Vol. 1
Año 2009

PRODECO

PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO

Medicina Intercultural



Contenidos

* *Una estrategia efectiva para la reducción de la mortalidad materna. Pág. 4*

* *Nuevo aporte de las aulas universitarias a la salud materno infantil de Bolivia. Pág. 7*

* *El choque cultural en salud: síntomas y formas de minimizarlo. Pág. 8*

* *PRODECO marca el paso, otros le siguen: construyendo un puente de interculturalidad en salud. Pág. 10*

* *Resumen informativo PRODECO. Pág. 13*

* *Historia de la Medicina Tradicional boliviana. Pág. 16*

* *Historia de vida de Don Bernabé Copa, curandero y quraqa del Ayllu Anqasoqa. Pág. 18*



Las acciones de PRODECO tienen como principal objetivo a las personas en todas sus dimensiones.

PRODECO ha sido una alternativa viable para la recuperación de la medicina tradicional y el mejoramiento de la vida en las comunidades.

Antecedentes.

Las comunidades rurales bolivianas, durante un largo tiempo, estuvieron abandonadas, sobre todo en las cuestiones relacionadas con la salud. Debido a esa situación y a través de la propuesta del médico danés Dr. Eric Jors, con amplia experiencia en la medicina tradicional, se decide ampliar la experiencia adquirida ya en los años 80 con la realización en el municipio de Villa Serrano de planes de capacitación para promotores de salud y recuperación de la medicina tradicional, por parte de médicos daneses y bolivianos.

Así surgió la ONG "Proyecto de Desarrollo Comunitario PRODECO", sumada al desarrollo en Dinamarca de la ONG médica DIÁLOGOS, que se vincula a su vez con la Agencia Danesa de Desarrollo Internacional (DANIDA).

PRODECO es una institución que tiene la visión de mejorar las condiciones de vida de los habitantes del área de influencia, con enfoque especial en el campo de la salud intercultural y que sea efectiva y sostenible. La misión fundamental de PRODECO consiste en formar recursos humanos, prestando servicios de capacitación en el campo de la salud y en coordinación con las autoridades sindicales, políticas y administrativas de Chuquisaca para la promoción de la Medicina Intercultural con una oferta de servicios de salud seguros, éticos y culturalmente aceptables.



En Primer Plano, el Dr. Eric Jors, Presidente de DIÁLOGOS.
En Segundo Plano, el Dr. Miguel Isola, Director de PRODECO.

¿De qué manera actúa PRODECO en las comunidades y áreas de influencia para lograr sus objetivos?

En una primera etapa, la institución se dedicó a la formación de Responsables Populares de Salud que realizaran actividades básicas de prevención y curación de enfermedades, combinando la medicina tradicional con la medicina occidental. Con ello también se pretendía mejorar el conocimiento en salud preventiva y nutricional de la población, incrementar las cualidades de la agricultura de consumo y apoyar el desarrollo general de las zonas de interés mediante el fortalecimiento de las organizaciones de base coordinando con el sistema formal de salud y las instituciones de desarrollo local y regional. Al finalizar la primera etapa y tras su consiguiente evaluación que estableció el éxito de las acciones ejecutadas, más el compromiso que se adoptó con otras comunidades interesadas en beneficiarse con el proyecto, DIÁLOGOS y PRODECO deciden ampliar y financiar la experiencia hacia otras 17 comunidades, manteniendo la acción en las comunidades antiguas, donde se afianzó el trabajo realizado.

Dadas ciertas realidades, como la necesidad de fortalecer las organizaciones de base, capacitando no solo a los dirigentes, para que las comunidades pudieran contar con personal capaz de hacer frente a nuevos desafíos y entrenadas para identificar y dar solución a los problemas que frenan el desarrollo de las comunidades, convirtiéndose en asesores de las mismas, se ampliaron las capacitaciones a otros actores como Responsables Populares de Agropecuaria y Nutrición y Responsables de Desarrollo Comunitario, lo cual ya respondía a la problemática de la nutrición, que constituía un serio problema si se quería mejorar las condiciones de salud en las comunidades beneficiadas por los proyectos.

A esta segunda fase siguió una tercera, a partir del 2003, que incorporó a 24 nuevas comunidades del municipio de Sopachuy, proyecto que se denominó "Proyecto Integrado de Salud, Provincia de Tomina, Chuquisaca, Bolivia", sin dejar de apoyar a los Responsables Populares que ya se habían capacitado previamente.

Cientos de responsables Populares de Salud, Agropecuarios y de Desarrollo Comunitario preparados por los proyectos de PRODECO, brindan sus servicios en las comunidades beneficiadas, contribuyendo al mejoramiento de sus condiciones de salud y al desarrollo en todos los sentidos. Estas actividades se mantuvieron hasta el año 2008, preparando al personal y llegando cada vez a más comunidades.

En busca de una nueva forma de asumir la salud pública.

A partir de 2009 comienza una nueva etapa en las proyecciones de la institución: la capacitación y difusión de la medicina intercultural en Chuquisaca, con el objetivo de tender un puente entre la medicina tradicional y los sistemas de salud occidentales académicos, a través del trabajo conjunto interinstitucional, por ejemplo con SEDES y la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca, potenciando la interculturalidad en los servicios de salud comunitarios, con enfoques científicos y metodológicos, lo cual permitirá mejorar aún más las condiciones de salud, de vida y de desarrollo general en las comunidades.

En este sentido se está trabajando en la creación de los Consejos Municipales de Salud, que integran a las autoridades regionales con las bases comunitarias como curanderos, parteras, etc.

En esta tarea se encuentra inmersa PRODECO, esperando la concientización tanto de los funcionarios de la salud pública, como de las autoridades y residentes comunitarios, respecto a la necesidad de unificar los sistemas de salud existentes para una mejor atención popular.



En los inicios se llegaba a las comunidades a lomo de caballos, debido al mal estado de los caminos.

