiménez del centro de la ciudad de La Paz, son expertas en la atención, en especial de mujeres y niños/as. Para tener un mejor conocimiento sobre la salud/enfermedad/atención, es necesario saber las causas que las personas atribuyen a sus enfermedades o desarmonías, no sólo es incorporar a una visión más amplia de la epidemiología, sino también validar la cosmovisión y las prácticas de una cultura al considerarlas en su proceso de sanación o recuperación del equilibrio.

La medicina tradicional, es una práctica de salud antigua, relacionada a las distintas culturas que existían antes de que se aplicara la ciencia a temas de salud. En nuestro país una de las opciones importantes para aliviar la enfermedad es la medicina tradicional, que se utiliza en el área rural y las periferias de las distintas ciudades, sin dejar de lado el área urbana, tanto en tierras bajas como en tierras altas, pero no puede ser generalizada, cada cultura tiene su particularidad para aliviar la enfermedad y/o padecimiento. La Organización Mundial de Salud (OMS) sobre la medicina tradicional, menciona que la tendencia internacional en salud está enfocada en la valorización de los conocimientos de la medicina tradicional y en su articulación con la medicina oficial. “La OMS considera importante el rol que puede cumplir la medicina tradicional en la atención primaria en salud y cree que la combinación de ésta con la medicina biomédica sería ideal para aprovechar lo mejor de cada una y compensar sus diferencias, aunque ello implique realizar acciones en diferentes ámbitos y tomar decisiones normativas. La medicina tradicional puede cumplir un rol importante en la atención de la población sin llegar a suplir el acceso a medicamentos modernos ni a las medidas de urgencias necesarias para salvaguardar la salud de la población...” (Tapia, Delgadillo En: Citarella, 2010: 487)<sup>10</sup>

Desde el 2008, con el DS. 29601, inicia la implementación del modelo Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), cuyo propósito es garantizar una atención con calidad y calidez, lo que implica tener una atención y gestión en salud culturalmente adecuadas. Es necesario considerar la interculturalidad en salud para poder articular la medicina clásica y la tradicional, llegando a la complementariedad con la Intersectorialidad y la participación social, para abordar el tema de salud en todos los ámbitos.

---

<sup>9</sup> Ídem.

<sup>10</sup> Ídem.

En los últimos años se viene realizando alternativas en la salud, como la valorización de la medicina tradicional, en la causa de tratamiento y prevención de las enfermedades, por lo tanto “...La medicina tradicional atraviesa hoy una nueva etapa y se encuentra representada a nivel político y normativo por el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, representación creada en 2006 con el objetivo de revalorizar, proteger, promover e investigar la medicina tradicional, así como encontrar estrategias de articulación y complementación efectiva con el sistema público de salud (...) la nueva Constitución Política del Estado (CPE) incluye a la medicina tradicional en el Sistema Nacional Único de Salud y propone la investigación para su desarrollo a través del rescate y valorización de los médicos tradicionales como actores fundamentales de salud de la población (...) Potosí es el Departamento de Bolivia que más ha desarrollado e implementado estrategias de fortalecimiento de la medicina tradicional y acciones de articulación entre sistemas médicos...” (Tapia, Delgadillo En: Citarella, 2010: 488).

Es importante determinar cuáles son los factores en un territorio donde permite establecer daños en las personas, sus familias, el medio ambiente y su identidad cultural para resolver los determinantes de la salud, es necesario reflexionar en la interculturalidad de la salud para poder fortalecer ambas medicinas, logrando realizar campañas de información sobre los derechos de salud de la población boliviana.

#### CLASIFICACIÓN Y TRATAMIENTO SOCIOCULTURAL DE LAS ENFERMEDADES/SABERES POPULARES/TRADICIONALES

La incorporación de los terapeutas tradicionales de Potosí, sobresale la opinión de las causas de mortalidad más frecuentes como: mal de mina, tuberculosis, y otras enfermedades tradicionales, que afectan a los hombres. A las mujeres les inquieta sobre todo el parto. El embrujo, gloria, qayqasqa, susto, etc., en lo que respecta a la población más frágil, (niños/as y personas adultas).

Las mujeres, en especial las madres identifican que “las causas de mortalidad más frecuentes en los niños son la diarrea, la neumonía, el estómago vacío, problemas en el parto, que afectan a los niños (...) Para los adultos los causantes son el parto en las mujeres; en los hombres mal de mina (silicosis) y tuberculosis, mientras que para ambos sexos son la neumonía, el arrebató, el embrujo, el oído y los accidentes (...) para las madres ambas patologías –biomédicas y populares– afectan a

la salud (...) y ambas son las causantes de la morbi-mortalidad en la población” (Ramírez, 2005: 118)<sup>11</sup>

Dentro de estas encontramos que “las enfermedades corporales son todas aquellas cuya causa no es considerada espiritual. El primer paso en el diagnóstico es observar el espíritu, para saber qué tipo de enfermedad se trata. Dentro de las enfermedades podemos encontrar dos tipos (...) cálidas y frías” (Ramírez, 2005: 170) Tanto en el oriente y el occidente de nuestro país es importante el equilibrio entre el frío y lo caliente, porque son transmitidas a diferentes formas de enfermedades como los resfríos, problemas respiratorios, estomacales, etc.

Identificaremos las enfermedades por cada sistema curativo que se encuentra en nuestro país, tanto en las zonas andinas, sub-andinas y llanos orientales de Bolivia.

## ENFERMEDADES ANDINA Y SUB ANDINA DE BOLIVIA<sup>12</sup>.

---

La zona andina. Abarca el 28% del territorio nacional; está localizada entre la Cordillera Occidental y la Cordillera Oriental con una altitud promedio de 3.800 msnm y una extensión estimada de 307.000 km<sup>2</sup>. Comprende los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí. Las temperaturas registradas son las más bajas del país y pueden llegar hasta los 20° C bajo cero, con un promedio de 10° C (CEPAL, 2007).

La zona sub-andina. Abarca el 13% del territorio, la región intermedia entre el altiplano y los llanos orientales con alturas entre 1.000 a 3.000 msnm, comprende los valles y los yungas; el clima es templado a cálido. Comprende los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y Tarija. Se ubica entre los 700 y los 3.000 m de altura, con una temperatura promedio de 18°C.

## MEDICINA TRADICIONAL

---

El sistema médico tradicional clasifica bajo sus concepciones las enfermedades que son frecuentes dentro las comunidades. Según los terapeutas tradicionales podemos referirnos a “las enfermedades espirituales, (que) aparecen cuando no se completo de todas las energías, y esto puede afectar la parte corporal: ‘si el hombre está completo de sus energías espirituales es difícil

---

<sup>11</sup> Susana Ramírez Hita. Cooperación Italiana: “Donde el viento llega cansado Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí”, 2005.

<sup>12</sup> Se mostrara otras enfermedades. Ver Anexo 2.

que una enfermedad le ataque porque tiene su propia defensa, pero si el paciente está débil espiritualmente entonces cualquier enfermedad le afecta y se complica (...) Entre las enfermedades espirituales encontramos varios tipos, según el origen de la enfermedad/padecimiento: enfermedades por falta de ofrenda; enfermedades por no respetar a los dioses; y enfermedades por falta de respeto a los lugares sagrados. Este tipo de enfermedades pueden ser curadas por cierto tipo de terapeutas tradicionales: kallawayas, yatiris y curanderos. (Ramírez, 2005: 173)<sup>13</sup> Las enfermedades que son diagnosticadas por los terapeutas tradicionales, están ligadas al espíritu y la naturaleza. Otras enfermedades son el resultado de un desequilibrio entre el cuerpo, espíritu y naturaleza. Las más frecuentes son:

- Layqasqa (embrujo). “es una enfermedad provocada por un brujo que, a pedido de un sujeto, provoca el ingreso de un espíritu maligno de una persona: ‘El embrujo puede ser por diferentes razones; venganza, odio, amor, dinero...Existen varias formas de embrujar; por ejemplo, a veces encuentran en su puerta alguna cosa preparada, echada así, entonces la solución es hacer una limpieza tradicional (...) Como podemos ver, el embrujo es una enfermedad espiritual que necesita de un terapeuta tradicional para realizar el tratamiento y provocar la salida del espíritu malo.
- Mancharisqa, mulljasqa (susto). ‘Las causas del susto son impresiones fuertes que asustan (...) El diagnostico es el sueño intranquilo, sobresaltos, pesadillas, decaído, miedo, el pulso muy acelerado, el corazón también, pulso entrecortado, deprimido, tiene temblores, no tiene ganas para nada, dolor de cabeza, fiebre o calentura, etc. (...) El tratamiento del susto se efectúa principalmente con ritos, existen diferentes maneras de efectuar los mismos, como q’oas, la limpia o pichara, llamado de ánimo’.
- La gloria. En palabras de un terapeuta tradicional, esta enfermedad se diagnostica y trata de la siguiente manera: ‘Con la gloria [se] tiene tos, temperatura y empieza a enflaquecer, no se come y poco a poco debilita, o sea, mata (...) Lo importante es una noche de miércoles, una noche de sábado sale en la noche a pedir perdón, a hacer una concentración con la madre naturaleza, con la Janajpacha, y así se cura. Hacemos una ceremonia con cordero de cuatro años, cordero blanco, para buscar la suerte también, se sube a la media noche, incluso se amanece sin dormir en la punta del cerro, en los lugares sagrados, especialmente para limpiar el espíritu, esa es la enfermedad de la gloria’. Un

---

<sup>13</sup> Ídem.

sacerdote andino lo explica de la siguiente manera: "El trueno es la manifestación de Dios, entonces así se entiende la q'ajia o la gloria que conocemos nosotros (...) A veces los dioses eligen a quien mandar el rayo, un rayo llega a una persona y cuando no ve a nadie resucita, incluso el cuerpo desecho se vuelve a juntar, entonces cuando se hacen curar se vuelven en un curandero, en adivino. En la religión andina existen tres truenos. El trueno de Janajpacha es de los dioses y se enojan, el trueno Kaypacha es el castigo de las montañas, porque también nuestro creadores uywiris están en las montañas y el trueno Ukupacha que es la madre tierra, son espíritus son dioses que también protegen al hombre, el trueno no siempre es por castigo, también mata al espíritu malo, el trueno lo mete a la profundidad de la tierra a los espíritus malos.

- Qayqasqa. Es considerada una enfermedad del espíritu que aparece cuando una persona duerme en el lugares sagrados o en 'malos lugares', es muy común entre las personas ebrias que se quedan dormidas en las calles. '¿Cómo se reconoce qayqasqa en los mayores? Se vuelven agresivos, prepotentes no pueden conciliar el sueño, tienen insomnio, piensan que les molesta la gente, les da pesadilla, no pueden eliminar gases (...) ¿Cómo se puede curar ese problema del qayqasqa? Se da con molle, ruda, alta misa, también se puede hacer tomar las mismas plantas en infusión. En mayores se puede curar con baños de mesa negra, también se puede hacer limpias o lo que llamamos el trueque también o sea hacer cambio con algún animal.
- Q'ichalira (diarrea). La diarrea es una enfermedad que según su origen puede ser espiritual o corporal. Según los terapeutas existen cinco tipos de diarrea, siendo la causa principal el susto: 'Existen cinco tipos de diarreas, una es provocada por el susto, otra por el frío, por el calor, por mala alimentación y cuando no funciona alguna parte del cuerpo (...) La diarrea es también el frío y el calor (...) el riñón o el hígado que no funciona bien motiva diarreas (...) La diarrea del frío se sabe cuando tienen molestias del estómago, el estómago suena. Cuando la diarrea es de calor tiene además dolor de cabeza y también tiene molestias en el estómago. Por mala alimentación da como cólico, a veces comienza la infección.

Todos estos tipos de diarreas tienen tratamiento (...) Cuando hay infección y comienza a botar, a diarrear, el tratamiento es con mates, hay que ver de qué es. Cuando es de frío la medicina de



calor, y al revés. Cuando es calor damos almidón con manzanilla, almidón con agua de amor seco, cuando es frío damos membrillo, plantas cálidas” (Ramírez, 2005: 180-185)<sup>14</sup>

Las enfermedades nombradas líneas arriba, son las más relevantes en el área andina y sub-andina de Bolivia. Asimismo, la forma de entender estos estudios de la salud/enfermedad/atención, es destacando el conocimiento que tienen los terapeutas tradicionales, permitiendo conectar las enfermedades con la religión andina, teniendo un vínculo con la naturaleza para solucionar los problemas que se presentan en la salud.

### ENFERMEDADES LLANOS ORIENTALES DE BOLIVIA<sup>15</sup>.

---

La zona de los llanos orientales. Abarca el 59% del territorio, de forestas con neblinas y abundantes lluvias, clima de sabana tropical e inviernos secos. Registra una temperatura media anual de 22°C a 25°C. Contiene el norte del Departamento de La Paz, la parte oriental de Departamento de Cochabamba, y los Departamentos de Santa Cruz, Beni y Pando.

Para los llanos orientales de Bolivia, la medicina tradicional toma en cuenta en el tratamiento de las enfermedades toda la biodiversidad, incluyendo los ecosistemas terrestres y otros ecosistemas como los acuáticos. “El conocimiento tradicional es el resultado de experiencias acumuladas, experimentación e intercambio de información. Este conocimiento, (es) transmitido de generación en generación principalmente de manera oral” (Medinaceli, Armando, Aguirre, Gabriela, s/a: 9)<sup>16</sup> Considerando esto, la población de los llanos orientales utiliza remedios para curar las enfermedades más frecuentes como: la picadura de víbora, espundia (leishmaniasis), sabañón, puchichis, embrujo del monte, japutamo, boro, etc.

A comparación de las enfermedades de las tierras altas, no hay investigaciones concretas sobre las enfermedades de los llanos. Se trabajó sobre todo en guías de la medicina tradicional<sup>17</sup>, que

---

<sup>14</sup> Ídem.

<sup>15</sup> Ver anexo 3, se mostrara algunas plantas, hierbas, animales medicinales que curan las enfermedades en tierras bajas de Bolivia.

<sup>16</sup> Medinaceli, Armando, Aguirre Gabriela: “La medicina tradicional de las comunidades indígenas del rio Quiquibey, Bolivia”, Fundación PRAIA y PRAIA, Bolivia, s/a.

<sup>17</sup> Se encontraron las siguientes guías de medicina tradicional: Medinaceli, Armando, Aguirre Gabriela: “La medicina tradicional de las comunidades indígenas del rio Quiquibey, Bolivia”, Fundación PRAIA y PRAIA, Bolivia, s/a.

PARICAGUA, Iván, “‘MAMURI’ Plantas medicinales de la Provincia Velasco”, Junta de comunidades de Castilla de la Mancha, Agencia Catalana de cooperación al Desarrollo, Santa Cruz, Bolivia, 2010.

presentan plantas, árboles, animales, hierbas, bejucos para aliviar las enfermedades. Entre los utilizados/as podemos mencionar:

### **Animales**

**a) Pejichi (Armadillo gigante).** Su uña sirve para curar el *susto*, *la fiebre*, *hemorragias*, *mal viento*, *mareos e insolación*. En algunos casos se utiliza para raspar y en otros se toma.

