



2012 CONTIGO
AVANZAMOS



SISTEMATIZACIÓN EXPERIENCIA EN SALUD

PROYECTO:

Salud familiar comunitaria con interculturalidad y fortalecimiento de los servicios de salud en 12 municipios de la Mancomunidad de Municipios de la Cuenca del Río Caine y Chimore Departamentos de Potosí, Cochabamba y Chuquisaca
2007-2008

INDICE

Identificación ASI.....	pág. 3
A) Descripción general de la experiencia.....	pág. 4
B) Resultados e impacto.....	pág. 5
C) Enfoques Atributos y componentes encontrados en la experiencia.....	pág. 9
D) Anexos.....	pág. 12

SISTEMATIZACIÓN EXPERIENCIA EN SALUD

PROYECTO: Salud familiar comunitaria con interculturalidad y fortalecimiento de los servicios de salud en 12 municipios de la Mancomunidad de Municipios de la Cuenca del Río Caine y Chimore Departamentos de Potosí, Cochabamba y Chuquisaca
2007-2008

A) DATOS GENERALES DE LA ENTIDAD EJECUTORA

A IDENTIFICACIÓN ASI		
NOMBRE SOCIAL: ACCION DE SALUD INTEGRAL		ACRÓNIMO (en su caso): ASI
PERSONALIDAD JURÍDICA: ONG Organización No Gubernamental Resolución prefectural Nro. 5-034/97	FECHA DE CONSTITUCIÓN (dd/mm/aaaa): 30/03/1997	
SEDE SOCIAL		
DIRECCIÓN (calle/plaza y nº): Calle Walter Ceballos 147	LOCALIDAD Y CÓDIGO POSTAL: Cochabamba	PAÍS: Bolivia
TELÉFONO: 4-4022201	FAX: 4-4022201	CORREO ELECTRÓNICO: asi_bolivia1@yahoo.es
NÚMERO DE SOCIOS: 7	NÚMERO DE TRABAJADORES: 16	NÚMERO DE VOLUNTARIOS: 1

B) DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA

El Proyecto tuvo una duración de dos años. Se inició en Febrero de la gestión 2007 y concluyó en diciembre 2008. Se desarrolló en el área geográfica de la Mancomunidad de Municipios de la Cuenca del Río Caine y en el municipio de Chimoré abarcando 12 municipios de 3 departamentos. En el Departamento de Potosí los municipios de Sacaca, San Pedro, Torotoro, Acasio y Arampampa. En el Departamento de Cochabamba: Sacabamba, Tarata, Anzaldo, Arbieta y Chimoré. Y en el Departamento de Chuquisaca el municipio de Poroma.

Se llevó a cabo enmarcado en un Convenio con varias instituciones: Vice ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, SEDES Potosí, Cochabamba y Chuquisaca, Medicus Mundi, SEPADES, CADES y ASI.

Los problemas identificados en la línea de base fueron:

Exclusión social en general, y de salud en particular, de los pueblos indígenas vulnerables, que se explica por:

- Alto riesgo socioeconómico a enfermar y morir: bajos ingresos, inseguridad alimentaria, analfabetismo en mujeres y bajos grados de escolaridad, entre otros factores.
- Poco acceso a los servicios de salud: insuficiencias del seguro de salud, inadecuación cultural de los servicios de salud, formación biologicista del personal de salud, inaccesibilidad geográfica y dispersión poblacional.
- Insatisfacción de los usuarios por la prestación de servicios: maltrato, desconocimiento del idioma nativo por una parte del personal de salud, deficiencias en la calidad de atención y gestión, y menosprecio a la medicina tradicional.

En función de esta problemática, el objetivo específico, los resultados esperados y las líneas estratégicas del proyecto, se formularon como se detalla a continuación:

Objetivo específico

Incrementar el acceso de la población indígena a los servicios de salud de 1er. Nivel de atención.

Indicadores a cumplir:

- Se incrementa en 10% el acceso a la consulta externa de la población en general
- Se incrementa la atención del parto por personal capacitado e institucional en 10%
- Se incrementa la satisfacción de los (as) usuarios (as) de los servicios de salud apoyados por el proyecto: de cada 10 usuarios 7 se sienten satisfechos.
- Servicios de salud con atención de parto intercultural.