Los objetivos trazados por PRODECO en una primera etapa fueron cumplidos y en base a ello se pasó a emprendimientos mayores, como los que actualmente ocupan a la organización, que es lograr la interculturalidad en los servicios de salud.



Palabras de bienvenida

Dr. Miguel Izola
Director Fundación PRODECO

La presentación de esta primera revista editada por el Proyecto de Desarrollo Comunitario "PRODECO", cuya edición será semestral, tiene por objetivo, mostrar las opiniones de personalidades profesionales de nuestro medio, la difusión de las noticias sobre los resultados de las actividades, tanto en el área rural, como en el área urbana, con referencia a la aplicación de la Medicina Intercultural y su inserción en el campo de la Salud del sistema oficial.

PRODECO, ha estado trabajando durante muchos años en la investigación de la Medicina Tradicional, con la intención de conocer y recopilar los saberes de los pobladores del área rural sobre el uso y el aprovechamiento de las cualidades medicinales de las plantas, que existen en nuestro departamento de Chuquisaca, y en la capacitación de recursos humanos comunitarios.

Todos sabemos que la medicina tradicional, no tiene la solución para curar muchas enfermedades ni para prevenirlas, por eso la complementación con la medicina académica y viceversa, puede ser una solución a este problema, siempre y cuando se la conozca y se la acepte. No basta sin embargo conocer solamente estas prácticas, es necesario comprenderlas para tener éxito en su aplicación, todo en función de mejorar la calidad de vida de las poblaciones rurales.

Los antiguos médicos tradicionales, por la necesidad que tuvieron de luchar contra las enfermedades, aprendieron a valorizar elementos vitales, como el agua, el sol, la tierra, las plantas medicinales.

Los profesionales del campo de la salud, que trabajamos en el área rural, debemos conocer la interpretación que los curanderos le dan al origen de las enfermedades, para poder actuar en consecuencia.
Son muchos los casos en los que la ciencia no puede explicar los mecanismos de actuación de los procesos de curación de la medicina tradicional, pero los beneficios son evidentes, por lo que ya somos muchos los médicos que aceptamos esta realidad.
La pregunta que surge es, si estamos dispuestos a apoyar y a realizar investigaciones sobre esta temática.
Por eso debería existir un compromiso por parte de las autoridades encargadas de la formación de los nuevos profesionales del campo de la salud, como ya existen en otras Universidades de otros países, de capacitar sobre la práctica de la medicina tradicional, para que los nuevos egresados no desconozcan los términos de las patologías de las enfermedades.

La OMS, en 1.978 en 31ª Asamblea General definió el lanzamiento de un programa mundial para evaluar y utilizar los elementos y los métodos de la medicina popular. Esto por un lado significa el uso terapéutico de las plantas medicinales y la revalorización de los métodos milenarios de curación de las enfermedades.

Hemos tenido la oportunidad junto a DIÁLOGOS de Dinamarca, que es la O.N.G. que nos financia los proyectos, de trabajar en 58 comunidades de Chuquisaca Centro, en los cuales, se han capacitado Responsables Populares de Salud, de Organización, de Agropecuaria, de apicultura (con estos últimos, se han conformado tres asociaciones de apicultores, una en El Villar, otra en Alcalá, y otra en Sopachuy, que actualmente están en plena producción. También se han conformado 58 organizaciones de mujeres.

Estas experiencias nos dan la solvencia necesaria para trabajar en este nuevo desafío que supone la aplicación de la Medicina Intercultural.

Este es el mensaje que queremos difundir por medio de esta revista, que hoy estamos publicando, con la colaboración de profesionales que sienten y piensan que este trabajo es importante.



Una estrategia efectiva para la reducción de la mortalidad materna: la atención calificada del parto con enfoque intercultural.

Lilian Calderón. Consultora en Salud Materna
UNFPA – Bolivia

En el mundo, cada minuto muere una mujer por complicaciones en el parto; en Bolivia, cada año mueren más de 600 mujeres como consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y post parto. La brecha entre el área urbana y rural es muy grande, las mujeres en el área rural, en su mayoría indígenas tienen 4 veces más probabilidades de morir por complicaciones del proceso gestacional que las mujeres que viven en el área urbana.

La mayoría de las muertes maternas ocurren cuando los partos no son atendidos por personal calificado. Siete de cada diez muertes de mujeres bolivianas podrían evitarse si fueran atendidas por personal calificado durante el parto.

Entre los factores que contribuyen a la alta mortalidad materna se cuentan: la baja prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos; la falta de acceso y disponibilidad de los cuidados obstétricos de emergencia; la falta de acceso a la atención calificada del parto y la falta de un sistema de referencia y retorno adecuados.

Todos los embarazos deben ser considerados de riesgo y la mayor parte de las complicaciones que derivan en una muerte materna ocurren durante el parto e inmediatamente después del mismo. La mayoría de las mujeres que presentan complicaciones graves durante el parto, no muestran a priori factores de riesgo.

Las muertes maternas son consecuencias de complicaciones obstétricas no tratadas o mal tratadas, la mayor parte de las cuales no se pueden detectar ni evitar con el control prenatal, pero pueden ser detectadas y tratadas por personal calificado durante el parto.

La situación es diferente cuando la complicación se presenta en el domicilio a cuando ocurre en un establecimiento de salud. En el primer caso la mujer embarazada y su familia, antes de recibir la atención que requiere, tiene que superar tres barreras o demoras: la primera relacionada con la toma de decisión de buscar ayuda, que en algunos casos no se la toma oportunamente por desconocer o no valorar la magnitud de la complicación o por anteriores experiencias que no motivan a que la mujer acuda a un servicio de salud. La segunda, es la demora en trasladarse al establecimiento de salud, que en algunos casos no se puede efectuar por falta de medios de transporte y en otros, por no tener con quien dejar a los hijos. La tercera demora se da cuando en el establecimiento de salud no reciben atención oportuna.