**b) Tejón:** Su grasa se utiliza para la *tos*;

**c) Sábalo:** Su hiel es usada para la *Leishmaniasis*: Se hace gotear la hiel sobre la herida. Se colocan de cuatro a cinco gotitas varias veces al día;

**d) Corvina:** sirve para *dolor de estómago*: Se muele el diente y se toma mezclando con agua una vez al día. *Dolor de estómago*: se muelen las piedras de la cabeza y mezclan con agua para tomar una sola vez

### **Plantas**

**a) Ambaibo:** sirve para *adelantar el parto*: se deben moler las hojas y se hacen hervir, para luego tomar como mate, una vez cuando empieza las contracciones;

**b) Palo diablo:** sirve para *el dolor de estomago*: se mastica un trozo de corteza. Se hierve la corteza con jugo de limón para curar la *tos*. Cuando se tiene *diarrea*, *vómito*, *resfrío* o *gripe* y *dolor de estómago* se hace hervir la corteza y se toma el mate;

**c) Siyaya:** sirve para la *picadura de buna*, se muelen las flores y raíces y se pone sobre la herida. Cuando pican gusanos venenosos, se pone la raspadura del tallo directamente sobre la herida;

## ENFERMEDADES ANDINA, SUB ANDINA Y LLANOS ORIENTALES DE BOLIVIA.

---

Mostraremos los saberes populares que se encuentran en nuestro país para la salud/enfermedad/curación:

### a) **Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio**

En nuestro país se encuentran estudios etnográficos, cualitativos, descriptivos, presentando otras costumbres y procesos en el embarazo, parto y puerperio. La mortalidad materno-infantil es un

problema muy serio en nuestro país, particularmente en las comunidades afectadas por la pobreza, la exclusión y con muy poco acceso a los servicios de salud. Cada zona como la andina, sub-andina y los llanos orientales tienen diferentes costumbres para el proceso del embarazo encontrándose en estrecha armonía con su medio ambiente.

En estas comunidades encontramos especialistas tradicionales como las parteras/os y médicos tradicionales que han desarrollado un profundo conocimiento de la naturaleza que les rodea y de las posibilidades terapéuticas que ésta ofrece. Son conocedores de una gran variedad de plantas medicinales y árboles de los cuales extraen la savia o resina, utilizándolas en la preparación de los remedios para preparar a la parturienta.

Las mujeres en el área rural de Bolivia prefieren ser atendidas en los hogares conjuntamente con las parteras, porque ellas están en todo el proceso del embarazo, en el momento del puerperio. La partera tiene una relación muy cercana con la parturienta, mientras esperan el trabajo del parto. La partera empieza a limpiar la casa, prepara la comida, y las infusiones para mantener caliente el ambiente y a la misma parturienta, para dar paso al trabajo de parto. La partera tiene un papel importante para la mujer embarazada, la hace sentir en confianza para tener un parto tranquilo y discreto, esto pasa tanto en el área andina, sub andina y llanos orientales de Bolivia.

En Bolivia, hasta ahora se han realizado pocos estudios dirigidos al asesoramiento de las prácticas tradicionales y biomédicas del parto, según dichos criterios se encuentran prácticas "...simbólicas y rituales de la placenta en las culturas andinas la (...) placenta es un símbolo de la vida, del mundo materno ancestral, y del vellón con el que se hila el universo..."<sup>18</sup> Esta es una de las tantas experiencias que están relacionadas con el embarazo, se debe mejorar el sistema tradicional de salud con la articulación de ambas medicinas, en Potosí y La Paz, se hallan hospitales con salas de parto con adecuación intercultural para poder brindar una atención satisfactoria donde la parturienta puede elegir las dos opciones, tanto en la sala biomédica y la sala de parto con adecuación intercultural para su atención.

#### b) **Auto-cuidado**

Referida a la causa de la "salud/enfermedad/atención (que) nos permitirá aproximarnos a la manera en que se construyen socio-culturalmente los padecimientos. (Abordando) la prevención y

---

<sup>18</sup> Fuente: [http://www.ilcanet.org/publicaciones/pdf/modelo/modelo\\_04perspectivas.pdf](http://www.ilcanet.org/publicaciones/pdf/modelo/modelo_04perspectivas.pdf)

el diagnóstico de las enfermedades/padecimientos que realizan las madres a través de las prácticas populares encontrando la problemática de la automedicación como una parte importante (del auto-cuidado y/o) autoatención. (...) la definición de Eduardo Menéndez, por 'autoatención' se refiere a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención" (Menéndez, 2002: 14 En: Ramírez, 2005: 117) Esta definición está relacionada a los bajos recursos de la población, que muchas familias optan por el auto-cuidado de las medicinas caseras o la compra de medicamentos económicos que se encuentran en las farmacias sin necesidad de una receta médica.

En una primera instancia las personas que padecen cualquier tipo de enfermedad, acuden al auto-cuidado para aliviar el malestar preparándose "algún matecito, porque no quieren salir de la casa... otra cosa puede ser la falta de recursos económicos y también por la espera que realizan cuando van al consultorio (...) y recurren primero a él (auto-cuidado y/o) automedicación. Posteriormente, cuando se ven mal, van donde el médico..." (Ramírez, 2005: 123)<sup>19</sup> En este sentido las personas que presentan algún padecimiento recurren al auto-cuidado por los motivos mencionados anteriormente buscando alguna infusión o algunos preparados caseros que son aprendidos por las abuelas o madres para aliviar el padecimiento, otras personas buscan algún medicamento económico para calmar en ese momento el malestar, al no tener recursos para asistir a la posta o algún centro de salud.

En los hogares el uso de "de la medicina casera por parte de la mayoría de las madres, preparados a través de plantas medicinales o productos alimenticios, que generalmente son transmitidos de generación en generación (...) [testimonio] 'Aprendí de mi mamá, de mi abuela, por ejemplo para la diarrea preparamos el arroz hervido y así con una hierbita que llamamos hierba buena, preparamos una hojita, un ramito de canela, un poquito de anís y el coco de la palta... Lo rallamos después, colocamos un pedacito de pan quemado, después cascarita de granada que llamamos y si no hay granada, bueno, así nomás, con pan. Todo esto se cuele y se toma el agüita solamente colando. Hay que darle bastante líquido para que limpie" (Madre evangélica 39 años en Ramírez,

---

<sup>19</sup> Ídem.

2005: 125) Esta es una alternativa para poder controlar la diarrea y dar una solución al padecimiento que presenta un miembro de la familia.

Según las entrevistas realizadas por Ramírez “las madres de mayor edad del hogar (son) las que suelen asesorar al resto de las mujeres del grupo familiar para la resolución de los problemas en torno a la salud. Pero también hemos podido comprobar que, si bien reciben asesoramiento de sus madres o suegras, terminan resolviendo a su manera el problema, coincidiendo o no con la opinión recibida...” (Ramírez, 2005: 126, 127)<sup>20</sup> En la impotencia de que un miembro de la familia padezca algún tipo de dolencia, la madre o esposa actúa como intermediaria del malestar que presentada algún miembro de la familia.

### **c) Iglesia evangélica**

Otra forma salud/enfermedad/curación que encuentra la población boliviana tanto en las áreas urbanas y rurales de Bolivia para prevenir el padecimiento es la presencia de los evangelistas sobre todo (el pentecostalismo), realizando “mensajes de prevención, diagnóstico y curación de males/enfermedades y padecimientos a los fieles en las ceremonias religiosas (...) Los evangélicos consideran que existe tres partes que unen al ser humano: el cuerpo, el alma y el espíritu. Si alguna de estas partes se daña, su efecto perjudica a las otras (...) la curación debe ser resuelta de forma integral, de manera que la sensación vaya dirigida a las tres partes que conforman el ser humano (...) Las enfermedades del cuerpo son aquellas que pueden ser tratadas por un médico o en el hogar, con un remedio casero o a través de una simple oración. El sistema médico más utilizado es de autoatención, por medio de medicamentos de patente, remedios caseros y, fundamentalmente, por medio de la oración...” (Ramírez, 2005: 143-144)<sup>21</sup> El discurso religioso como aspecto de la cultura que influye en la actitud respecto a la concepción del auto-cuidado de la salud, destacándose el papel de la mujer como sector vulnerable, conjuntamente con los/as niños/as de la población boliviana.

Las enfermedades del alma son aquellas que atacan las emociones; son las enfermedades psiquiátricas y psicológicas, que se dividen a su vez en enfermedades del consciente, enfermedades del inconsciente y enfermedades del subconsciente (...) En este grupo se encuentran: ‘los traumas por violaciones o cualquier otro tipo de motivo, problemas de

---

<sup>20</sup> Ídem.

<sup>21</sup> Ídem.

autoestima y todas las enfermedades que se encuentran dentro del campo psiquiátrico' (...) Las enfermedades espirituales son todas aquellas enfermedades cuyo origen o causa es el 'diablo' o son ocasionadas por el pecado. En muchas ocasiones el diagnóstico solo puede ser realizado por un pastor, a través de su conocimiento..." (Ramírez, 2005: 143-144)<sup>22</sup> La iglesia evangélica en estos últimos años ha cambiado la identidad de los creyentes tanto de la medicina tradicional, como de otras religiones que se encuentran en nuestro país, pasando de un extremo a otro en la salud/enfermedad/atención vinculándola directamente con la fe, dentro el hogar y la congregación para poder orar por la persona enferma.

## CONCLUSIONES Y REFLEXIONES PARA EL ANÁLISIS EPIDEMIOLOGICO SOCIOCULTURAL

A diferencia de la epidemiología clásica, el análisis sociocultural de la enfermedad es holístico e integral. Parte del surgimiento de nuevos estilos de vida, donde se recuperan las concepciones y prácticas curativas culturales. Es una visión más amplia de interpretar los síntomas, sus causas y el tratamiento para la curación de la enfermedad (Menendez 1994).

La medicina tradicional en muchos casos es la primera opción en nuestro país para aliviar la enfermedad. Esta medicina es usada tanto en las áreas rurales como las periurbanas. La curación de la enfermedad parte de familia, ya sea con rituales, plantas o hierbas preparadas, animales, etc.

La OMS y el gobierno de Bolivia buscan la valorización de la medicina tradicional y su articulación con la medicina científica, como una forma de complementar los saberes respetando los usos y costumbres de las diferentes culturas, brindando una atención con calidad y calidez, que al mismo tiempo genere confianza para ser tratada la enfermedad o la dolencia. Para este objetivo se requiere incidir en la toma de decisiones sobre las determinantes de la salud.

Las creencias y costumbres relacionadas con el embarazo en el área rural son de un profundo conocimiento de la naturaleza. Las parteras realizan un importante papel dentro de la familia, porque se encuentra en todo el proceso del embarazo, transmitiendo confianza y seguridad a la parturienta.

Los saberes populares no solo se basan en la medicina biomédica sino también en la auto-atención, referida a la medicina casera que muchas de las mujeres utilizan con la preparación de plantas medicinales o productos alimenticios que se encuentran en el hogar y estos son

---

<sup>22</sup> Ídem.

transmitidos de generación en generación dentro de las familias. Otra forma de ver el proceso de la salud/enfermedad/curación es mediante el espíritu y el cuerpo que tienen que estar en equilibrio.

Para finalizar, no existe mucho material sobre la medicina de los llanos orientales de Bolivia. Se debe tener un registro sobre las enfermedades socioculturales para de esta forma tener indicadores para poder realizar un análisis sociocultural respaldado en mayor evidencia.

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

### CONTEXTO GENERAL

#### SITUACIÓN GEOGRÁFICA

El departamento de La Paz está subdividido en 20 provincias, 80 municipios y más de 400 cantones. Se encuentra situado en el occidente del territorio Boliviano. Limita al Norte con el departamento de Pando, al Sur con el departamento de Oruro, al Este con los departamentos de Cochabamba y Beni y al oeste con las Repúblicas de Perú y Chile. Cuenta con una superficie de 133.985 Km<sup>2</sup> (12% del territorio nacional) ocupa el tercer lugar en extensión, después de los departamentos de Santa Cruz y Beni.

#### SERVICIOS BÁSICOS

El territorio del departamento de La Paz es un complejo de regiones fisiográficas, que sintetiza las regiones de toda Bolivia. Al norte del departamento, en la provincia Iturralde, se extiende la llanura amazónica sobre 200 msnm, de clima húmedo caliente, con terrenos planos cubiertos de bosques. El sub andino se levanta entre los 500 a 1000 msnm, donde se destacan las serranías tal como El Tigre, Mañique y otras. Al centro del departamento se encuentra la Cordillera Real, rama oriental de la gran Cordillera de Los Andes. En la parte occidental del departamento se encuentra la cordillera Occidental, una secuencia de macizos volcánicos aislados con amplias serranías de lava. Entre la cordillera Occidental y Oriental, se desarrolla el altiplano norte, con un promedio de 3900 msnm, alternada con serranías.

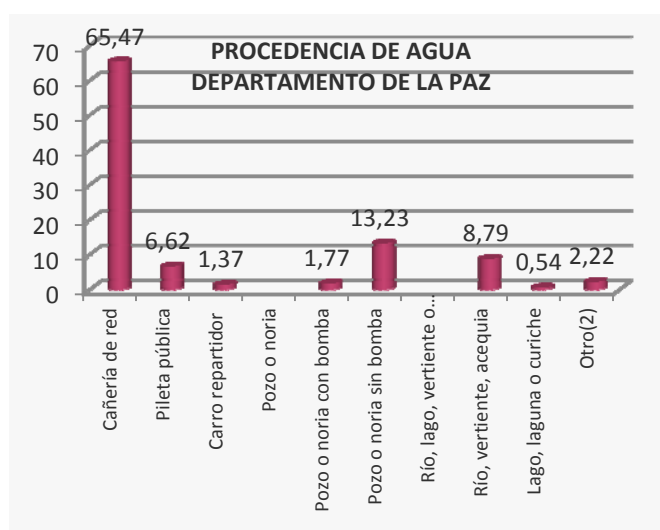
El estado de salud de los individuos está dado por diferentes determinantes y condicionantes tales como las sociales, económicos y ambientales, en este entender el acceso a servicios básicos ejerce un claro impacto sobre la salud (Moiso).

Las características de los hogares con respecto a Servicios Básicos forman parte del análisis de calidad de vida de la población, ésta a su vez se constituye en un factor de riesgo para la salud de las personas (Regidor, 2002).

### PROCEDENCIA DE AGUA PARA BEBER

Según datos del censo 2001, un poco más del 65% de la población tiene acceso a una cañería de red, pero hay una parte todavía importante de la población (22,02%) que se abastece de agua no tratada (Véase Gráfica N°1).