Resultados esperados

Resultado 1

Redes de servicios de salud, adecuadas a las características geográficas y demográficas de los pueblos indígenas

Resultado 2

Se ha fortalecido un sistema único de salud, que incluye diferentes modelos de atención en salud (auto atención, medicina tradicional y occidental)

Resultado 3

Se cuenta con personal institucional y comunitario capaz de satisfacer la demanda de salud de los pueblos indígenas

Resultado 4

Se ha mejorado la gestión sanitaria, con la participación de las comunidades, Gobierno Municipal, personal de salud.

Resultado 5

Las familias, el personal de salud y las autoridades locales han priorizado el estado de salud de los niños y madres en situación de riesgo bajo un enfoque integral (no solo biológico)

Líneas estratégicas

1. Conocimiento de la cultura y cosmovisión de la atención del parto a través de encuentros con parteras y aplicación de una historia clínica con enfoque intercultural en establecimientos de 1er. y 2do. Nivel de atención.
2. Encuentros de la medicina moderna y medicina tradicional indígena para configurar el modelo de adecuación intercultural y enfoque de género.
3. Alianzas estratégicas.
4. Contribuir a implementar un sistema de salud único con dos modelos de atención que interactúan entre sí (medicina tradicional y occidental)
5. Recuperar los conocimientos y las prácticas del recurso local, de las parteras y de los médicos tradicionales.

C) RESULTADOS E IMPACTO ALCANZADOS POR EL PROYECTO

Cumplimiento del **Objetivo Específico**:

- **Se incrementa en 10% el acceso a la consulta externa de la población en general**

Se incrementó el acceso a la consulta externa en un 48% en relación a la gestión del 2006, año de la línea de base. De 60.584 consultas externas atendidas en los 35 Servicios de salud el 2006 se incrementó a 89.948 consultas externas. De los 35 Centros o Puestos de salud dicho incremento se dio en 30 Establecimientos y en 5 se mantuvo o disminuyó. La presencia continua de los médicos tradicionales contribuyó en este proceso

ya que los usuarios al asistir a la atención de la medicina tradicional también tenían la posibilidad de acceder al servicio de salud biomédico.

Es importante aclarar que en el total de consultas externas no se toman en cuenta las realizadas por los médicos tradicionales, ya que la fuente de información es el SNIS, que no las registra.

- Se incrementa la atención del parto por personal capacitado e institucional en 10%.

Las atenciones del parto por personal de salud, en y fuera del servicio, fueron 940 en la gestión 2006 llegando a 1.732 en 2008 lo que representa 84% de incremento.

- Se incrementa la satisfacción de los (as) usuarios (as) de los servicios de salud apoyados por el proyecto: de 10 usuarios 7 se sienten satisfechos.

La encuesta de línea de base solo se realizó en los municipios de Potosí y Cochabamba. De cada 10 usuari@s 5 se sentían satisfechos en relación al tiempo de espera, la calidad de atención por el médico académico y la atención por el médico tradicional (Ver Anexo 13).

- Servicios de salud con la atención del parto intercultural.

De 35 Centros y Puestos de salud, 30 se equiparon con materiales para la atención del parto con adecuación intercultural.

Se registraron 2.850 consultas de medicina tradicional en la gestión 2008.

Cumplimiento del **Resultado 1:**

- 1) Se adecuaron 30 de 35 Centros y Puestos de salud con equipos e insumos y salas interculturales para la atención del parto y la medicina tradicional:

Refacciones de infraestructura	
1	P.S. Chirokasa
2	P.S. Piriquina
3	P.S. Mallcuchapi
4	P.S. Yunkataqui
5	P.S. Pucara
6	P.S. Copapugio
7	P.S. Huertamayú
8	P.S. Tiataco
9	C.S. Chimore
10	P.S. Rodeo Escalón
Equipamiento para parto intercultural y medicina tradicional	
1	C.S. Hospital San Pedro
2	P.S. San Marcos
3	P.S. ChiroK'asa
4	C.S. El Buen Samaritano de Acasio
5	P.S. Totoroma
6	P.S. Piriquina
7	C.S. Torotoro
8	P.S. Añahuani
9	C.S. Hospital Sacaca