Está demostrado que existen tres estrategias probadas para reducir la mortalidad materna, éstas son las siguientes:

- Garantizar el acceso a la atención calificada de todos los partos, porque la evidencia muestra que la mayor parte de las complicaciones y muertes maternas ocurren durante el proceso del parto o inmediatamente después.
- Garantizar el acceso a cuidados obstétricos esenciales porque permiten proporcionar las intervenciones necesarias para salvar vidas cuando se producen complicaciones.
- Asegurar el acceso a información, servicios y métodos modernos de planificación familiar para la prevención de embarazos no deseados y gestaciones potencialmente peligrosas.

El 100% de las mujeres embarazadas tienen el derecho a recibir una atención calificada durante el embarazo y el parto sin ningún tipo de discriminación, una atención cercana a sus tradiciones en torno al parto, pero al mismo tiempo segura, con profesionales calificados y capaces de actuar inmediatamente si surgen complicaciones impredecibles. Actualmente las mujeres del área rural tienen limitado acceso a una atención calificada durante el parto y más aun las que no recibieron educación.

Pese a que existe una oferta de servicios de salud y con el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) se ha eliminado la barrera económica, una parte importante de la comunidad permanece reacia a recibir atención en el sistema formal, especialmente en la atención del parto.

De acuerdo al informe preliminar de la ENDSA 2008, la cobertura de atención del parto en establecimientos de salud llega al 44 % en el área rural.

Una de las causas identificadas para que las mujeres no demanden los servicios de salud, se refiere a que la atención que ellas reciben no responde a la percepción que tienen respecto al proceso salud-enfermedad y en particular al parto, situación que se presenta debido al desconocimiento por parte de los profesionales en salud sobre las percepciones, actitudes y prácticas tradicionales propias de estos grupos humanos.

Según la Organización Mundial de la Salud, es de suma importancia que el personal de los servicios de salud tome en cuenta las costumbres y creencias de las poblaciones locales, para que la comunidad perciba positivamente el servicio y acuda en busca de atención.

Continúa...

La mujer embarazada es un ser humano singular que vive un importante momento de transición que conlleva una serie de transformaciones biológicas, emocionales y sociales consecuentes del proceso de la gestación inherente al cambio de papel, o sea, ser madre. Estas transformaciones pueden tener efectos positivos o negativos en su salud. Así, la mujer vive una situación limítrofe, que en cualquier momento puede presentar factores de riesgo y / o complicaciones capaces de interferir en su bienestar y en el de su hijo.

Unas 1.400 mujeres mueren cada día por causas asociadas con el embarazo y el parto. Otras decenas de miles más sufren complicaciones durante el embarazo que ponen en peligro sus vidas y las de sus hijos o les causan graves discapacidades.



En Chuquisaca se estima que anualmente se tendrán 31 muertes maternas, los datos que se tiene en el Sistema de Información del SEDES Chuquisaca, indican que en el año 2009 hasta el mes de noviembre se presentaron 27 muertes maternas, siendo un 56 % de muertes maternas en domicilio como resultado de barreras geográficas, culturales e institucionales. Un 55% fueron muertes maternas directas y de acuerdo a las investigaciones se verifico que el 85% de estas muertes eran evitables.

Para la reducción de la morbilidad mortalidad materna y perinatal se han establecido tres estrategias fundamentales:

- Atención de la embarazada y el parto por un personal calificado.

- Aplicación del COE por los Servicios de Salud.

- Servicios de planificación familiar.

La reducción de la morbilidad-mortalidad materna y perinatal está directamente relacionada con el porcentaje de mujeres que son controladas y atendidas durante la gestación y el parto, ya que se sabe que cuando una mujer embarazada da a luz en domicilio, su riesgo de morir se triplica y el de su recién nacido se duplica.

Dra. Giovanna Ordóñez. Téc. SEDES Chuquisaca.

Por otra parte, el desconocimiento y falta de información de las mujeres sobre las prácticas médicas a las que son sometidas durante el parto, y sobre las cuales habitualmente no se les explica, es percibida como una grave falta de calidez en el servicio. Por todo ello, las mujeres prefieren dar a luz en sus casas, en un ambiente familiar, atendidas por familiares o parteras, porque la atención recibida es más cálida.

La adecuación cultural de los servicios, o de determinados componentes de los mismos, se plantea como una solución práctica y efectiva para superar las barreras culturales de acceso a la atención calificada del parto. La adaptación de las salas de parto, puede promover que las gestantes de las zonas rurales más excluidas accedan a los servicios con confianza y seguridad, y reciban atención de calidad con pleno respeto a sus derechos y a sus valores culturales.

Considerando la característica pluricultural del país, con un gran porcentaje de población indígena y donde el mayor número de muertes maternas se producen en la en el área rural, para reducir la mortalidad materna, es necesario contar con personal calificado, capaz de brindar una atención de calidad con enfoque intercultural; adecuar culturalmente los servicios de salud para hacerlos atractivos a las mujeres; buscar un acercamiento y complementariedad entre el sistema biomédico y el tradicional, como plantea la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

Una característica clave de los países que han conseguido reducir la mortalidad materna a un nivel inferior a 100 por 100.000 N.V ha sido la introducción de la **obstetriz** como proveedora calificada de salud. Se ha comprobado que cuando se utilizan al máximo las competencias de las obstetrices, llamadas también parteras profesionales o matronas, se reducen los costos y se mejora la calidad en la atención de Salud Sexual y Reproductiva. (Foto)

Desde el año 2008, en Bolivia, las universidades públicas Juan Misael Saracho de Tarija (UAJMS), Siglo XX de Llallagua-Potosí (UNSXX) y la Universidad Mayor Real y Pontificia San Francisco Xavier de Chuquisaca (UMRPSFXCH), han iniciado el proceso de formación de enfermeras obstetrices con el objetivo de contribuir a la reducción de la mortalidad materna y a mejorar la Salud Sexual y Reproductiva, con un enfoque de Interculturalidad, Género y Derechos Humanos.