Gráfica N°1

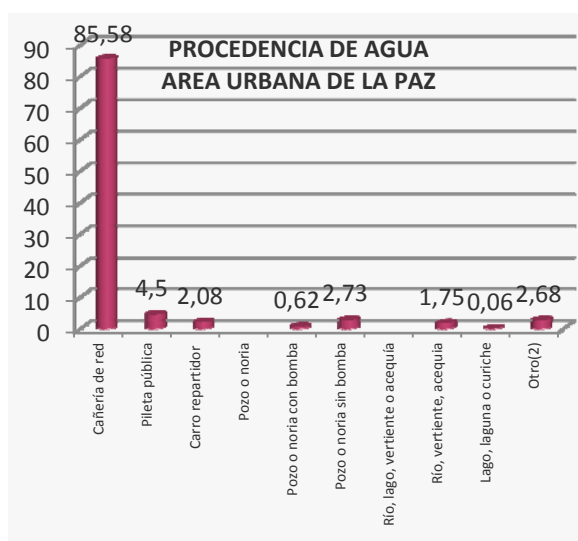


Fuente: Censo de Población y Vivienda 2001

Por sectores el panorama cambia de manera significativa y se puede ver una marcada diferencia entre el sector urbano de la Población y el sector rural, donde más del 50% de la población rural no cuenta con agua potable para beber y cocinar, a diferencia del área urbana donde más del 80% de la población cuenta con agua potable. (Gráficas N°2 y N°3)

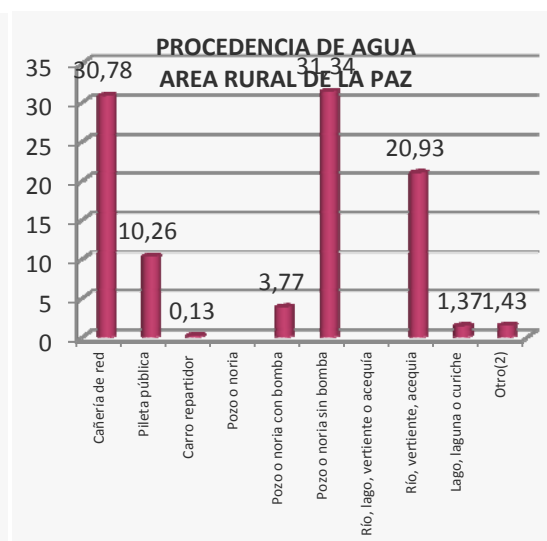


Gráfica N° 2



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2001

Gráfica N°3



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2001

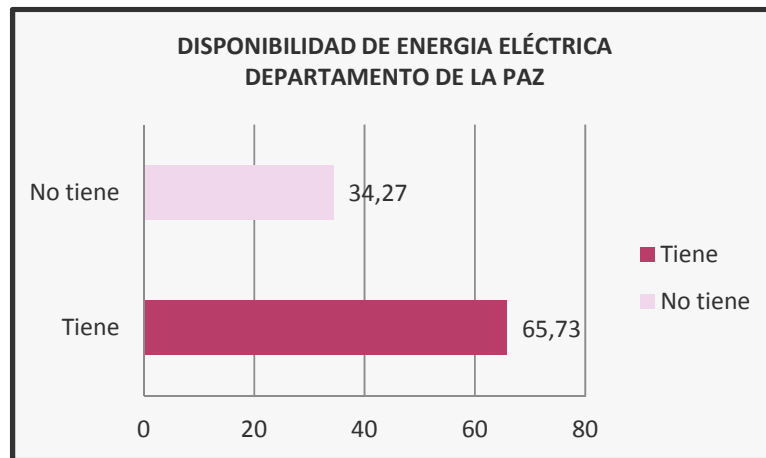
Esta información se amplía con los datos recogidos por la ENDSA 2008 que nos dice que a nivel departamental la procedencia de agua para beber mejorada incremento a 85,8%. (Ministerio de salud y deportes, Instituto Nacional de Estadística, 2009).

#### PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE CUENTA CON ENERGÍA ELÉCTRICA

El censo 2001 muestra que más de la mitad de la población 65,73% cuenta con energía eléctrica (Véase Cuadro N°4), la población Urbana que cuenta con energía eléctrica es de 65,3% y la población rural de 10,36%.

Por otro lado la ENDSA 2008 muestra que el 82,8% de la población cuenta con energía eléctrica esto refleja una mejora en los niveles de acceso a luz eléctrica de la población.

Gráfica N°4



Fuente: Censo de Población y Vivienda 2001

### DESAGÜE DEL BAÑO

Los datos del censo 2001 muestran que el 39% del total del departamento de La Paz tiene alcantarillado y un 43,02 no tiene baño, en el área rural esta cifra se eleva a 70,04%. En comparación los datos del ENDSA 2008 reflejan que las personas que no cuentan con servicios sanitarios representan el 28,3 % de la población total.

### PROGRAMAS DEL SERVICIO DE SALUD

Durante los últimos años el Ministerio de Salud y Deportes priorizó los siguientes programas Nacionales para responder a los principales problemas de salud del país:

- PAI (Programa ampliado de inmunizaciones). Que tiene por objetivo disminuir la morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunas tales como la poliomielitis, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión y tuberculosis y está focalizado en la atención individual a menores de 5 años (Arévalo, 2007).
- Programa de enfermedades transmitidas por vectores. Se constituye de varios subprogramas (Malaria, Dengue, Leishmania), está encargado de hacer frente a cualquier intento de proliferación de alguna de estas enfermedades.
- Programa de Tuberculosis. Tiene por objetivo reducir la transmisión del bacilo tuberculoso en la comunidad, reducir la mortalidad y morbilidad por tuberculosis y prevenir el desarrollo de resistencia a las drogas antituberculosas, está dirigido a toda la población

realizando actividades a nivel individual, familiar y comunitario (Ministerio de Salud y Deportes, 2005).

- Programa de ITS/ VIH/ SIDA. Tiene como objetivo reducir la ocurrencia de nuevas infecciones por ITS y VIH, la morbilidad y mortalidad de las personas que viven con VIH/SIDA, esta focalizado en grupos de riesgo (Ministerio de Salud y Deportes, 2008).
- Programa Desnutrición cero. Tiene como objetivo erradicar la desnutrición en menores de cinco años con énfasis en menores de dos años mediante acciones multisectoriales (Comité Técnico del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CT-CONAN) , 2008).

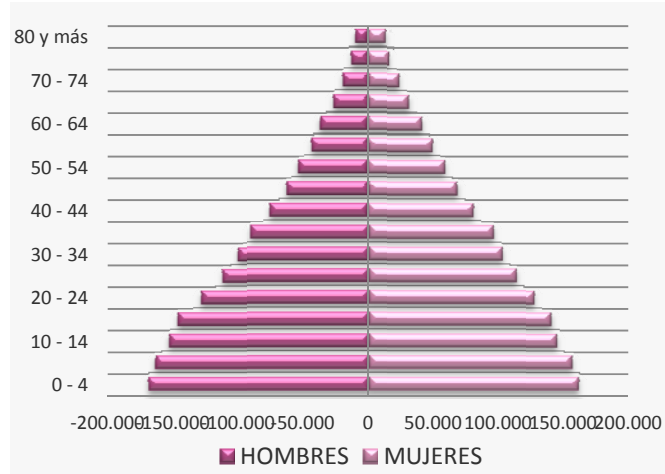
## ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

La población de una determinada región vista a través de las pirámides poblacionales nos permite un análisis rápido de la estructura demográfica en un periodo de tiempo determinado. Para el análisis también se tomaran en cuenta las variables de fecundidad, mortalidad y esperanza de vida.

El departamento de La Paz al 2010 presenta una pirámide poblacional del tipo progresiva de base ancha y cima pequeña, esto muestra una alta concentración de la población al centro de la pirámide que nos permite ver que el departamento se constituye básicamente de población joven, entre 15-59 años, los que representan aproximadamente el 58% de la población total (Véase gráfica N° 5).

Gráfica N° 5

### PIRÁMIDE POBLACIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ



Fuente: INE

Así, la fecundidad nos muestra las condiciones de procreación de una determinada población, relacionada fuertemente con la población femenina y su condición natural de fertilidad. Un indicador que nos permite ver el modelo de fecundidad de una población en particular es la Tasa Global de Fecundidad (TGF)<sup>23</sup>.

En el departamento de La Paz el comportamiento de la TGF a través de los censos nacionales, muestra una transición de niveles altos a bajos. Así la TGF es de 6 para 1976 y de 4 para el 2001; por otra parte las estimaciones del INE para el quinquenio 2000-2005 corroboran dicha trayectoria, teniendo al 2011 una TGF proyectada de 2,99 (Véase cuadro N°1). Este comportamiento se puede explicar debido a la mayor participación de las **mujeres** dentro de las decisiones de reproducción de una familia así como la incorporación de programas de Salud Sexual y Reproductiva a nivel Nacional, los que cobran mayor importancia a partir de los años 90. (INE - Ministerio de Hacienda, 2003). Una característica importante de la TGF es la diferencia entre el área rural y urbana, al 2001 la diferencia es de 3,4 siendo mayor en el área rural lo que sugiere que habría existido un menor impacto de los programas de salud sexual y reproductiva, aunque también está relacionado con aspectos socioculturales propios de cada región.

Cuadro N°1

**Tasa global de Fecundidad por ámbito para el departamento de La Paz**

Censos	Estimaciones				
	1976	1992	2001	2000-2005	2011
<b>La Paz</b>	6	4,2	4	3,2	2,99
<b>*urbana</b>	5,2	4,2	3,6		
<b>*rural</b>	7,8	6,3	6,2		
<b>Bolivia</b>	6,5	5	4,4	3,5	3,21

Fuente: Instituto Nacional de Estadística

<sup>23</sup> La TGF se calcula como el cociente entre el número de nacimientos y la cantidad de la población femenina en edad fértil en un periodo determinado

La mortalidad, se refiere a las muertes que ocurren al interior de una población y es medida a través de la Tasa Bruta de mortalidad<sup>24</sup>. Ésta forma parte de las estadísticas vitales de una región, por lo que debe contar con un buen sistema de registro. Sin embargo, a nivel departamental (y nacional) no se cuenta aún con un sistema de esas características, lo que nos lleva a un sub registro de la cantidad de la población que fallece especialmente en el área rural (SEDES La Paz, 2006) así a lo único que podemos acceder son a proyecciones de dicha variable (Véase cuadro N°2).

Cuadro N° 2

<b>DEPARTAMENTO DE LA PAZ</b>			
<b>PROYECCIONES:</b>	<b>TASA</b>	<b>BRUTA</b>	<b>DE</b>
<b>MORTALIDAD X 1000</b>			
<b>HABITANTES</b>			
	<b>1990- 1995</b>	<b>2000- 2005</b>	<b>2005- 2010*</b>
<b>BOLIVIA</b>	10,17	8,17	7,55
<b>LA PAZ</b>	9,82	8,58	7,87

Fuente: INE / CELADE. Extraído de Análisis de la situación demográfica del país, Dr. Alfredo Calvo Ayaviri (2000)

(\*) Proyecciones 2005-2010 fueron obtenidas de proyecciones del INE

Las estimaciones de la tasa bruta de mortalidad a través de 3 quinquenios deja ver una caída del número de muertes, comportamiento similar tanto a nivel nacional como departamental, reflejando una mejora en el nivel de vida de la población y los servicios de salud (Instituto Nacional de Estadística, 2003).

<sup>24</sup> Cantidad de defunciones por mil habitantes,

Para completar el análisis demográfico se incluye el comportamiento de la esperanza de vida al nacer<sup>25</sup>. Las estimaciones para esta variable se pueden observar en el cuadro N°3. En términos generales hay un aumento en los años de vida promedio tanto a nivel nacional como departamental. El aumento de la EVN del quinquenio (1990-1995), al quinquenio (2000-2005) es de 1,2 años que está muy por debajo del aumento a nivel nacional 4,3 años. Este comportamiento se revierte en el siguiente quinquenio, donde se observa un mayor incremento de la EVN a nivel departamental.

Cuadro N°3

<b>Departamento de La Paz</b>			
<b>ESTIMACIONES: ESPERANZA DE VIDA AL NACER</b>			
	1990- 1995	2000- 2005	2005- 2010
<b>BOLIVIA</b>	59,3	63,6	65,51
<b>LA PAZ</b>	60,5	61,7	66,03

Fuente: INE / CELADE. Extraído de Análisis de la situación demográfica del país Dr. Alfredo Calvo Ayaviri (2000)

(\*) Proyecciones 2005-2010 fueron obtenidas de proyecciones del INE

El análisis demográfico señala un hecho importante. Debido al incremento de la EVN y la reducción de la fecundidad y la mortalidad, se esperaría que la dinámica de la población inicie un proceso de estancamiento, en el que se reduzca la base de la pirámide poblacional e incremente el peso de la población adulto mayor. Esto puede cambiar por la dinámica de migración del departamento. Sin embargo, de ingresarse en esta fase, los servicios de salud deberían prever un incremento en la demanda por atención a enfermedades no transmisibles en el futuro mediano.

<sup>25</sup> Edad promedio al morir de un grupo hipotético de personas nacidas durante el mismo periodo de tiempo

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD

### PERFIL DE MORBILIDAD

Un estudio del perfil de morbilidad realizado por el Ministerio de Salud y Deportes conjuntamente con la OPS/OMS para la gestión 2004, nos indica que la información disponible de morbilidad hospitalaria carece de control de calidad, en el registro, en la sistematización y en la presentación, por lo que resulta difícil tener datos confiables. Sin embargo este trabajo se constituye en uno de los pocos referentes sobre el tema de la morbilidad. El trabajo se basa en la recolección de información de consulta externa, hospitalización y atención en emergencias de una muestra representativa de los SEDES departamentales.

Para la muestra tomada en el departamento de La Paz, se puede observar que en todos los hospitales excepto el hospital de clínicas prevalecen las enfermedades transmisibles como la principal causa de consulta externa. Esto ocurre tanto en el área urbana como rural.

El perfil de morbilidad difiere entre grupos etáreos. En el hospital Holandés de la ciudad de El Alto, las Infecciones Respiratorias Agudas son la principal causa de consulta hospitalaria para el menor de 1 año y las EDAs para los niños de 1 a 4 años. Por otro lado, las enfermedades más frecuentes en la población de 15 a 59 años son las Infecciones Respiratorias Agudas, quistes ováricos, celulitis y enfermedades de la piel (MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, 2004).

A nivel nacional, las enfermedades no transmisibles están comenzando a cobrar importancia, en particular a nivel urbano. Lo que sugeriría que los programas de salud durante los próximos años deberían dar mayor énfasis a estas enfermedades.

### PERFIL DE MORTALIDAD

Según el Atlas de Salud Municipal del departamento de La Paz 2006, las enfermedades transmisibles se constituyen en la primera causa de muerte; la segunda causa son Enfermedades del sistema circulatorio. La fuente de esta información son los datos que recibe el SNIS del Registro Civil y Certificados de defunción de 7 años atrás (Véase cuadro Nº 4).