10	P.S. Mallcuchapi
11	P.S. Tarwachapi
12	C.S. Renato Castro (Arampampa)
13	P.S. Santiago
14	C.S. Hospital Poroma
15	P.S. Tholapampa
16	P.S. Chalcha
17	C.S. Hospital Sacabamba
18	P.S. Matarani
19	P.S. Yunkataqui
20	C.S. Anzaldo
21	P.S. Pucara
22	C.S. Arbieto
23	P.S. Tiataco
24	P.S. Copapujyo
25	C.S. Tarata
26	P.S. Huertamayu
27	P.S. Izata
28	C.S. Chimore
29	P.S. La Misión
30	P.S. El Carmen

- 2) Se equipó y adecuó 6 laboratorios de medicina tradicional para la elaboración de medicamentos en 6 de 34 Centros de Salud. Los establecimientos de salud priorizados fueron: Sacaca, Chirokasa, Torotoro, Chimore, Sacabamba y Arampampa.

Los productos que se elaboraron se detallan a continuación:

- Pomada antirreumática
- Pomada mentizan
- Pomada para la sarna
- Pomadas cicatrizantes
- Jarabe antitusivo
- Pastillas de eucalipto
- Parche o emplasto
- Tintura para el dolor reumático (fricción)
- Extracto de eucalipto

Se cuenta con un manual de plantas medicinales y de elaboración de productos de medicina natural.

- 3) Se sistematizaron 33 protocolos de atención de medicina tradicional y 32 experiencias en la atención de enfermedades en los tres pisos ecológicos (Trópico, Valle y Altiplano), a través de talleres de intercambio entre médicos tradicionales, personal de salud y la Facultad de Bioquímica de la Universidad Mayor de San Simón.
- 4) Para mejorar el acceso a las comunidades se entregaron motocicletas a los médicos tradicionales, un motor fuera de borda para el río en Chimoré y una ambulancia para el Centro de Salud Hospital de Arampampa.
- 5) Se firmaron convenios con 9 municipios de la Mancomunidad del Caine para dar sostenibilidad a la asistencia social de pacientes de referencia del extremo norte de Potosí y los municipios del valle alto de Cochabamba.

Cumplimiento del **Resultado 2:**

- 6) Se fortalecieron 3 organizaciones de médicos tradicionales (San Pedro de Buena Vista, Torotoro y Sacaca) y se conformaron 9 organizaciones de médicos tradicionales en los otros municipios (Arampampa, Acasio, de Potosí, Sacabamba, Anzaldo, Tarata, Arbieta, Chimore, de Cochabamba y Poroma de Chuquisaca).
- 7) Se han certificado 150 médicos tradicionales y naturistas de 180 que son parte de las organizaciones en cada uno de los municipios, cumpliendo los requisitos del Viceministerio de Medicina Tradicional.
- 8) Se incluyeron 11 consultorios de médicos tradicionales, como parte de la estructura del sistema de salud, en 11 Centros de salud. Y se ha contratado a 11 médicos tradicionales responsables de los municipios, con recursos de los Gobiernos municipales, con la responsabilidad de apoyar a la organización de los médicos tradicionales, realizar atenciones y sistematizar la experiencia.
- 9) Se elaboró el documento legal, considerando la Constitución Política del Estado y las disposiciones y/o acuerdos internacionales existentes, para respaldar la práctica de la medicina tradicional, respaldando de esta forma la asignación de recursos económicos para la medicina tradicional por parte de los Gobiernos municipales.
- 10) Se construyó el perfil del médico tradicional y las funciones que debería tener dentro y fuera del servicio de salud.
- 11) Se identificaron las primeras causas de consultas de la medicina tradicional atendidas por los médicos tradicionales.

Cumplimiento del **Resultado 3:**

- 12) Se implementó la referencia entre la medicina tradicional y la Biomedicina a través de un formulario, el cual tuvo su impacto mientras el proyecto se desarrollaba pero posteriormente no se lo siguió utilizando por parte del personal de salud.
- 13) Se diseñó un plan educativo para el personal de salud y los médicos tradicionales que contenía temas relacionados con la salud desde la Cosmovisión Andina de los pueblos originarios.
- 14) Se organizaron 3 congresos de medicina tradicional para validar los protocolos de 33 atenciones de la medicina tradicional y sistematizar 30 experiencias de los sabios de la medicina tradicional.
- 15) Se elaboró un libro con las investigaciones de la medicina tradicional para los municipios del Extremo Norte de Potosí, el valle Alto y el trópico de Cochabamba, presentándolo posteriormente ante el SEDES Potosí, Cochabamba y el Ministerio de Salud y Deportes.
- 16) Se capacitó a todo el personal de salud de la zona del proyecto en Nutrición, Interculturalidad y Cosmovisión andina, de acuerdo al Plan educativo.