Se espera que las y los profesionales formados tengan las destrezas y competencias suficientes para manejar embarazos normales, atender partos normales y el periodo postnatal inmediato y además, que sean capaces de identificar complicaciones y manejarlas o referir a servicios donde puedan ser atendidos oportuna y adecuadamente.

Se espera que estas profesionales trabajen especialmente en el área rural, muy cerca de las mujeres y que desde su formación de pregrado conozcan la cosmovisión de los pueblos indígenas sobre el embarazo, parto y puerperio, sus costumbres y prácticas tradicionales para que sean capaces de comprender mejor sus inquietudes y expectativas, promover, proteger y apoyar sus derechos sexuales y reproductivos en el marco del respeto a la diversidad étnica y cultural.

Al no contar Bolivia con profesionales obstetrices que puedan desempeñar las funciones de docentes, en convenio con la Universidad de Chile se ha formado a un licenciado y 10 licenciadas en enfermería como docentes de las carreras de enfermeras obstetrices.

Considerando la importancia del enfoque intercultural en la formación de las enfermeras obstetrices, se ha prestado especial interés en que los futuros docentes sean capacitados teórica y prácticamente en la atención intercultural del proceso gestacional, desarrollándose primero un curso sobre medicina tradicional,

Continúa...

posteriormente se propició su capacitación teórica y práctica en la atención humanizada del parto con enfoque intercultural, participando primero en un taller, realizando posteriormente la práctica en centros de salud de primer nivel donde se ofertan estos servicios. La experiencia fue positiva, las licenciadas refieren que ya tuvieron la oportunidad de aplicar estos conocimientos durante la práctica de atención primaria y salud reproductiva realizados en el área rural.



Parto vertical practicado en las comunidades.

Por otra parte, con el fin de contribuir a lograr la complementariedad entre el sistema biomédico y la medicina tradicional, que está contemplada en la actual política de salud de Bolivia (SAFCI), se han realizado dos encuentros simultáneos de intercambio de saberes y experiencias en áreas rurales de Chuquisaca y Tarija, con la participación del personal de salud, parteras y médicos tradicionales de los tres pisos ecológicos del país (altiplano, valles y llanos), y docentes de enfermería de las tres universidades antes mencionadas, donde cada participante relató sus experiencias respecto a cómo atienden a las mujeres durante el embarazo, el parto y postparto. Este intercambio de saberes y experiencias permitió identificar los puntos de encuentro entre la medicina tradicional y el sistema biomédico; fue una experiencia enriquecedora para todos y todas. Las docentes universitarias se comprometieron a profundizar estos conocimientos para transmitirlos a los estudiantes que formarán en el futuro, para que desde su formación de pregrado, enfermeras y enfermeros obstetrices, se constituyan en agentes de cambio, en la atención del proceso gestacional con enfoque intercultural y respeto a las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas originarios. *****

Bibliografía:

Centro de Investigación, Asesoría y Educación en Salud CIAES. Maternidad Tradicional. Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo. Investigación con enfoque etnocultural. Cochabamba, Bolivia: Julio 1991

De La Galvez Murillo Alberto, Iniciativa Regional de América Latina y el Caribe Para Reducir la Mortalidad Materna OPS / OMS - USAID, La Paz - Bolivia, 2000.

Fondo de las Naciones Unidas para la infancia UNICEF. Programa para una maternidad sin Riesgo Directrices sobre supervivencia materno infantil. Nueva York, EEUU: Marzo 1999.

Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Pagina web UNFPA www.org.bo; La Paz; UNFPA, 2009.

Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Proyecto Obstetrices; UNFPA, 2009.

Grupo de Trabajo Interagencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna – Consulta técnica regional: Atención Calificada del Parto en América latina y el Caribe – Informe 2004.

Grupo Solidaridad (GS) de El Alto. Taller de Historia y Participación de la Mujer (TAHIPAMU): Hagamos un Nuevo Trato. La Paz, Bolivia: 1994.

Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Informe preliminar de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008. La Paz: INE.

Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna. La Paz: INE, 2003.

Ministerio de Salud y Deportes. Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad Materna, R-BO WA 105 M665v N°105 2008. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. La Paz, Bolivia: 2008.

Seminario Internacional. Enfoque Intercultural y de Género en Salud Materna. Otalavo, Ecuador 10 y 11 de noviembre de 2005.Quito, Ecuador: Agosto 2006.

CURIOSIDADES

A principios del siglo XX, el veneno de serpiente de cascabel era un tratamiento popular para la epilepsia. Con la noticia de un epiléptico que se vio libre de ataque durante dos años, después de haber sido mordido por un crótalo, algunos médicos se apresuraron a tratar a pacientes epilépticos con este veneno. Algunos informaron que tuvieron éxito, pero la mayor parte determinaron que el veneno no tenía ningún valor. Su empleo estaba en todo caso abandonado totalmente en 1930.



NUEVO APORTE DE DE LAS AULAS UNIVERSITARIAS A LA SALUD MATERNO INFANTIL DE BOLIVIA

Lic. Luisa Orellana Salas
Dtra. Carrera de Enfermería. UMRPSFXC

La carrera de Enfermería de la UMRPSFXCH está consciente de las inequidades y exclusiones del sistema de salud boliviano, donde las mujeres y los niños y niñas son los más afectados.

Según proyecciones realizadas en base a los datos del ENDSA 2003, cada año mueren 650 madres, casi la mitad de ellas no llega a cumplir los 30 años, esto genera 2797 niños huérfanos que corren el riesgo de convertirse en futuras víctimas de la sociedad encontrando trabas para culminar sus estudios y truncando así sus posibilidades de superación y desarrollo integral.