#### Cuadro N° 4

#### Mortalidad por causas y año de registro (número de muertes).

Causas de Mortalidad	2001
Enfermedades transmisibles (A00- J22)	572
Enfermedades del Sistema Circulatorio (100-199)	572
Causas Externas (V01-Y89)	388
Neoplasias y/tumores (C00 - D48)	393
Enfermedades Periodo Perinatal (P00-P96)	155

Fuente: Atlas de salud municipal de La Paz 2006

## SALUD INFANTIL

### TASA DE MORTALIDAD INFANTIL.

La tasa de mortalidad infantil (TMI)<sup>26</sup> es un indicador que mide el impacto y resultado de la interacción de múltiples factores que influyen en las condiciones de salud de las poblaciones. De acuerdo con las tasas de mortalidad por edad, el riesgo de muerte en los niños menores de 1 año es más alto y la esperanza de vida al nacer es más baja que cuando ya pasa el primer año de vida. Esta es la razón por la cual la TMI se considera un indicador básico y sintético del estado de salud de la población en general (Calvo, 2000).

<sup>26</sup> Relación entre el total de defunciones de menores de un año y el número de nacidos vivos ocurridos en el mismo periodo multiplicado por mil



El comportamiento de esta variable a través de los censos es descendente llegando en 2001 a un valor de 64 por mil nacidos vivos (Véase Cuadro N°5). La ENDSA 2003 corrobora esta tendencia ya que registra una TMI de 52 por mil nacidos vivos (Véase Cuadro N°6).

Cuadro N° 5

**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL**

DEPARTAMENTO	TMI		
	1976	1992	2001
<b>Total Bolivia</b>	151	75	66.0
<b>La Paz</b>	146	70	64

Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Información Censos de Población y Vivienda

Cuadro N° 6

**MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD EN MENORES A 5 AÑOS**

	<b>Mortalidad Neonatal</b>	<b>Post-neonatal</b>	<b>Mortalidad Infantil</b>	<b>Post-Infantil</b>	<b>En la niñez</b>
<b>ENDSA 2003</b>	27	25	52	21	7

Fuente: ENDSA 2003

## COBERTURA DE VACUNACIÓN EN EL MENOR DE 1 AÑO.

Cuadro N° 7

### COBERTURAS DE VACUNACIÓN EN MENORES DE 1 AÑO

Año	Departamento	Pentavalente 1 dosis	Pentavalente 2 dosis	Pentavalente 3 dosis	Polio dosis 1	Polio dosis 2	Polio dosis 3	Anti rotavirus 1 dosis	Anti rotavirus 2 dosis	BCG
2005	La Paz	88,11%	81,77%	83,55%	86,77%	80,59%	82,37%	n.d.	n.d.	88,73%
2006	La Paz	88,16%	81,88%	83,20%	87,48%	81,79%	83,13%	n.d.	n.d.	88,43%
2007	La Paz	87,30%	81,30%	83,28%	87,25%	81,07%	82,74%	n.d.	n.d.	90,02%
2008	La Paz	90,13%	84,02%	83,21%	89,94%	83,90%	83,00%	34,45%	11,93%	89,54%
2009	La Paz	88,53%	85,04%	84,58%	88,05%	84,71%	84,33%	79,63%	61,08%	88,54%
2010	La Paz	85,36%	78,88%	77,60%	84,26%	78,65%	77,25%	80,89%	72,75%	90,55%

Fuente: SNIS

La cobertura de vacunas en menores de 5 años se constituye una medida de prevención de primera magnitud que permite la protección no solo a nivel individual si no también grupal, reduciendo la morbi-mortalidad de este grupo etáreo.

Entre los años 2005-2010, la cobertura de la BCG ha incrementado. Asimismo, entre 2005 y 2009 mejoró la cobertura de la segunda dosis de la pentavalente y la segunda dosis de la polio. Las vacunas restantes mantuvieron su cobertura. El descenso durante el año 2010 en estos indicadores puede estar ocasionado por problemas en la recolección de información, lo que ocasiona que estén subestimados.

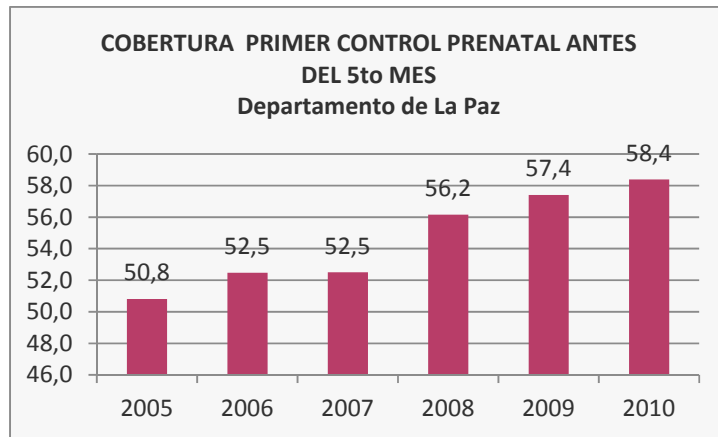
## SALUD MATERNA

### COBERTURA PRIMER CONTROL PRENATAL ANTES DEL 5TO MES.

Define la captación de embarazadas antes de las 22 semanas de gestación del total de consultas prenatales nuevas. Esta variable es importante para el diagnóstico precoz de factores de riesgo y complicaciones que pueden afectar el término del periodo de gestación en un parto seguro (SNIS-VE, 2008).

El Cuadro N°8 muestra que la cobertura del primer control prenatal se ha incrementado a lo largo de los últimos cinco años, siendo esto positivo para la salud de la madre ya que el diagnóstico precoz de factores de riesgo evitara futuras complicaciones.

Cuadro N° 8



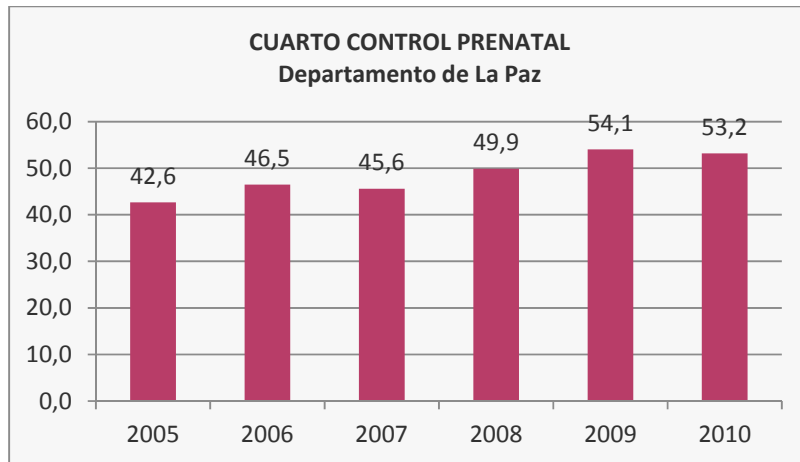
Fuente: SNIS

---

#### COBERTURA 4TO CONTROL PRENATAL.

“Es un indicador que permite evaluar el control prenatal y todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal” (SNIS-VE, 2008). La cobertura del Cuarto control prenatal ha incrementado del 2005 con 42,6 al 2010 con 53,2; con lo que se esperaría que la Tasas de mortalidad materna y perinatal disminuyan (Ver Cuadro N°9).

Cuadro N° 9

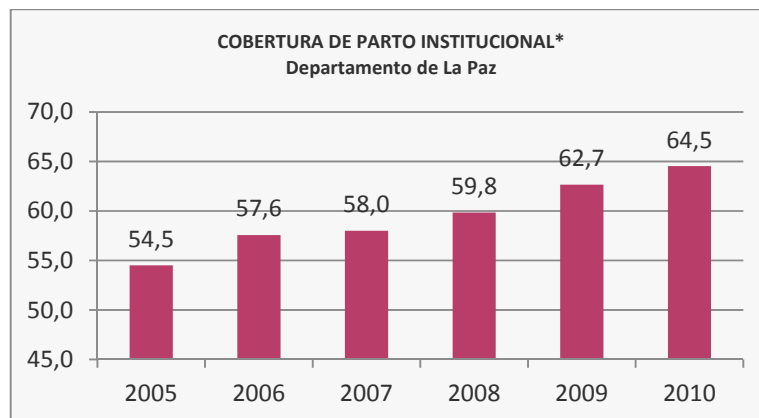


Fuente: SNIS

#### COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL

“Describe la atención de partos atendidos institucionalmente, lo cual significa poner a disposición de las embarazadas, el personal de salud (médico, enfermera, auxiliar de enfermería), la infraestructura, equipos y otros servicios del establecimiento” (SNIS-VE, 2008).

Cuadro N° 10



(\*) El parto Institucional incluye: partos atendidos en servicios de salud y partos atendidos en domicilio por personal institucional.

Fuente: SNIS

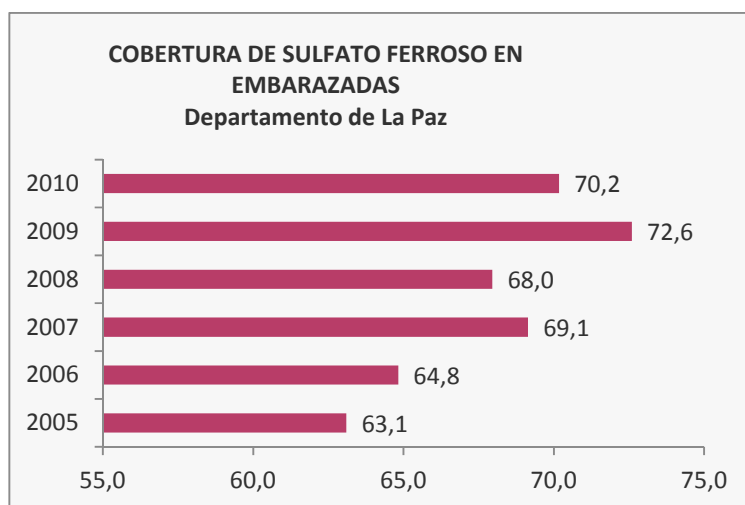
La Cobertura de Parto Institucional muestra un comportamiento ascendente a lo largo del periodo 2005 – 2010, con una variación de 10%, lo que señala que el incremento de partos institucionales es proporcional al de controles prenatales. La alta asociación entre estos indicadores muestra que la captación de embarazadas mediante controles prenatales está tendiendo el efecto esperado.

En promedio, cerca al 90% de los partos son atendidos en servicio, mientras los restantes son atendidos en el domicilio por el personal de salud o una partera capacitada (Ver Anexo 7). El mayor porcentaje de partos domiciliarios se realizan en el área rural.

#### COBERTURA DE SULFATO FERROSO EN EMBARAZADAS.

El suministro de sulfato ferroso a la mujer embarazada es una medida preventiva importante para evitar riesgos maternos y fetales por anemia. La cobertura de sulfato ferroso muestra el porcentaje de mujeres embarazadas que recibieron éste (SNIS-VE, 2008).

Cuadro N° 11



Fuente: SNIS

En el periodo 2005 – 2010 se ha incrementado la cobertura de sulfato ferroso en embarazadas, sin embargo se puede ver un comportamiento irregular a través de la serie. Este indicador está también relacionado con la cobertura de controles prenatales, así mientras mayor cobertura de controles mayor cobertura en administración de sulfato ferroso. Por tanto, el comportamiento irregular de la serie podría indicar que existe un flujo irregular en el abastecimiento de estos complementos alimenticios.

Como se pudo observar, en general, se esperaba una mejora en el estado de salud de las madres y una reducción en el riesgo de muerte debido a que la cobertura del servicio de salud se ha incrementado. El crecimiento de la cobertura del primer control prenatal fue mayor que la del último, lo que señala que si bien incrementó la detección temprana de embarazos, las mujeres abandonan los controles prenatales prematuramente. Por tanto, se esperaba que el servicio de salud establezca mecanismos para hacer seguimiento a los últimos controles prenatales y fomentar la asistencia de las embarazadas al servicio de salud. En este sentido el SUMI y El Bono Juana Azurduy como políticas enfocadas al binomio salud Madre – Niño coadyuvaron de alguna manera a que se incremente la cobertura de controles prenatales, sin embargo el impacto es pequeño como se puede observar a través de los datos.

---

## SALUD SEXUAL

---

### UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

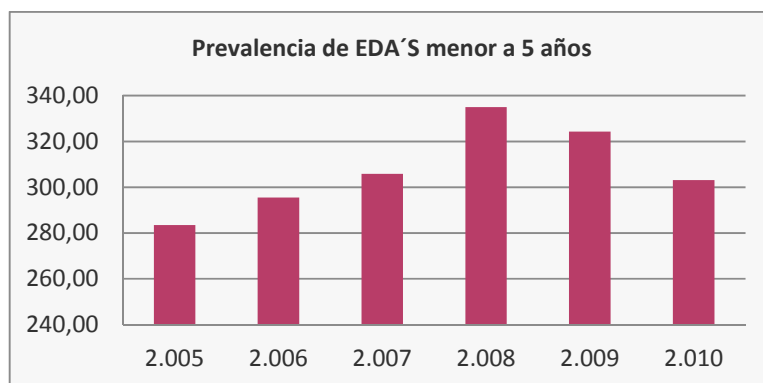
Usamos dos indicadores que miden el uso de métodos anticonceptivos: porcentaje de usuarias nuevas de métodos modernos de anticoncepción y cobertura de anticoncepción quirúrgica voluntaria. El primer indicador “está relacionado con la oferta que hace el Ministerio de Salud a través del programa de salud reproductiva con los anticonceptivos modernos (inyectable, píldora, condón, dispositivo intrauterino)” (SNIS-VE, 2008). El segundo indicador muestra el porcentaje de mujeres en edad fértil que optan por la AQV en relación al total de mujeres en edad fértil (SNIS-VE, 2008).

La tendencia en los últimos 5 años muestra un incremento constante de 4 a 5% de usuarias nuevas de métodos anticonceptivos, mayor a la tasa de crecimiento de la población. Asimismo, también se observa un aumento significativo en la cobertura de AQV's. Es posible que esto se deba a una promoción efectiva de los métodos anticonceptivos.

## ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

### ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS.

Cuadro N° 12

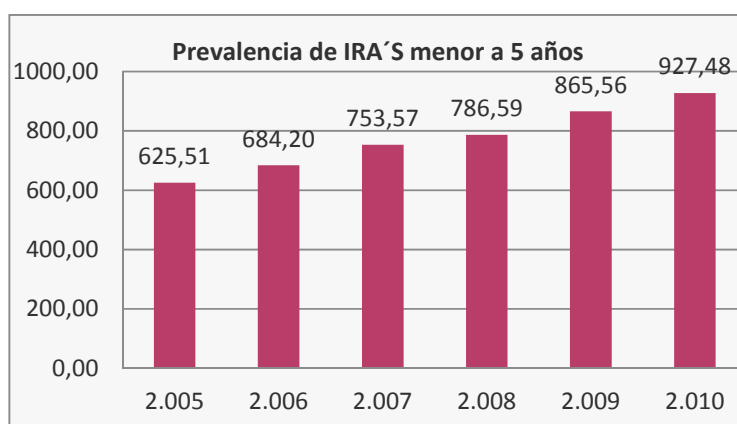


Fuente: SNIS

La prevalencia de EDA's en menores de 5 años a lo largo del quinquenio 2005 – 2010 en general muestra una tendencia creciente. En el periodo 2007-2008 se puede observar un incremento muy marcado a partir del cual la tendencia es a la baja.

### INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Cuadro N° 13



Fuente: SNIS

La prevalencia de IRA's en menores de 5 años a través del quinquenio 2005 – 2010 se ha incrementado, llegando a 947,48 casos por 1 000. Una de las explicaciones podría ser el cambio de clima que ha afectado en estos últimos años al departamento de La Paz, también podría deberse a la introducción de nuevos virus.

---

## ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Las enfermedades transmitidas por vectores se constituyen en importantes problemas de salud pública debido a la alta morbi - mortalidad que producen (Cervantes, 2008).

El Norte del Departamento de La Paz tiene un medio ambiente favorable para el desarrollo de estos agentes trasmisores. Además, no cuentan con todos los servicios básicos para impedir la proliferación de los mismos.

### DENGUE CLÁSICO

---

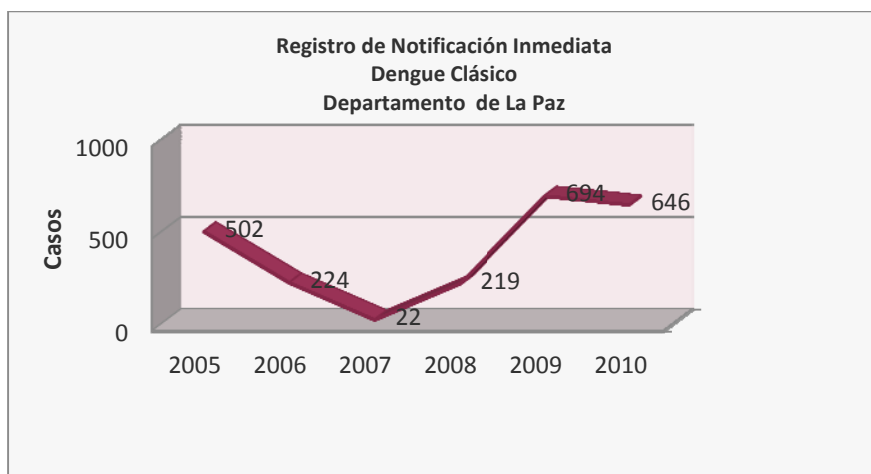
El dengue, conocido popularmente como " fiebre quebrantahuesos", es una enfermedad viral humana importante transmitida por vectores artrópodos del genero Aedes. El dengue presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas que van desde los casos inaparentes hasta las formas aparentes de Dengue clásico (DC) y las formas graves y a veces fatales de Dengue Hemorrágico (DH) /Síndrome de Choque por Dengue ( SCD). En virtud a que el dengue puede confundirse con múltiples enfermedades, numerosos casos de infección pueden ser sub diagnosticados o mal diagnosticados, la sospecha diagnostica es fundamental para un diagnostico precoz y un plan terapéutico temprano que puede modificar el curso de la enfermedad (VARGAS, 2008).

En el Departamento de La Paz los municipios afectados son Palos Blancos, Alto Beni, Caranavi, Guanay, Teoponte y Tipuani.

Podemos observar que el comportamiento de las notificaciones registradas por dengue clásico de 2009 a 2010 parece estabilizarse después de un comportamiento irregular desde 2005. En 2007 se registra el menor número de casos del último quinquenio. Con respecto al Dengue Hemorrágico los casos en el último quinquenio suman 11 en total.



Cuadro N° 14



Fuente: SNIS

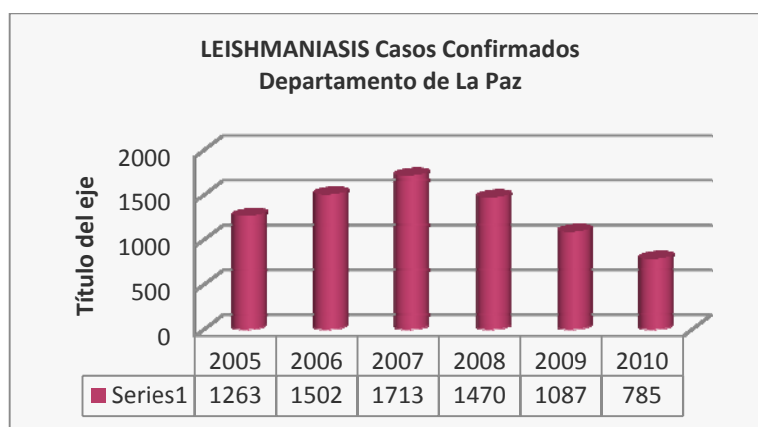
## LEISHMANIASIS

---

Considerada anteriormente como una enfermedad rural rara desarrollada en un solo foco: Los Yungas en el departamento de La Paz, es en la actualidad una enfermedad emergente, debido a la proliferación de 6 focos endémicos en los demás departamentos. En el departamento de La Paz los municipios afectados por esta enfermedad son La Asunta, Palos Blancos y Caranavi (Barrientos, 2011).

El comportamiento de los casos confirmados de Leshamianiasis muestra un descenso importante a partir del 2007 llegando a 785 casos en el 2010. Esto es resultado del buen desempeño del Programa de Leishmania que viene realizando diversas actividades de prevención y promoción a lo largo del último quinquenio.

Cuadro N° 15



Fuente: SNIS

## MALARIA

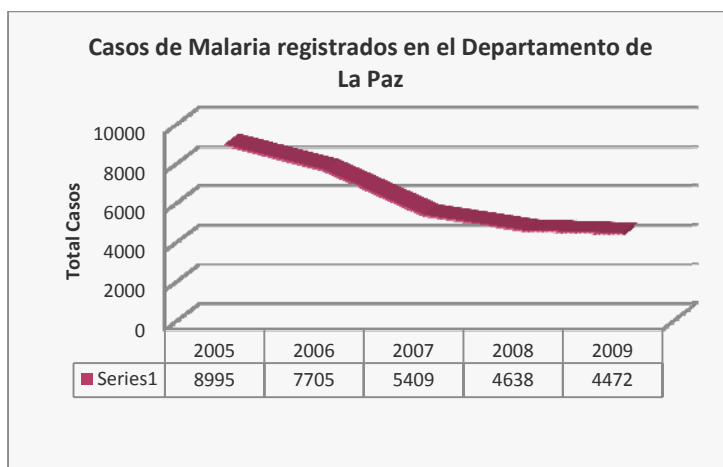
---

La Malaria es una enfermedad tropical, endémica. Es considerada una enfermedad de la pobreza, localizada sobretodo en el área rural donde las condiciones de vida son precarias, especialmente en la calidad de la vivienda y acceso a los servicios de salud. En nuestro país, el 75% de la superficie es área endémica de malaria, comprometiendo a los departamentos de Beni, Pando, Santa cruz, Cochabamba, Chuquisaca, Tarija, norte de La Paz y parte de Potosí (zona que limita con Cochabamba) (Cervantes, 2008).

En el departamento de La Paz, son alrededor de 14 municipios afectados por la presencia de esta enfermedad incluyendo comunidades tradicionalmente endémicas y aquellas que están empezando a registrar casos por distintos motivos, entre ellos el cambio climático y la migración (Barrientos, 2011).

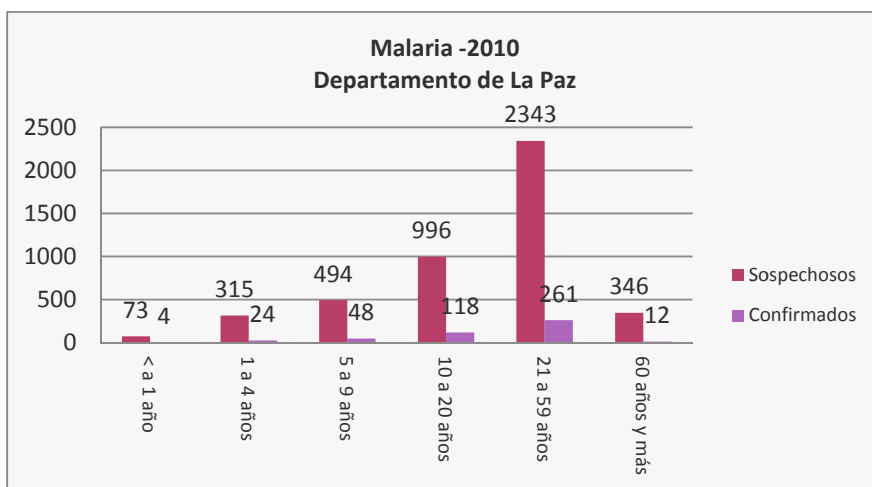
En el Cuadro N° 16, podemos observar una trayectoria descendente en los casos confirmados y sospechosos de la malaria lo que respondería a la buena actuación de la unidad de epidemiología del Sedes La Paz ya que de 2005 a 2009 la grafica nos muestra un descenso de aproximadamente 50%. A 2010 podemos observar el comportamiento de los casos por grupos de edad, donde el grupo más afectado es el de 21 a 59 años que representa aproximadamente el 56 % del total de casos confirmados.

Cuadro N° 16



Fuente: SNIS

Cuadro N° 17



Fuente: SNIS

## ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y SOCIOCULTURAL DE CURVA Y CHARAZANI

### METODOLOGÍA

Este análisis, al igual que los anteriores, utiliza información secundaria provista por el SNIS, las ENDSAS 2003 y 2008, y los censos de población y vivienda 1992 y 2001. A diferencia de los anteriores, incluye información cualitativa de algunas comunidades de los municipios de Curva y Charazani. Esta información fue recabada mediante talleres de Diagnóstico Rural Participativo (DRP) realizados en 2005 y 2009 por la Asociación Centro de Defensa de la Cultura (CEDEC).

Las siguientes comunidades participaron en los DRPs: Huato, Saihuani, Moyapampa, Soropata, Tacachillani, Atiqui, Viscachani, Inca Roca, Amarete y Jotahoco. Utilizamos los resultados de las siguientes técnicas participativas:

- *Mapeo de la comunidad*<sup>27</sup>: Es realizado por hombres y mujeres. Ellos identifican el área donde está la localidad, las principales actividades económicas, la ubicación de los puestos de salud, la disposición de las casas, etc. Esto permite identificar las determinantes de la salud más importantes para la población.
- *Mapeo Corporal*<sup>28</sup>: Consiste en que la comunidad identifique en un mapa del cuerpo humano los síntomas y malestares más frecuentes que padecen tanto mujeres, hombres, niños y niñas. Luego identifican las causas de las enfermedades y cómo curarlas.
- *Matriz de enfermedades*: La comunidad llena una matriz que contiene: las enfermedades más frecuentes, cómo las curan, cuándo acuden al centro de salud y qué medidas toma la comunidad.

### SITUACIÓN GEOGRÁFICA

La Provincia de Bautista Saavedra se encuentra en la parte central oeste del departamento de La Paz en Bolivia. La provincia fue creada el 17 de noviembre de 1948 y fue nombrada en honor al

---

<sup>27</sup> Para el mapeo de las comunidades de Bautista Saavedra, ver Anexo 6.

<sup>28</sup> Para los mapeos corporales y matrices de enfermedad de las comunidades de Bautista Saavedra, ver anexo 4

presidente Bautista Saavedra Mallea. Tiene un área de 2.525km<sup>2</sup> y una población de 24.502 habitantes.

---

## CHARAZANI

La capital provincial es el municipio de Charazani que cuenta con una superficie de 2.525 Km<sup>2</sup> (Un poco más del 80% del territorio de la provincia Bautista Saavedra). Sus límites son los siguientes: al norte con la segunda sección de la provincia Bautista Saavedra Curva y con la Provincia Franz Tamayo; al sur con las provincias Muñecas y Larecaja; al este con la provincia Camacho y la república del Perú.

El municipio forma parte de la rama oriental de la cordillera de Los Andes. Dentro de ésta existen quebradas de accidentada topografía donde se forman valles. Las eco-regiones que conforman el municipio de Charazani son los Yungas con un 72%, la puna norteña con 26% y los bosques secos interandinos con tan solo 2%<sup>29</sup>. La precipitación media es 1065 mm /año y las temperaturas varían entre 14°C y 19°C.

Charazani está dividido en los siguientes sectores:

- **Amarete:** Loma San Felipe, Loma San Iqui, Loma Villaruél, Loma Chacahuaya.
- **Sotopata:** Sotopata, Calzada, Necos, Alto Necos, Paujepata, Paujeyuyo, Tolapampa, Bronceni.
- **Chullina:** Ayllu Chullina, Comunidad Qhasa, Comunidad Qallurhuaya, Comunidad, Carijama
- **Caata:** Comunidad niño Corín, Comunidad Lumlaya, Comunidad Chari,
- **Florida:** Comunidad Quitacalzón, Comunidad Florida, Comunidad Siat'a, Comunidad Yorilaya,
- **Cotapampa:** Comunidad Llachuani, Comunidad Chullumpini, Comunidad Huancarani, Comunidad Altarani,
- **Atiqui:** Viscachani, Carpa, Huato, Comunidad Sayhuani, Comunidad Saphi;
- **Isqani:** Ayllu Moyapampa, Ayllu Jacachillani, Ayllu Jotahoco, Ayllu Soropata
- **Charazani:** Ayllu Charazani, Comunidad Chiperico, Comunidad Inca Roca, Ayllu Chajaya, Comunidad Pampa Blanca, Comunidad Jathichulaya.

---

<sup>29</sup> Base geográfica municipal de INESAD

---

## CURVA

El municipio de Curva cuenta con una superficie de 593 Km<sup>2</sup> (Aproximadamente el 19% del territorio de la Provincia Bautista Saavedra). Sus límites son los siguientes: al norte y al oeste con la provincia Franz Tamayo, al este y al sur con la primera sección de la provincia Bautista Saavedra, General Juan José Pérez (Charazani). Está situado en un valle interandino al pie de la cordillera de Apolobamba. Se levanta a una altura de 4108 msnm. La precipitación media es 835 mm /año y las temperaturas varían entre 11°C y 14°C.

En el municipio de Curva se encuentra un asentamiento muy importante de la medicina Kallawaya, la cual es de uso común en la región.

Curva está dividido en tres sectores:

- **Curva:** Lagunillas, Canizalla, Polipata, Soropata, Pajan Huayrapata.
- **Cañuhuma:** Comunidad Canuhuma, Comunidad Medallín, Comunidad Condorini.
- **Caalaya:** Central Caalaya, Central Opinhuaya.

## SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

---

### ECONOMÍA

Las principales actividades económicas en Curva y Charazani son la agricultura y ganadería. La producción es destinada al autoconsumo en mayor proporción que a la venta local. En general, producen tubérculos (papa, oca), cereales (maíz, trigo) y algunas hortalizas (arveja, repollo). Esto depende del clima de la zona. La producción total es escasa y de baja calidad. Los pobladores declaran tener problemas con la calidad de las semillas y el abono. Asimismo, en algunos lugares existen problemas de enfermedades del ganado (ganado flaco y con sarna).

---

### POBREZA Y DESARROLLO HUMANO

Asociado al bajo nivel de producción de los municipios de Curva y Charazani existe un bajo nivel de ingresos. De acuerdo a los datos del censo de población y vivienda 2001, 73% de la población de

Charazani y 54% de la población de Curva vive en situación de indigencia<sup>30</sup>. Esto quiere decir que más de la mitad de la población no puede satisfacer necesidades alimenticias básicas.