Cumplimiento del **Resultado 4:**

- 17) Se logró incluir recursos económicos para la contratación y actividades de los médicos tradicionales por parte de los municipios. Se incorporó a los médicos tradicionales como parte de la estructura organizativa del sector salud.
- 18) Se entregó la sistematización de la experiencia, los protocolos y las normas de atención del parto desde la visión de los pueblos originarios al Vice ministerio de Medicina Tradicional.

Cumplimiento del **Resultado 5:**

- 19) Se trabajó intersectorialmente con 22 Unidades educativas capacitando a los docentes y a partir de ellos a los estudiantes en temas de salud intercultural. Se construyeron herbolarios y realizaron investigaciones sobre medicina tradicional con los estudiantes.
- 20) Se organizaron 2 ferias en la ciudad de Potosí, 1 en La Paz y 2 en Cochabamba para dar a conocer las experiencias de Medicina Tradicional desarrolladas por el proyecto.

D) ENFOQUES, ATRIBUTOS Y COMPONENTES PARA UN MODELO DE INTEGRAL E INCLUYENTE DE SALUD, ENCONTRADOS EN LA EXPERIENCIA

Enfoques

a) Salud como Derecho

El objetivo del proyecto apunta a mejorar el ejercicio del derecho a la salud. El proyecto identificó la necesidad de responder al derecho a la salud dando mayor énfasis a la **Accesibilidad**, entendida no solo como acceso geográfico sino también como acceso a una atención intercultural y a información respecto a las enfermedades tanto desde el enfoque de la biomedicina como desde la cosmovisión de las culturas de los pueblos Quechuas. Para esto último se identificaron 104 entidades patológicas de la medicina tradicional.

Otro componente del Derecho a la salud es la **Aceptabilidad**, que se hace evidente en la experiencia del proyecto, ya que todos los establecimientos y servicios de salud respetaron las prácticas de la medicina tradicional de acuerdo a la ética médica logrando establecer protocolos de 33 formas de atención de la medicina tradicional y 30 experiencias sistematizadas de los médicos tradicionales.

b) Pertinencia Intercultural

Lo que el Proyecto realizó en una primera etapa fue la recolección de toda la experiencia de los municipios desde las comunidades, principalmente de las madres y médicos tradicionales existentes ya que ellas y ellos identificaban mejor la necesidad de respetar, revalorizar sus creencias y costumbres positivas en cuanto a la concepción de la salud.

Por ello describimos la conceptualización que se realizó a través de varios años de experiencia en la zona. La salud desde el punto de vista de la visión cósmica andina es concebida como un producto resultante de la interrelación energética (espiritual) del individuo y su entorno inmediato con el reino animal, vegetal y con el cosmos, de manera que un individuo saludable se caracteriza por ser persona armónica de equilibrio sicotónico demostrable por un estado de satisfacción frecuente, con una actitud serena frente a la realidad (equilibrio sicocronico) y equilibrio Sico biótico demostrado por su fortaleza anímica y emocional.

La diferencia con la definición de salud occidental es cualitativa, salud no es solo ausencia de enfermedad, sino ante todo una relación de satisfacción, serenidad y fortaleza anímica del individuo con los elementos ya mencionados, que por medios preventivos curativos y ritual del trastorno psicossomático soluciona los problemas, poniendo a la persona, familia y comunidad en equilibrio para la estabilidad psíquica. Estos conceptos hacen que la interacción de dos culturas sea más fluida en el momento de actuar en la prevención y curación de las enfermedades.

A partir de este concepto se planteó construir la complementariedad entre dos sistemas tanto en la atención intra como extra muro de los Servicios de salud. En este marco se realizó todo un proceso de recuperación de saberes y certificación de los que se practican de acuerdo a sus formas de organización, para luego adecuarlos a los sistemas dentro y fuera de los servicios de salud para dar el acceso a la población.

c) Medio Ambiente

La concepción de salud y vida está relacionada con todo lo que nos rodea y que se identifica como la PACHAMAMA. De ahí se desprende la concepción de VIDA, que es la expresión particular, global y permanente de un orden vital y trascendente, espiritual o cósmico, manifiesto en un ordenamiento orgánico real y perceptible y no solamente sensible, que perpetua la vida y la renueva constantemente. Dentro de este ordenamiento el SER HUMANO (HOMBRE MUJER) es un ser nuclear o responsable del orden primigenio (fuerza vital o vitalidad) y la vida que lo rodea.