Por otra parte, la cobertura de parto institucional en Bolivia es del 61,9% y según el informe de monitoreo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del PNUD, Chuquisaca tiene un 64,3% de cobertura, cifra que, como la mayoría de los indicadores, está fuertemente influenciada por los datos de Sucre (urbana), que de ser excluida del reporte, nos mostraría una dura realidad de cobertura en el área rural del departamento, menor al 50%

Respecto a la mortalidad infantil, el departamento de Chuquisaca reporta 67 defunciones



por cada mil nacidos vivos, en América Latina, las muertes neonatales representan hoy en día el 39% del total de muertes de niños menores de 1 año y en Bolivia y Chuquisaca, el 50% de las muertes de menores de 1 año; una parte significativa del riesgo se atribuye a causas clínicas ocasionadas por la falta de atención prenatal. Los seguros gratuitos de maternidad y para la niñez como el SUMI, tienen impactos sobre la reducción de la morbi-mortalidad infantil; no obstante, fuentes internacionales insisten en la necesidad de mejorar la calidad de los servicios, la accesibilidad hacia áreas dispersas y la superación de barreras sociales y culturales para llegar, de manera masiva, a la población en situación de pobreza extrema y, por tanto, la más vulnerable. El Servicio Departamental de Salud (SEDES) de Chuquisaca plantea la promoción del ejercicio pleno de los derechos de salud, con participación social y enfoque de interculturalidad, desarrollando servicios de salud con calidad, calidez, eficacia, eficiencia y equidad, con oferta de atención especializada, en el marco del nuevo modelo de atención de salud familiar y comunitaria intercultural.

El sistema público de educación superior frente a estas constataciones, asume la responsabilidad de diseñar respuestas estructurales que incidan en los indicadores de forma real y sostenida; es así que el año 2007 con el apoyo técnico financiero y la asesoría del Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA y en alianza con el Colegio de Enfermeras de Bolivia, resuelve la creación de la Carrera de Enfermería Obstetríz, misma que analizada en su pertinencia, fue inmediatamente refrendada por el Honorable Consejo Universitario de la USFX, proporcionando una nueva respuesta de responsabilidad social universitaria frente a las necesidades de grupos vulnerables, en este caso del binomio madre – niño.

La/el Enfermera(o) obstetriz, representa ahora y en el futuro, una contribución vital al mantenimiento de la salud de la familia, es un/una profesional a nivel de licenciatura que adquiere las competencias (técnicas y humanas) necesarias para ser considerada como personal calificado para brindar cuidados competentes durante el embarazo, el parto y puerperio (Reducción de la MM, Declaración conjunta OMS/UNFPA/UNICEF/ Banco Mundial 1999).

La atención proporcionada por la enfermera(o) obstetriz promueve, protege y apoya los derechos reproductivos de la mujer y respeta la diversidad étnica y cultural.

Actualmente, la carrera de Enfermería Obstetríz, está culminando su segundo año de implementación el municipio de Villa Vaca Guzmán, donde 34 jóvenes (casi todos del área rural del departamento) vienen siendo formados bajo el enfoque de competencias, con una intensa preparación teórico práctica, dotadas de la mejor bibliografía y materiales didácticos variados; paralelamente, 4 docentes están siendo especializadas en la Universidad de Chile para transmitir a este grupo, los conocimientos, capacidades y destrezas específicas para un desempeño de la más alta calidad.

La muerte de una madre es una tragedia humana, una injusticia social y una violación del derecho a la vida.

La muerte materna, la morbilidad y la discapacidad como consecuencia, son tragedias que no tienen una causa única, ni una solución simple.

La enfermería obstetriz se constituye en una estrategia de lucha contra la muerte materna en Bolivia.



ELCHOQUE CULTURAL EN SALUD: SÍNTOMAS Y FORMA DE MINIMIZARLO

Dr. Fulvio A. M. Arteaga Vera. Médico Salubrista.



Fotografía de una paciente que atendimos con un auxiliar en una comunidad en el municipio de San Lucas, la foto es muy explícita.



Como se puede evacuar a los enfermos de comunidades donde no hay caminos para que entre la ambulancia. Municipio de Incahuasi.

El personal que trabaja en salud pública, de una u otra manera, aprende a reconocer enfermedades de diferentes tipos y niveles de complejidad y en mayor o menor medida, son capaces de diagnosticar y tratar tanto enfermedades simples como otras más "raras". Sin embargo, son muy pocos los que se detienen a reflexionar o investigar acerca del comportamiento de quienes trabajan con pacientes y de los pacientes mismos. La pregunta sería: ¿Qué hay detrás de dicho comportamiento, será un "choque cultural", cuáles son los síntomas de ese "choque"?

Primeramente, definamos qué es un choque cultural.

Se llama así, a una situación, vivencia, experiencia que resulta extraña y ajena a los códigos culturales que se tiene y a lo hasta entonces conocido y respetado en su particularidad, que se produce en contacto con una situación, persona o grupo humano que responden a códigos culturales diferentes a los propios.

Ya tenemos la definición, veamos entonces a continuación cuáles serían los síntomas que nos ponen sobre alerta ante la aparición de estos choques culturales:

- **Tensión**, generalmente manifestamos este síntoma ya que nos esforzamos para hacernos comprender cuando se esta otorgando o recibiendo la prestación de un servicio.
- **Clima de Rechazo**, que es cuando las personas sienten duda, ansiedad y miedo de ser rechazadas o de dar la impresión de rechazo del otro.
- **Desorientación**, que se debe a la expectativa de roles, de valores y de lo que las personas están acostumbradas y no se satisfacen.
- **Sensación de pérdida de parientes, amigos, su estatus o profesión**.
- **Sentimientos de sorpresa**, donde al darse cuenta de las diferencias entre sus expectativas observadas y experimentadas y que al momento de ser descubiertas las diferencias, evalúan la cultura anfitriona de una manera etnocéntrica.
- **Sentimientos de impotencia**, debido a que se dificulta su habilidad de actuar de manera eficaz en el nuevo entorno.