El ranking de desarrollo humano clasifica a estos municipios en los puestos 288 (Charazani) y 290 (Curva), muy alejados del puesto de la municipio de La Paz (7) y El Alto (47). Esto señala que además de poseer bajos ingresos, los pobladores de estas regiones poseen una menor escolaridad y esperanza de vida respecto al promedio nacional.

---

## SERVICIOS BÁSICOS

De acuerdo al censo de población y vivienda 2001, en el municipio de Charazani 25% de la población tiene acceso a agua por red de cañerías y 43% accede al agua por medio de piletas públicas<sup>31</sup>. El restante 32% utiliza agua de río, norias, pozos, etc. Una situación similar se presenta en el municipio de Curva, donde el 30% de la población accede al agua por cañaría y el 32% accede al agua por pileta pública. Esto muestra que hasta el año 2001 la mayoría de la población no tenía acceso a agua segura. Esta situación no se ha modificando en gran medida, considerando que los DRPs realizados en 2005 y 2009 señalan que existe una demanda por la construcción y renovación de tanques de agua, así como mejoras en el tratamiento de la misma.

Respecto al saneamiento básico, sólo el 5% de los habitantes de Charazani poseían alcantarillado en 2001. En el caso de Curva, esta cifra es de 7%. Los habitantes de algunos lugares señalan que no cuentan con letrinas y las excretas son eliminadas en el río. Esto provoca diarreas y otras enfermedades.

Por otro lado, 89% de la población de Charazani no cuenta con energía eléctrica, similarmente, 93% de la población de Curva tampoco cuenta con este servicio. Además, en muchas comunidades no existen medios de comunicación, como antenas radiales o similares.

---

<sup>30</sup> Base municipal INESAD

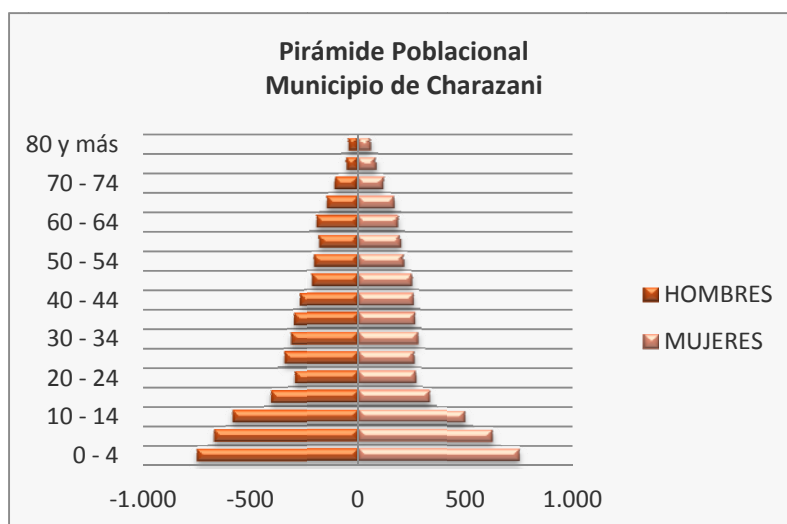
<sup>31</sup> Base municipal INESAD

## COMUNICACIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

El problema de muchas comunidades de Bautista Saavedra es el acceso a otras comunidades o poder salir a la ciudad. Asimismo, en algunas poblaciones el centro de salud se encuentra lejos de las comunidades lejanas y la población manifiesta que no es tratada adecuadamente por el personal de salud.

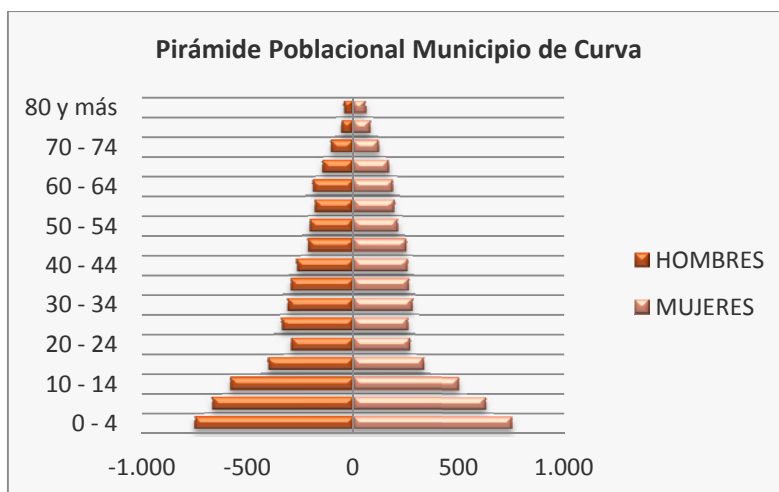
## SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

La Pirámide poblacional de los municipio de Curva y Charazani tienen la misma estructura. Su pirámide poblacional posee una base muy ancha con respecto a la población que se encuentra al centro de la pirámide. Esto indica que la población joven ha ido disminuyendo, esto se debe a distintos factores, el más importante en el área rural, la migración campo ciudad.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística





Fuente: Instituto Nacional de Estadística

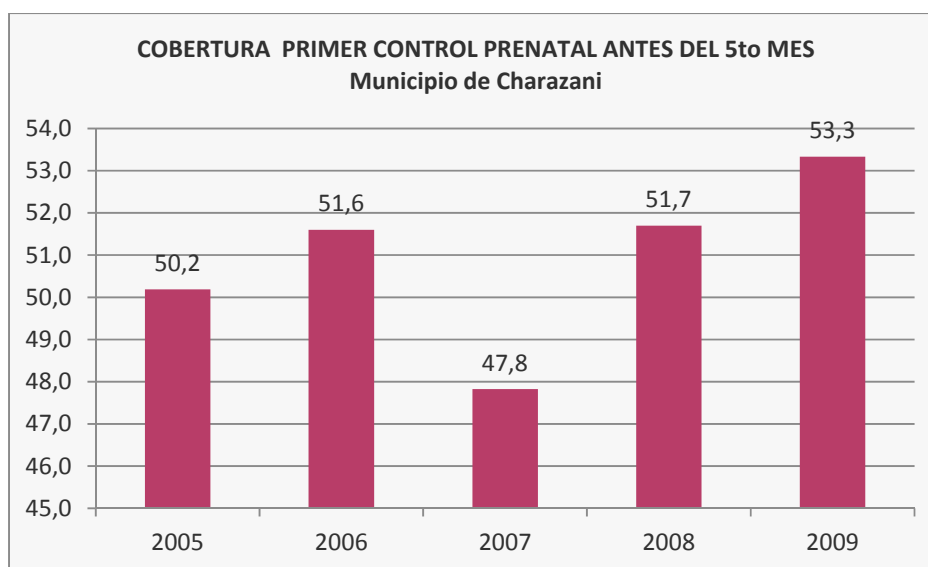
La Tasa Global de fecundidad al censo 2001 en Curva y Charazani es de 7,2 y 5,5 respectivamente. Esto representa una variación negativa de 0,5 puntos porcentuales con respecto al censo 1992 en el primer caso, y 1.5 puntos porcentuales, en el segundo. La esperanza de vida es de 56 años para ambos. La tasa de mortalidad infantil es 90,50 por mil nacidos vivos en el caso de Charazani y 90,9 en el caso de Curva. Ambos municipios se encuentra por encima de la TMI del departamento de La Paz.

Este comportamiento se repite en casi todos los municipios del área rural del departamento de La Paz, altas tasas de mortalidad, baja esperanza de vida y una Tasa Global de Fecundidad que disminuye a lo largo del tiempo. Cabe destacar que este tipo de comportamiento se traduce actualmente en una disminución de la fuerza laboral en el área rural y un incremento de personas pobres en el área urbana, a diferencia del comportamiento del departamento, Charazani se encuentra en un proceso de estancamiento. Políticas dirigidas a disminuir la migración campo ciudad ayudarían a detener dicho proceso.

## SITUACIÓN DE SALUD

### SALUD MATERNA E INFANTIL

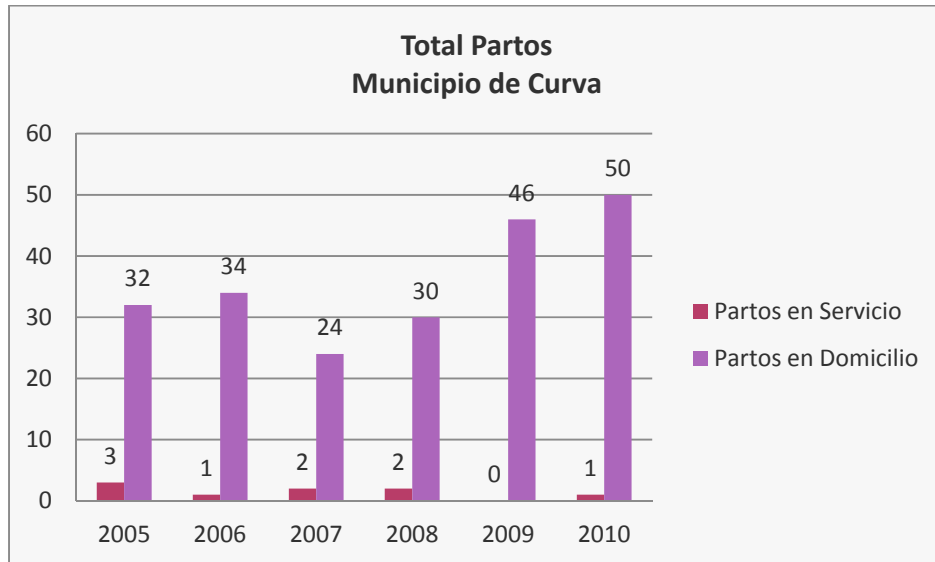
Entre 2005 y 2010, la cobertura del primer control prenatal ha incrementado tanto en el municipio de Curva como en el de Charazani. La mejora en esta cobertura es mayor en el caso de Curva, que pasa de 34% a 53.5%. La cobertura de Charazani es de 53.3%, mejorando únicamente en puntos porcentuales respecto a su valor en 2005.



A diferencia del comportamiento del 4to control prenatal a nivel departamental, tanto en el caso de Charazani como en el caso de Curva existe un alto incremento de este indicador en los últimos 5 años. Las coberturas pasan de un valor de 34% en 2005 a otro de 49% en 2010 en el caso de Charazani. El incremento en el caso de Curva es aún mayor.

A pesar de existir incrementos considerables en los controles prenatales, no existe un incremento significativo en la cobertura de parto institucional en el caso de Charazani. Mientras Curva incrementó la cobertura de 63.6% a 88.8% parto institucional de en los últimos 5 años, la cobertura de Charazani se mantuvo alrededor de 49%. Esto podría reflejar una baja preferencia de las mujeres de Charazani por asistir a los centros de salud o ser atendidas por el personal de salud durante el parto. También podría estar señalando un problema de acceso a los centros de salud. En el caso de Curva, si bien tiene características similares, el problema de distancia ha sido

subsanoado por el personal de salud, que se moviliza para atender a las mujeres que darán a luz, como se observa en el gráfico.



Fuente: SNIS

La cobertura de la vacuna BCG en el municipio de Curva, a diferencia de la tendencia departamental, ha disminuido durante los últimos 5 años. Esto podría deberse al estancamiento de la cobertura de partos institucionales ya que esta vacuna usualmente se suministra el momento del nacimiento. En el caso de Curva existe una leve mejoría respecto a su valor en 2005. Las coberturas de vacunación de la pentavalente y la polio son similares a los valores departamentales. En todos los casos, no existen cambios significativos.

En el municipio de Charazani, a 2009, las vacunas más próximas a alcanzar la cobertura total son las terceras dosis de la pentavalente y la polio. Por otro lado, en el municipio de Curva, a 2010, las vacunas más próximas a alcanzar la cobertura total son las primeras dosis de la pentavalente y la polio.

**COBERTURA DE VACUNAS A MENORES DE 1 AÑO MUNICIPIO CHARAZANI**

Año	Pentavalente 1 dosis	Pentavalente 2 dosis	Pentavalente 3 dosis	Polio dosis 1	Polio dosis 2	Polio dosis 3	Antirotavirus 1 dosis	Antirotavirus 2 dosis	BCG
2005	91,72%	86,39%	92,60%	91,42%	86,39%	92,31%	n.d.	n.d.	88,76%
2006	79,34%	73,05%	82,04%	76,65%	72,46%	81,14%	n.d.	n.d.	78,74%
2007	88,15%	80,55%	77,20%	88,45%	80,55%	76,90%	n.d.	n.d.	82,67%
2008	92,26%	87,00%	87,31%	91,95%	86,69%	87,62%	39,32%	13,00%	85,14%
2009	86,75%	89,27%	91,48%	86,12%	89,59%	90,85%	71,61%	64,98%	83,60%
2010	76,92%	75,32%	78,21%	76,28%	75,64%	77,56%	75,96%	71,15%	71,79%

**COBERTURA DE VACUNAS A MENORES DE 1 AÑO MUNICIPIO DE CURVA**

Año	Pentavalente 1 dosis	Pentavalente 2 dosis	Pentavalente 3 dosis	Polio dosis 1	Polio dosis 2	Polio dosis 3	Antirotavirus 1 dosis	Antirotavirus 2 dosis	BCG
2005	91,01%	92,13%	95,51%	91,01%	92,13%	95,51%	n.d.	n.d.	86,52%
2006	80,00%	73,33%	75,56%	80,00%	73,33%	75,56%	n.d.	n.d.	76,67%
2007	87,91%	85,71%	91,21%	87,91%	85,71%	91,21%	n.d.	n.d.	82,42%
2008	84,78%	67,39%	84,78%	83,70%	66,30%	83,70%	31,52%	21,74%	78,26%
2009	82,80%	72,04%	70,97%	82,80%	72,04%	70,97%	77,42%	64,52%	84,95%
2010	90,43%	87,23%	89,36%	90,43%	87,23%	90,43%	89,36%	85,11%	94,68%

**ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

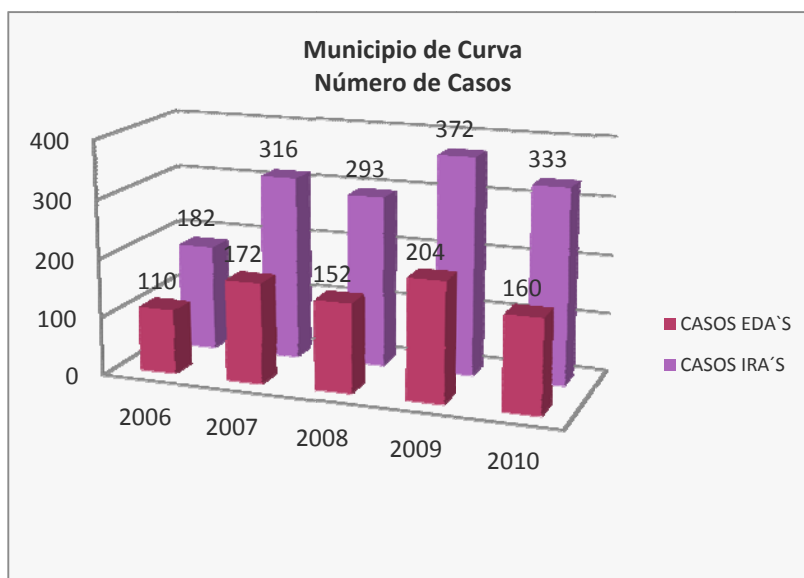
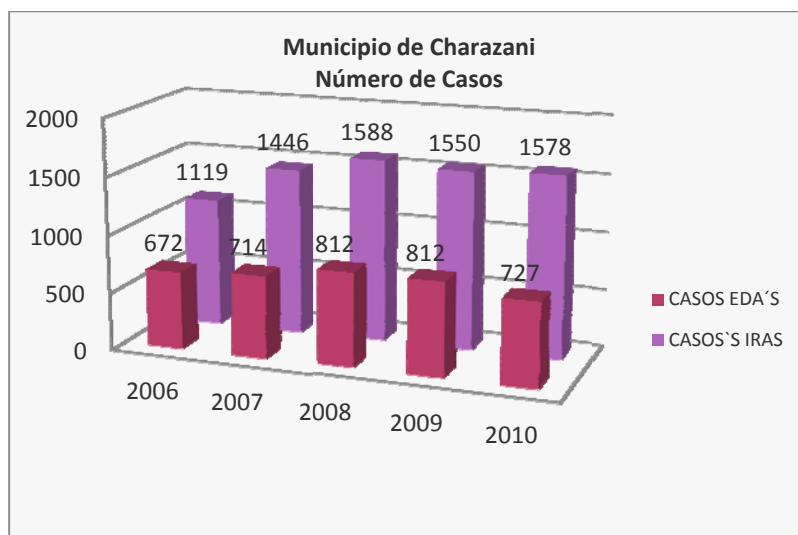
**ENFERMEDADES DIARRREICAS AGUDAS E INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS**

Durante los últimos 5 años, el total de casos de EDAs e IRAs ha aumentado levemente tanto en el municipio de Curva como en el de Charazani, aunque en el primer caso existió una variación interanual mayor.