El conocimiento actual ignora esta dimensión sustituyéndola por un vitalismo biológico y ecológico, disminuido y parcial de lo que es la vida como una totalidad inconmensurable bella, armónica y equilibrada con todo su entorno vital, que se vuelve sobre sí misma en forma agresiva destruyendo su propio espacio vital.

El proyecto buscó que desde los servicios de salud se llegara a comprender tal dimensión, promoviendo una relación de respeto al medio ambiente. Se definió, con mucha sencillez, el ritual de agradecimiento a la Madre tierra expresado en la Qowa .

Atributos

a) Integralidad

Entendida como una atención multidimensional, donde el sistema de salud oferta condiciones no solo al diagnóstico de enfermedades sino también proporcionando espacios que respeten las formas de vivencia de los procesos de necesidades en salud: organización del servicio para la atención del parto (salas interculturales) e incorporación de los consultorios de Medicina tradicional.

b) Participación Social.

En todo el proceso de construcción de la complementariedad de la medicina tradicional y la biomédica en los servicios se ha tomado como un pilar fundamental la participación de las comunidades y los actores. En este caso, los médicos tradicionales, que se han involucrado y mejorado su capacidad técnica para dar a conocer sus saberes y conocimientos.

Durante el proyecto se ha seguido todo el proceso de conformación, organización, certificación y atención dentro y fuera de los servicios de salud, de los médicos tradicionales con la participación de las organizaciones de médicos tradicionales y naturistas.

La participación de las autoridades municipales en coordinación con el sistema de salud ha dado lugar a respaldar la atención de la medicina tradicional dentro y fuera de los servicios otorgando recursos económicos para el funcionamiento y contratación de responsables municipales que apoyaron la incorporación de la atención de medicina tradicional dentro de los servicios de salud.

c) Equidad

Como se mencionó dentro del derecho a la salud de la población en los Centros de salud no se tenían contemplados ambientes ni recursos para la atención complementaria y en términos equitativos de la medicina tradicional.

Se tomó como meta 34 Centros y Puestos de salud, se organizó y fortaleció a 12 Organizaciones de Médicos tradicionales del total de municipios que se intervino, se certificó a 150 Médicos tradicionales, parteras y se brindó una atención complementaria dentro y fuera del servicio de la medicina tradicional y la atención del parto con adecuación intercultural, dando mayor alcance a las mujeres y niños como población vulnerable.

d) Cobertura y Acceso

Con el proyecto se consideraron nuevos perfiles epidemiológicos de atención de enfermedades, signos y síntomas desde los saberes de la medicina tradicional, llegando a identificar las 10 entidades de la medicina tradicional más atendidas en los 12 municipios. A partir de aquello se definió que los servicios de salud pudieran oferta la atención de la medicina tradicional a la población, lo que permitió que el Servicio de salud se convierta en el contacto para que la población acceda a la medicina tradicional.

e) Eficiencia

El proyecto estaba diseñado para que se mejore la atención en los servicios de salud. Se organizaron los mismos para brindar las dos medicinas cumpliendo la meta con los recursos asignados.

d) Calidad y Calidez (*SATISFACCIÓN*)

Se inició con un diagnóstico cuali-cuantitativo sobre la percepción de los usuarios, la calidad de los servicios, en infraestructura, equipamiento y recursos humanos interculturales. En la mayoría de los municipios no se llegaba a cumplir el 30% de los requisitos de la línea de base y como promedio se llegó al 70% de cumplimiento.

f) Sostenibilidad económica

La sostenibilidad es que de los 12 municipios 9 colocaron recursos en las siguientes gestiones para continuar con la experiencia. A la fecha existen municipios como Sacaca, San Pedro, Torotoro, Arampampa, Sacabamba, Anzaldo y Chimoré que continúan con las acciones iniciadas por el proyecto. También la creación del Vice ministerio de Medicina Tradicional contribuyó a que estas acciones sean cada día más sostenibles.