Quizá estos síntomas pasan desapercibidos o son ignorados completamente, pero preocupa mucho como enfrentarlos, ya que su incidencia en el comportamiento tanto del personal de salud, como en los pacientes, profundiza la falta de decisión de estos últimos a la hora de acudir a los servicios de salud.

Pero, ante la presencia de estos síntomas, que como ya explicamos anteriormente, pueden ser observados tanto en el personal de salud como en los que requieren de nuestros servicios, se puede ir desarrollando y fortaleciendo lo que se ha venido en llamar la Comunicación Intercultural, basada en la aplicación de las cualidades siguientes:

- La flexibilidad cultural.
- Disposición para comunicarse.
- Capacidad para la resolución de conflictos.
- Paciencia y actitud de no juzgar.
- Sensibilidad intercultural.
- Capacidad para comunicar respeto.
- Capacidad de lidiar con la duda y la incertidumbre.
- Capacidad para conversar.
- Tener sentido del humor.

La aplicación de las cualidades antes descritas debe ser observada rigurosamente y de manera responsable, no solo en los niveles primarios de atención, sino que también debe ser tenido en cuenta como un tema transversal e integral en todos los niveles de atención y gestión en salud.

Frente a los nuevos retos de las enfermedades emergentes y re – emergentes, se encuentra el de trabajar con un pensamiento estratégico e intercultural para lograr alcanzar las ansiadas metas de mejorar el estado de salud de nuestras comunidades.

El camino se ha empezado a recorrer, pero todavía queda mucho por andar, obviamente no sin encontrar obstáculos considerables, pero vale la pena el esfuerzo, ya que nos conducirá, en cualquier caso, hacia el mejoramiento de la salud de nuestros pueblos.

PRODECO
PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO



RECETARIO DE MEDICINA TRADICIONAL

La Fundación ***PRODECO*** *ha publicado este importante manual, con el objetivo de dotar a los Responsables Populares de Salud y Promotores, de una guía útil y un texto de consulta para cada vez que lo necesiten.*

El libro consta de 34 páginas donde se encuentran descritas plantas, consejos y formas de preparación y aplicación de recetas naturales para más de 40 afecciones y padecimientos.

"...en el tratamiento de cada enfermedad, están diferentes fórmulas de preparación de medicinas y se debe utilizar lo que tengamos a mano. En algunas fórmulas habrán yerbas que no conocemos, pero en su lugar habrán otras que sí."
Dr. Miguel Isola Delgadillo. Director de PRODECO.

AFECCIONES DE LA GARGANTA

Si se inflama la garganta, se debe preparar:

- Media taza de café.
- Añadir el jugo de medio limón.

Con este preparado, se hacen gárgaras por la mañana y por la noche.

Otra receta.– Se pone al rescoldo un tomate, se lo parte caliente y se pone alrededor del cuello, sujeto con un trapo.

- Moler un pedazo de sábila y mezclarlo con agua tibia y media cucharilla de sal, y con este preparado hacer gárgaras tarde y mañana hasta que se desinflame.



PRODECO marca el paso, otros organismos le siguen.

CONSTRUYENDO UN PUENTE DE INTERCULTURALIDAD PARA MEJORAR LA SALUD

Dr. José Daza Milos, Jefe Planificación CIMES y Dr. Hugo Tomás Loayza Nava, Director CIMES



El Centro Integral de Medicina Social CIMES inició sus actividades en la ciudad de Sucre a fines del año 1994, con el propósito de ofrecer un servicio integral de salud que sea accesible y sobre todo, que esté al servicio de las familias de escasos recursos económicos que no tienen posibilidades de ingresar a los servicios de salud del Estado. En el tránsito de nuestro camino, a mediados de el año 1997 la vida nos permitió conocer a un amigo y compañero danés, el Dr. Eric Jors, en ese tiempo Presidente de la ONG DIALOGOS en Dinamarca, además de ser uno de los pioneros de lo que nosotros conocemos como el Rescate, Conservación y Mejoramiento de la medicina tradicional, con quien empezamos a soñar la posibilidad de emprender un proyecto que contribuya la complementariedad de la medicina occidental y tradicional al alcance de la gente más pobre de las zonas rurales del departamento de Chuquisaca, donde los datos sobre la situación de la salud de los campesinos en el área rural son alarmantes: "...la esperanza de vida menor a 50 años....mas del 50% de los niños están desnutridos y la tasa de mortalidad infantil es alta (mayor al 10%). Las más graves enfermedades son las enfermedades infecciosas que florecen por causa de una nutrición deficiente, falta de higiene, inexistencia de agua potable..." todos estos argumentos nos impulsaron al compromiso de llevar adelante una propuesta que al menos permita frenar esa realidad.

El intercambio de ideas y experiencias entre **DIALOGOS** y **CIMES** nos permito convenir que nuestra intervención debía apuntar a la construcción de un puente de interculturalidad que permita la complementariedad de los saberes occidental y nativos para que estén al servicio de las familias campesinas para de ese manera poder revertir la dramática realidad de la salud de la población especialmente campesina, pero también debería ser en un contexto de integralidad, entendiendo que no se puede mejorar la salud solo apoyando la medicina como tal, sino que también es importante incidir en la mejora de la producción agrícola tradicional de las comunidades en la perspectiva de mejorar la nutrición de las familias y finalmente entendimos que las comunidades rurales con problemas serios en salud y nutrición no pueden mejorar sus condiciones si no cuentan con líderes y una organización fuerte. En base de ese análisis se preparó y elaboró el proyecto denominado: **"SALUD RURAL Y DESARROLLO COMUNAL INTEGRAL DE LA CULTURA JALL´A"** en su primer fase, ubicado geográficamente el Distrito No. 8 de la Sección Capital Sucre, este Distrito cuenta con 5 Cantones (Potolo, Mamahuasi, Chaunaca, Maragua y Quila Quila) en los que están diseminados mas de 30 comunidades, donde habitan mas de 9.000 personas. La concepción de este proyecto basa su estrategia en la formación de recursos humanos comunales, que en el futuro se constituyan en PROMOTORES de la salud, la mejora de la producción alimentaria y creación de dirigentes con la visión clara del desarrollo con organizaciones sólidas. La estrategia que propone el proyecto para el logro del objetivo general que es: "Mejorar el estado de salud y ayudar a un proceso de desarrollo comunitario para la población indígena de la cultura Jallq´a que sea sostenible y autogestionaria", se basa en la implementación de tres componentes: Salud, Seguridad alimentaria/nutrición y organización, especificando que se trata sobre todo de un proyecto de educación, en el que todos los componentes van a contribuir al logro del objetivo general, o sea, mejorar el estado de salud del grupo beneficiario y ayudar a un desarrollo comunitario, aunque el proyecto es de salud, no enmarca sus actividades en el campo específico de la salud, sino que determina de gran importancia también la parte nutricional y la organización comunitaria como base de sustentación de todo proyecto comunitario.