Entre 2006 y 2010, el número de casos de EDAs en menores de 5 años del municipio de Charazani creció aproximadamente en 1.5% anual, superior al crecimiento esperado de este grupo etáreo, lo que señala que existió un incremento leve de la prevalencia de esta enfermedad. En el caso de

Curva, el incremento de la prevalencia fue mayor<sup>32</sup>. Ocurre lo contrario con la IRAs, donde le incremento en la prevalencia es mayor en el caso de Charazani que en el caso de curva.

Por otro lado, se debe señalar que se construyeron canales endémicos para la gestión 2010 para EDAs y se encontró que durante la gestión la prevalencia se mantuvo dentro de la zona de seguridad<sup>33</sup>.



<sup>32</sup> Esto ocurre incluso considerando únicamente el periodo 2007-2010.

<sup>33</sup> Para más información ver el anexo 7

## ENFERMEDADES POR VECTORES

El municipio de Charazani, se constituye en uno de los 11 municipios donde los casos de malaria llegan a niveles endémicos a 2009 (Barrientos 2011). Charazani se encontraba en una situación de hiperendemia con 92 casos confirmados en 2009. A 2010, los casos caen a 2.

De igual manera, la Leishmaniasis no está ausente del municipio. En el último quinquenio se registraron 2 casos confirmados.

### PERFIL DE MORBILIDAD CHARAZANI – CURVA

Los municipios de Charazani y Curva cuentan con los siguientes establecimientos de salud.

<b>CHARAZANI</b>	<b>CURVA</b>
<b>Centro de salud de Chullina.</b>	Centro de Salud de Curva
<b>Centro de salud de Amarete</b>	Posta de Salud de Caalaya
<b>Centro de salud de Charazani</b>	Posta de Salud de Cañuma
<b>Posta de salud de Caata</b>	
<b>Posta de salud de Cotapampa</b>	
<b>Posta de salud Florida LPZ</b>	
<b>Posta de salud de Huato</b>	
<b>Posta de salud de Sotopata</b>	

Elaboración propia con datos del Módulo de Información Básica de La Red 2-Apolobamba.

La revisión del Módulo de Información Básica de la Red 2 – Apolobamba, al 2010 muestra el siguiente perfil de morbilidad para Charazani, teniendo como principal causa de morbilidad la Bronquitis aguda en todos los grupos etáreos, excepto en el grupo de 5 a 9 años donde es la pioderma la más frecuente.

En el caso del municipio de Curva, la principal causa de morbilidad son las enfermedades respiratorias de las vías superiores, constituyéndose estas en los diagnósticos de consulta externa más reiterados en casi todos los grupos etáreos. Así para los mayores de 60 años es la desnutrición proteico calórica no especificada la principal causa de morbilidad y en segundo lugar el resfriado común. Es también importante mencionar que para el menor de un año son la diarrea y la gastroenteritis de presunto origen infeccioso la segunda causa más frecuente de morbilidad.

## APROXIMACIÓN AL PERFIL DE MORBILIDAD SOCIOCULTURAL

### CHARAZANI

Obtuvimos la información de las siguientes comunidades o zonas: Inca Roca, Huato, Sayhuany, Moyapampa, Sorapata, Takachillani, Atiqui, Viscachani, Amarete, Jotahoco, Caata, Charazani, Chullina, Florida y Soropata. Las enfermedades más frecuentes encontradas en niños, niñas, mujeres y hombres fueron las siguientes:

### ENFERMEDADES SOCIALES Y BIOMÉDICAS DE VARONES ADULTOS

Enfermedades del varón	H	S	M	S	T	A	V	I.R	A	J	S	C	Ch	Chu	C	Fl
Dolor de cabeza	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X	X
Dolor de muela	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	X	X	X	X	X	X
Reumatismo	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x		X				
Pulmonía	x	x	x	X	x	x	x	x	x				X	X		
Dolor de espalda	x	x	x	X	x	x	x				X					
Dolor de oído	x	x	x	X	x	x	x				X					
Dolor de estómago	x	x	x	X	x							X			X	X
Próstata	x	x	x	X								X	X	X		
Cólico	x			X								X	X	X	X	X
Enfermedad del ojo	x	x	x										X	X		
Calambre	x	x										X	X			
Tos-Resfrió	x										X		X			X
Dolor de garganta	x	x														
Vesícula	x										X	X				
Paludismo											X	X				X
Tuberculosis	x										X					
Debilidad											X	X				
Calambre											X					

Fuente: Elaboración en base a los datos en los DRP de algunas comunidades de La Provincia Bautista Saavedra, CEDEC, 2005-2009. ■ Son los datos recogidos en el 2009  
■ Son datos recogidos de los DRPs del 2011.

Nota: Huato (2005), Saihuani (2005), Moyapampa (2009), Soropata (2009),  
 Tacachillani (2009), Atiqui (2009), Viscachani (2009), Inca Roca (2009),  
 Amarete (2005) Jotahoco (2005), Caata (2011), Charazani (2011),  
 Chullina (2011), Florida (2001), Soropata(2011)

## ENFERMEDADES CULTURALES

Enfermedades del varón	H	S	M	S	T	A	V	I.R	A	J	C	Ch	Chu	C	Fl	S
Rayo, Kjakjas											X					X
Puchichi												X			X	
Rasca rasca																X
Rea rea											X					

Fuente: Elaboración en base a los datos en los DRP de algunas comunidades de La Provincia Bautista Saavedra, CEDEC, 2005-2009. ■ Son los datos recogidos en el 2009

■ Son datos recogidos de los DRPs del 2011.

Nota: Huato (2005), Saihuani (2005), Moyapampa (2009), Soropata (2009), Tacachillani (2009), Atiqui (2009), Viscachani (2009), Inca Roca (2009), Amarete (2005) Jotahoco (2005), Caata (2011), Charazani (2011), Chullina (2011), Florida (2001), Soropata (2011)

Los cuadros anteriores muestran que las enfermedades sociales y biomédicas más frecuentes en varones adultos son: dolor de cabeza, dolor de muela, reumatismo y pulmonía. Por otro lado, las enfermedades culturales más frecuentes son: Rayo, Kjakjas y Puchichi.

Ahora veremos las enfermedades más frecuentes para las mujeres adultas:

## ENFERMEDADES CULTURALES

Enfermedades de la mujer	H	S	M	S	T	A	V	I.R	A	J	C	Ch	Chu	C	Fl	S
Bilis	x	x	x	X	x						X		x			x
Sobre parto	x		x	X		x	X			x						
Rasca rasca											X				x	
Susto												x				x
Milla											X					
Encanto											X					

Fuente: Elaboración en base a los datos en los DRP de algunas comunidades de La Provincia Bautista Saavedra, CEDEC, 2005-2009. ■ Son los datos recogidos en el 2009

■ Son datos recogidos de los DRPs del 2011.

Nota: Huato (2005), Saihuani (2005), Moyapampa (2009), Soropata (2009), Tacachillani (2009), Atiqui (2009), Viscachani (2009), Inca Roca (2009), Amarete (2005) Jotahoco (2005), Caata (2011), Charazani (2011), Chullina (2011), Florida (2001), Soropata (2011)

## ENFERMEDADES SOCIALES Y BIOMÉDICAS



Enfermedades de la mujer	H	S	M	S	T	A	V	I.R	A	J	C	Ch	Chu	C	Fl	S
Reumatismo	x	x	x	X	x	x	x	x			X	x				x
Dolor de cabeza	x	x	x	X	x	x					X	x			x	x
Riñón	x	x	x								X	x	x		x	x
Dolor de matriz	x	x	x	X	x	x					X					
Dolor de muela	x	x	x								X	x			x	x
Pulmón	x	x	x	X	x								x			
Hinchazón del pie	x	x	x	X												x
Dolor de espalda	x	x	x										x			x
Dolor de estómago	x	x	x	X												
Lagañas	x	x	x	X												
Tuberculosis	x										X					x
Dolor de cintura	x	x	x													
Sangrado de nariz	x	x														
Dolor de pecho	x															

Fuente: Elaboración en base a los datos en los DRP de algunas comunidades de La Provincia Bautista Saavedra, CEDEC, 2005-2009. ■ Son los datos recogidos en el 2009.

■ Datos recogidos de los DRPs del 2011

Nota: Huato (2005), Saihuani (2005), Moyapampa (2009), Soropata (2009), Tacachillani (2009), Atiqui (2009), Viscachani (2009), Inca Roca (2009), Amarete (2005), Jotahoco (2005), Caata (2011), Charazani (2011), Chullina (2011), Florida (2001), Soropata (2011)

Las enfermedades biomédicas y sociales más frecuentes de las mujeres son: reumatismo, dolor de cabeza, dolor de matriz, pulmón. Las enfermedades culturales más frecuentes son: bilis, sobrepeso y rasca rasca.

A continuación se detallan las enfermedades más frecuentes de los y las niños/as:

### ENFERMEDADES SOCIOCULTURALES

Enfermedades del niño	H	S	M	S	T	A	V	I.R	A	J	C	Ch	Chu	C	Fl	S
Rasca rasca											X	x		x	x	X
Cólico											X					
Susto												x			x	
Amartelo												x				
Puchichi																X

Fuente: Elaboración en base a los datos en los DRP de algunas comunidades de La Provincia Bautista Saavedra, CEDEC, ■ Son datos recogidos de los DRPs del 2011.

Nota: Huato (2005), Saihuani (2005), Moyapampa (2009), Soropata (2009), Tacachillani (2009), Atiqui (2009), Viscachani (2009), Inca Roca (2009), Amarete (2005), Jotahoco (2005), Caata (2011), Charazani (2011), Chullina (2011), Florida (2001), Soropata (2011)

### ENFERMEDADES SOCIALES Y BIOMÉDICAS

Enfermedades del niño	H	S	M	S	T	A	V	I.R	A	J	C	Ch	Chu	C	Fl	S
Gripe-Tos	x	x	x	X	x	x	x	x				x		x		x
GusanXra	x	x	x	X	x	x	x						x		x	
Dolor de muela	x	x	x	X	x	x	x						x			x
Calentura o fiebre	x	x	x	X							x			x		
Dolor de cabeza	x	x	x											x		
Vómitos	x	x	x											x		
Desnutrición											x	x			x	x
Diarrea											x	x	x			
Maltrato psicológico												x				x
Dolor de pie	x	x														
Anemia	x															
Dolor de ojo	x															
Ojo rojo	x															

Fuente: Elaboración en base a los datos en los DRP de algunas comunidades de La Provincia Bautista Saavedra, CEDEC, 2005-2009. ■ Son los datos recogidos en el 2009 ■ Son datos recogidos de los DRPs del 2011.

Nota: Huato (2005), Saihuani (2005), Moyapampa (2009), Soropata (2009), Tacachillani (2009), Atiqui (2009), Viscachani (2009), Inca Roca (2009), Amarete (2005) Jotahoco (2005), Caata (2011), Charazani (2011), Chullina (2011), Florida (2001), Soropata (2011)

## ENFERMEDADES SOCIOCULTURALES


Enfermedades de la niña	H	S	M	S	T	A	V	I.R	A	J	C	Ch	Chu	C	Fl	S
Rasca rasca											X	x		x	x	
Susto												x		x		X
Raya raya															x	X
Cólico											X					
Amartelo												x				
Empacho	x															


Fuente: Elaboración en base a los datos en los DRP de algunas comunidades de La Provincia Bautista Saavedra, CEDEC, ■ Son datos recogidos de los DRPs del 2011.

Nota: Huato (2005), Saihuani (2005), Moyapampa (2009), Soropata (2009), Tacachillani (2009), Atiqui (2009), Viscachani (2009), Inca Roca (2009), Amarete (2005) Jotahoco (2005), Caata (2011), Charazani (2011), Chullina (2011), Florida (2001), Soropata (2011)

## ENFERMEDADES SOCIALES Y BIOMÉDICAS

Enfermedades de la niña	H	S	M	S	T	A	V	I.R	A	J	C	Ch	Chu	C	Fl	S
Diarrea	x	x	x	X	x	x	x	x			x	x	x			x
Dolor de cabeza	x	x	x	X	x	x	x				x					x
Gripe-tos	x	x	x	X							x	x		x		x
Gusanera	x	x	x	X										x		x
Dolor de muela	x	x	x	X											x	x
Calentura o fiebre	x	x												x		x
Desnutrición											x	x				x
Dolor de pie	x	x	x													
Dolor de oído	x	x														
anemia	x															
Empacho	x															
Dificultad respiratoria	x															
Vómitos	x															
Ojo Rojo	x															

Fuente: Elaboración en base a los datos en los DRP de algunas comunidades de La Provincia Bautista Saavedra, CEDEC, 2005-2009.  Son los datos recogidos en el 2009

 Son datos recogidos de los DRPs del 2011.