No queremos dejar pasar esta gran oportunidad que nos proporciona esta revista para poder también hacer un homenaje póstumo a uno de los impulsores mas comprometidos con la Medicina Tradicional boliviana como fue el Dr. Jaime Zalles quien falleció siendo Vice Ministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad del gobierno actual, presidido por el Presidente Evo Morales Ayma. En ese propósito queremos dar a conocer las partes mas importantes de una charla magistral que dio a médicos de la provincia Sorata en junio de 1980, titulada: "La medicina cosmo-popular".

Continúa...



LA MEDICINA COSMO-POPULAR

El Dr. Zalles inició su charla aclarando que la medicina cosmo–popular es una medicina "cósmica" porque emplea los elementos de la Naturaleza: el sol, la tierra, el agua, las plantas y es popular porque la emplea el pueblo.

Es un medio, es un arma que usa el débil, el pobre, el conquistado, la cultura dominada, contra el fuerte, el rico, el conquistador y la cultura dominante en Bolivia.

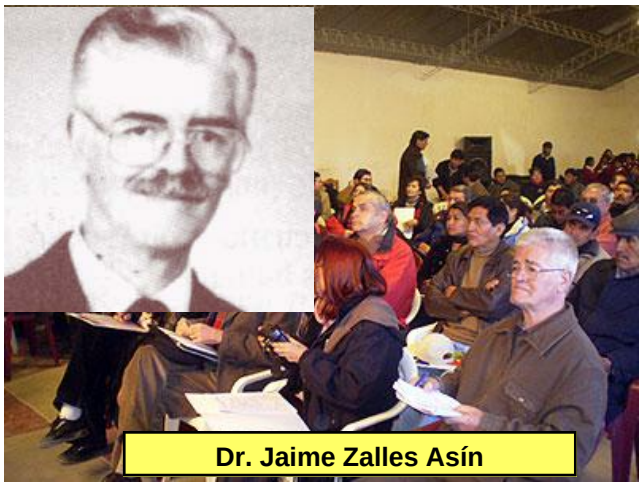
Bolivia jugó en la Medicina precolombina un papel preponderante: era el "Qollasuyo" (Qolla=planta medicinal; suyo =región). Bolivia era, pues, el sitio de donde procedían médicos y medicinas para el Tawantinsuyo de los Incas. Y nuestros Kallawayas (los portadores de las medicinas) eran verdaderos científicos que atendían al Inca y recorrían el Incario de un extremo al otro.

Se dice que los Kallawaya se despedían de su esposa por mucho tiempo:

> *"Si no regreso en tres años quiere decir que he muerto, puedes casarte con otro…"*

Cada grupo de Kallawayas tenía asignadas sus zonas de trabajo. Su ciencia era hermética, compartida sólo entre ellos y transmitida de padres a hijos. Se dice que llegaban hasta Panamá y hasta el Uruguay. Aun hoy, los barrios quiteños de Cotocollao y Collacoto, al norte y sur de la Capital ecuatoriana, son testimonios elocuentes del paso de los Collas y Kallawayas. Así como lo es el Mercado de La Merced, donde se ofrecen al comprador ingentes cantidades de plantas medicinales -casi las mismas de Bolivia- a veces con diferentes nombres.

Pero esta medicina tuvo un pecado: fue la medicina del conquistado. De una medicina elitista pasó a ser la medicina del pueblo y del pobre. Las curaciones de los médicos indios se consideraron como "obra del demonio" y hasta la Inquisición se encargó de quemar a los "brujos curanderos"


Dr. Jaime Zalles Asín

Fue una lucha entre una cultura dominante y una cultura derrotada también en su medicina. El médico hispano primero y luego el médico criollo salieron beneficiados en la lucha, mientras los otros fueron arrinconados y luego pasaron a la clandestinidad.

La lucha se hizo enconada. Los prejuicios crearon un abismo entre las dos medicinas en pugna. Y el mismo número de los Kallawaya famosos que en el siglo XIX fue superior a los 500, se redujo a menos de 50 en el siglo XX, según Louis Girault. ¿Ha perdido con ellos un aporte considerable la ciencia médica mundial? Sin duda que sí.

Algunas características de la medicina occidental y tradicional.

Decía el Dr. Zalles no ser enemigo de la ciencia y él mismo considera que hubo ciencia en la medicina del vencido, sin embargo, tratará de contraponer los modos como se ejercen la medicina conquistadora y la medicina conquistada, con afán, más de devolver sus méritos al vencido que de disminuir los méritos "científicos" del vencedor.

La medicina "occidental" de la ciudad, tiende a ser cada vez más impersonal, burocrática, fría, sofisticada y cara. No hace falta aducir ningún ejemplo ni prueba, todos somos testigos de ello. Hay que decir también que tiende a ejercerse más como un negocio que como un servicio, con honradas excepciones. Es, sin duda, fuente de lucro y de prestigio. (Foto de consultorio lleno)

.