Nota: Huato (2005), Saihuani (2005), Moyapampa (2009), Soropata (2009), Tacachillani (2009), Atiqui (2009), Viscachani (2009), Inca Roca (2009), Amarete (2005) Jotahoco (2005), Caata (2011), Charazani (2011), Chullina (2011), Florida (2001), Soropata (2011)

Las enfermedades presentadas en los niños y las niñas son similares. La más frecuentes son: gripe-tos, gusanera, diarrea, dolor de muela, vómitos. Por otro lado, las enfermedades culturales son: rasca-rasca, susto y cólico.

### CURVA

Obtuvimos la información de las siguientes zonas: Caalaya, Cañuma, Curva, Sanachi y Upinhuaya. Las enfermedades más frecuentes encontradas en niños, niñas, mujeres y hombres fueron las siguientes:

## ENFERMEDADES CULTURALES

Enfermedad de los varones	Caalaya	Cañahuma	Curva	Sanachi	Upinhuaya
Bilis		x			

Fuente: Elaboración en base a los datos en los DRP realizados en el Municipio de Curva y sus zonas cedec 2011

## ENFERMEDADES BIOMÉDICAS Y SOCIALES

Enfermedad de los varones	Caalaya	Cañahuma	Curva	Sanachi	Upinhuaya
Dolor de cabeza	X		x	x	x
Pulmón	X	X	x	x	
Riñón	X	x		x	X
Dolor de oído	X		x	x	
Dolor de huesos			x	x	X
Mal de Corazón	X				X
Mal de cerebro	X				x
Reumatismo	x	x			
Adormecimiento pies			x		X
Vesícula			x		X
Dolor espalda		x	x		
Cintura		x		x	
Tos	X				
Acidez	X				
Presión alta	X				
Gusanera	x				
Próstata	x				
Várices	x				
Dolor de ojos		x			
Dolor de barriga			x		
Garanta				x	
Desnutrido					X

Fuente: Elaboración en base a los datos en los DRP realizados en el Municipio de Curva y sus zonas cedec 2011

Las enfermedades biomédicas y sociales más frecuentes de los varones son: dolor de cabeza, pulmón, riñón, dolor de oído. La única enfermedad cultural detectada es la bilis.

## ENFERMEDADES CULTURALES

Enfermedades de la mujer	Caalaya	Cañahuma	Curva	Sanachi	Upinhuaya
Sobrepeso	x	X	x		

Fuente: Elaboración en base a los datos en los DRP realizados en el Municipio de Curva y sus zonas cedec 2011

## ENFERMEDADES BIOMÉDICAS Y SOCIALES

Enfermedad de la mujer	Caalaya	Cañahuma	Curva	Sanachi	Upinhuaya
Dolor de cabeza	x	x	x	x	X
Dolor de garganta	x		x	x	
Dolor de espalda	x	x	x		
Pie se hincha	x	x		x	
Dolor de estómago	x		x		x
Riñón		x		x	x
Reumatismo		x			x
Dolor de matriz				x	x
Dolores musculares	x				
Parálisis	x				
Escozor en la cara		x			
Tumor en el pecho			x		
Acidez			x		
Dolor de huesos			x		
Dolor de ojos				x	
Dolor de muela				x	
Dolor de pulmones					X
Dolor de cintura	x				

**Fuente:** Elaboración en base a los datos en los DRP realizados en el Municipio de Curva y sus zonas cedec 2011

La enfermedad cultural más frecuente de las mujeres es el sobrepeso. Las enfermedades biomédicas y sociales más frecuentes son: dolor de cabeza, dolor de garganta y dolor de espalda.

## ENFERMEDADES CULTURALES

Enfermedades del niño	Caalaya	Cañahuma	Curva	Sanachi	Upinhuaya
Cólicos	x				x
Susto				x	x
Amartelo					x

**Fuente:** Elaboración en base a los datos en los DRP realizados en el Municipio de Curva y sus zonas cedec 2011

## ENFERMEDADES BIOMÉDICAS Y SOCIALES

Enfermedades del niño	Caalaya	Cañahuma	Curva	Sanachi	Upinhuaya
Diarrea	x	X	x	x	x
Gripe	x	X		x	
Tos	x	X			
Dolor de muela			x	x	
Gusanera	x				
Dolor de vejiga		X			
Debilidad		X			
Dolor de cabeza			x		
Fiebre			x		
Dolor de brazo			x		

**Fuente:** Elaboración en base a los datos en los DRP realizados en el Municipio de Curva y sus zonas cedec 2011

## ENFERMEDADES BIOMÉDICAS Y SOCIALES

Enfermedad de la niña	Caalaya	Cañahuma	Curva	Sanachi	Upinhuaya
Diarrea	x	X	x		x
Gripe	x	X		x	x
Dolor de estómago	x		x		x
Tos	x	X			
Dolor de hueso	x				x
Dolor de oído		X			x
Vómito	x		x		
Fiebre	x				
Gusanera	x				
Lagaña en los ojos		X			
Flaco		X			
Granitos			x		
Desnutrición				x	
Neumonía				x	

**Fuente:** Elaboración en base a los datos en los DRP realizados en el Municipio de Curva y sus zonas cedec 2011

## ENFERMEDADES CULTURALES

Enfermedades de la niña	Caalaya	Cañahuma	Curva	Sanachi	Upinhuaya
Cólico	x				x
Susto				x	x
Amartelo					x

**Fuente:** Elaboración en base a los datos en los DRP realizados en el Municipio de Curva y sus zonas cedec 2011

El perfil de enfermedades de niños no varía respecto al de niñas. En ambos casos, las enfermedades biomédicas y sociales más frecuentes son: diarrea y gripe. Las enfermedades culturales más frecuentes son cólico y susto.

---

## MEDIDAS DE AUTO-ATENCIÓN

### ENFERMEDADES BIOMÉDICAS

A continuación detallamos el diagnóstico y tratamiento que las comunidades de Curva y Charazani realizan sobre algunas de las enfermedades más comunes.

*Dolor de cabeza:* La causa de esta dolencia es por exponerse al sol. Para aliviar el dolor de cabeza toman infusiones de plantas medicinales como el eucalipto, rosas rojas o blancas, manzanilla. Algunas veces se dirigen al centro de salud. Para las comunidades la solución a esta causa es tener mayor cuidado de no estar mucho tiempo en el sol con los trabajos duros que hay en las comunidades. Esta enfermedad se presenta a cualquier edad y en cualquier momento.

*Resfrió-Tos:* El resfrió y la tos son por causa del frío, el sol, cambio de temperatura. La forma de curar esta enfermedad es con la preparación de infusiones de eucalipto, azúcar quemada con agua, muña muña, manzanilla, limón con agua caliente. Generalmente, recurren a tratar esta enfermedad en sus casas, donde, además de tomar los mates mencionados, abrigan su cuerpo. Esta enfermedad es una de las más comunes, aunque ataca con mayor frecuencia a niños y niñas.

*Dolor de muela:* Las causas de las caries son por no lavarse los dientes, comer dulces. Otra de las causas es la descalcificación por el embarazo. Para calmar el dolor aplican clavo de olor, hojas de solimán y alcohol en los dientes cariados. Frecuentemente compran calmantes del botiquín y acuden al hospital sólo en tercera instancia. Otra solución es lavarse todos los días los dientes y no dar dulces a los niños/as. Las caries son un problema para toda la comunidad.

*Reumatismo:* Esta enfermedad es causada porque se acumula “agua amarilla” en las articulaciones, por hacerse pasar el frío, mojarse en la lluvia. Para tranquilizar el dolor hay que frotarse con el cebo de la vaca, tomar mate de matico. Esta dolencia es tratada en el hogar o visitan al kallawaya, utilizando plantas medicinales. Normalmente ataca mujeres y hombres adultos.

*Dolor de estómago:* Para la comunidad, esta enfermedad es ocasionada por comer comida guardada, comida fría, agua sucia. Para tranquilizar el dolor hacen infusiones de anís, muña muña, aceite de oliva, mate de coca, cebada y/o linaza quemada. Normalmente, esta dolencia se trata en la casa. Para prevenir el dolor de estómago se lavan las manos, evitan comer comida guardada, abrigan el estómago, asean de la cocina. Este padecimiento es sufrido por todas las personas y en cualquier momento, pero en especial los niños/as.

*Sobre parto:* Después del parto, las mujeres hacen trabajos fuertes o no se cuidan, lo que ocasiona esta enfermedad. Para curar esta dolencia buscan ayuda de la partera o kallawaya, para preparar pomadas naturales para friccionar. También preparan mate de manzanilla, muña muña y ruda, mate de uña de gato. En última instancia, asisten al centro de salud.

*Matriz:* La enfermedad consiste en el sangrado y dolores de matriz. Las mujeres identifican que este problema ocurre por tener muchos hijos o por una mala atención del puerperio o una mala atención del parto en el centro de salud. Las mujeres prefieren curarse en sus hogares tomando mates de uña de gato, cola de caballo. Muchas no van al centro de salud.

*Diarrea:* La diarrea es por causa de la suciedad, pasa el frío en el estómago, desnutrición, por las bacterias. Para tratar la diarrea en el hogar preparan infusiones de muña muña, hierba buena, manzanilla. Cuando no se puede tratar la diarrea asisten al centro de salud más cercano. Para evitar la diarrea se debe abrigar la barriga del niño, lavar bien los alimentos.

---

## ENFERMEDADES CULTURALES

*Susto:* Es causado por una caída del niño o alguna impresión fuerte que ocasionó que se asusta. Para tratar esta enfermedad se visita al kallawaya para que él pueda llamar su ánimo, también preparan medicamentos tradicionales o q'was.

*Empacho:* Esta enfermedad es causada por el resfrió de todo el cuerpo o comer mucha comida de todo tipo. Para calmar el empacho se toma el orín de la alpaca, mate de hierba buena, mate de orégano. Esta dolencia es curada en el hogar con cuidados personales.

## CONCLUSIONES

Curva y Charazani son municipios pobres, carecen de una oferta adecuada de alimentos, generan pocos ingresos, tiene un bajo nivel de educación y poseen no todos sus habitantes poseen servicios básicos. Se alejan de las cifras a nivel departamental

Los indicadores de atención materna e infantil progresaron en mayor medida en curva respecto a Charazani. En particular, la cobertura de partos en Charazani a pesar de incrementarse los controles prenatales los partos siguen realizándose fuera del servicio.

Si bien el perfil epidemiológico biomédico local coincide con la priorización de programas nacionales a nivel de niños y niñas, esto no ocurre con las mujeres y hombres adultos quienes señalan dolores musculares como una causa de morbilidad frecuente que no es priorizada por el servicio de salud.



## BIBLIOGRAFÍA

Arévalo, María. Suarez Miguel. Rocha, Gilka. "Inmunización en Niños." *revista Paceña de Medicina Familiar*, 2007: 76.

Barrientos, Rene. *Perfil epidemiológico de Enfermedades Transmisibles*. 2011.

Calvo, Alfredo. "Análisis de la situación demográfica del país." 2000.

Cervantes, Rafael. "Uso de Insecticidas para el control de enfermedades transmitidas por vectores." *Boletín informativo*, 2008: 1-2.

Comité Técnico del Concejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CT-CONAN) . *Programa Multisectorial Desnutrición Cero* . 2008.

ESCUADERO, Carolina. *Fundamentos del Plan de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Safci) Bolivia: Los partos interculturales son inclusivos con respecto a las poblaciones indígenas, ancestralmente las más desfavorecidas*. Diciembre 1ro, 2011.  
<http://www.amecopress.net/spip.php?article8372> (accessed Diciembre 10, 2011).

INE - Ministerio de Hacienda. *Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad*. 2003.

Instituto Nacional de Estadística. *Bolivia: Características Sociodemográficas de la población*. La Paz: INE, 2003.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. *PERFIL DE MORBILIDAD*. 2004.

Ministerio de Salud y Deportes. *Plan Estratégico Multisectorial Programa Nacional ITS/VIH/SIDA*. 2008.

—. *Programa Nacional de Control de Tuberculosis Bolivia* . 2005.

Ministerio de salud y deportes, Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 2008*. 2009.

Moiso, A. *Determinantes de la Salud*.

Regidor, Enrique. "Desigualdades Sociales en Salud: Situación en España en los últimos años del siglo XX." *Revista Española de Salud Pública*, 2002.

SEDES La Paz. *ATLAS DE SALUD 2006 Departamento de La Paz*. La Paz: Organización Panamericana de la Salud, 2006.

SNIS-VE. *GUÍA GENERAL INDICADORES DE GESTIÓN EN SALUD*. La Paz, 2008.

VARGAS, Ana Maria, AGUILAR ESCOBAR, Jimena, QUIROGA CAMACHO, José et al. "Dengue clásico y hemorrágico: sospecha diagnóstica de una enfermedad reemergente." *Gac Med Bol*, 2008: 1.

CEDEC, Centro de Defensa de la Cultura, "Diagnóstico Rural Participativo", CEDEC, La Paz, 2005/2009.

FERNANDEZ, Gerardo, "Salud e interculturalidad en América Latina Perspectivas antropológicas", ABY YALA, 2004.

FERNANDEZ, Gerardo, "El Banquete aymara Mesas y yatiris", hisbol, La Paz Bolivia, 1995.

GONZALES, Lilian, "Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural", salud pública, México, 1993.

LOZA, Carmen Beatriz, "El laberinto de la curación Itinerarios terapéuticos en las ciudades de La Paz y El Alto", ISEAT, La Paz, 2008.

MARTINEZ, Gabriel, "Una mesa ritual en sucre. Aproximaciones semióticas al ritual andino", HISBOL-ASUR, La Paz, 1987

MEDINACELI, Armando, Aguirre, Gabriela, "Medicina tradicional de las comunidades indígenas del río Quiquibey, Bolivia", Fundación PRAIA, FIDA, COOPERAZIONE ITALIANA, MAPAJÓ, CAF, PRAIA, Bolivia, s/a.

MENENDEZ, Eduardo, "La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?", ALTERIDADES, 1994.

PARICAGUA, Iván, "MAMURI' Plantas medicinales de la Provincia Velasco", Junta de comunidades de Castilla de la Mancha, Agencia Catalana de cooperación al Desarrollo, Santa Cruz, Bolivia, 2010.

RAMÍREZ, Hita, Susana, "Donde el viento llega cansado Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí", Cooperación Italiana, Bolivia, 2005.

SECRETARIA NACIONAL DE SALUD, "Interpretación de enfermedades Aymara, Quechua y sus equivalentes en nosología médica", CEDOS, PROCOSI, La Paz, Bolivia, 1997

TAPIA, Ingrid, Delgadillo Juan Carlos, "El proceso del fortalecimiento de la medicina tradicional: El consejo Departamental de Médicos tradicionales y Originarios de Potosí" En: "Yachay Tinkuy Salud Interculturalidad en Bolivia y América Latina", 2da. Edición: PROHISABA, Cooperación Italiana, Editorial gente común, Bolivia, 2010.

ESCUADERO, C. (1ro de Diciembre de 2011). Fundamentos del Plan de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Safci) Bolivia: Los partos interculturales son inclusivos con respecto a las poblaciones indígenas, ancestralmente las más desfavorecidas. Recuperado el 10 de Diciembre de 2011, de <http://www.amecopress.net/spip.php?article8372>