No pasa lo mismo con la medicina cosmo-popular. En primer lugar hay que decir que el centro en ella es el enfermo. Todo converge en él. Toda la familia vive pendiente del enfermo.

Se le viste de una manera especial para que, aun por fuera, sea perceptible su dolor. Los tíos y familiares acuden con regalos. Se le mima. Incluso se hace vigilia de noche junto a su cama. Se acude a los "qulliri" más notorios o a los "yatitris" (sabios) para conocer su suerte, para diagnosticar su enfermedad y aplicar sus recetas.

Al enfermo no le cuesta mucho ver la relación entre su enfermedad y los remedios aplicados. Se siente atendido y cuidado. Si cada día se considera más importante el elemento psicológico en la curación, en la curación de un paciente así como en las causas de las enfermedades, hay que decir que en este punto los aymaras son maestros.

Continúa...



El médico cosmo-popular ejerce su ciencia como un apostolado, como un servicio: sin exigir, de ordinario, grandes retribuciones. Adquiere sí, su prestigio y nombre entre los suyos.

Esta medicina es pues, sencilla, personal, atenta con el enfermo, asequible a su economía, ejercitada de acuerdo a la propia cultura y en la propia lengua. Emplea los recursos naturales al alcance de la mano y no tiene para el enfermo los misterios ni la magia de un Hospital.

Por el contrario, el acudir a un Hospital, supone para el indígena hacer colas interminables, ser atendido en otra lengua, sin respeto ni consideración, fríamente.

El enfermo deberá quedarse solo en un ambiente ajeno. Su médico lo visitará un momento, rodeado de practicantes, el enfermo se siente un bicho de zoológico. Luego, sin ninguna comunicación -o con la mínima - el doctor escribe una receta ininteligible que suele resultar muy por encima de las posibilidades económicas del paciente.

Si compra los medicamentos recetados, muy posiblemente no verá la relación que tienen con la enfermedad, ya que los conceptos mismos de salud y enfermedad resultan radicalmente distintos… ¿Por qué me dan un supositorio para la garganta? ¿Será una burla? ¿Por qué me curan una enfermedad causada por el frío con remedios, comidas y elementos fríos y no con calientes como debiera ser?

La experiencia se hace tan difícil que el enfermo llega a sentirse abandonado, desatendido y hasta objeto de investigación y experimentación, cuando, por ejemplo, se queja de dolores en el vientre y sale del hospital ¡operado de amígdalas! A veces ni siquiera les devuelven el cadáver de un ser querido.

Naturalmente no hará ningún caso del diagnóstico, de la receta, ni de las indicaciones de dosis, ni tiempos fijos para la administración de los medicamentos.

Saldrá dispuesto a no volver y convertido en propaganda eficaz para que sus familiares y amigos no acudan al Hospital. Son pocos los campesinos que gracias a un amigo, a un sirviente conocido del Hospital o a un médico amigo pueden tener una experiencia más tolerable y positiva.

Revalorizando al vencido.

La Organización Mundial de la Salud, en sus últimos Congresos y también en la reunión de septiembre de 1978 en Alma Ata - donde estuvo presente el Ministro boliviano de Salud - se hizo consciente de esta situación. La OMS planteó una Consigna: "Dar servicios de salud a todos los habitantes del planeta para el año 2000". Pero en sus medios deja de ser ortodoxa y recomienda: **"Recuperar al curandero y a la partera… hacerlos amigos del médico, instruirlos e integrarlos, porque sólo el pueblo llega al pueblo".**

Por otro lado, es un hecho que, a nivel mundial, se está dando un viraje hacia lo natural, hacia el ecologismo, el vegetarianismo, hacia la valoración de los elementos psicológicos como causas y terapias de enfermedades, hacia la medicina verde, hacia diversas medicinas alternativas y hasta es un "snobismo y buen negocio" abrir tiendas de plantas medicinales…

En nuestro país, con motivo de la implantación del Seguro Social Campesino se ha hablado de ***integrar las dos medicinas y de formar e instruir a las parteras*** que ya existen en las comunidades; pero nos preguntamos:

¿Esta integración es posible?

Al Dr. Zalles le parece que no.

- Primero se nota una falta de conocimiento, de aprecio y respeto casi total de parte del médico educado en las Universidades hacia lo que es una tradición, un valor y un arma defensiva del campesino boliviano, su medicina "cosmo-popular".
- Segundo, se nota una rivalidad y un prejuicio arraigados tanto del médico hacia el experto tradicional como a la inversa. El médico llama al Yatiri (Sabio) con el nombre despectivo que usó la Inquisición: "Brujo". Por otra parte, el campesino se defiende el médico con el nombre de "kharisiri".
- Tercero, permanece la estructura de dominación cultural, económica, oficialista.
- Cuarto, permanecen el profundo odio y desprecio de parte del vencedor al vencido y viceversa.

Parece, pues, que en estas circunstancias y mientras no se cambien las actitudes no habrá integración ni acercamientos posibles. El vencido, acostumbrado a soportar nuevas imposiciones, se niega siempre a colaborar y utiliza sus armas: la desconfianza, el uso de sus propios recursos y la prescindencia del médico y su mundo.

¿Soluciones?

- Abrir, por fin en Bolivia una Cátedra de Antropología para que los bolivianos aprendamos a conocernos y valorarnos.
- Que Antropología y Medicina, Farmacia y Bioquímica trabajen unidas en aquello que maravilló a Francisco Hernández, Nicolás Monardes, Nardo Antonio y José de Acosta hace más de 400 años: nuestros tesoros en Plantas Medicinales y el conocimientos de ellas.
- Que el criollo y el mestizo bolivianos respetemos y también aprendamos las ciencias del indio, su cultura y su lengua.
- Que el médico urbano deje de hacer de su ciencia sólo un negocio.
- Igualmente, que la ciencia médica deje de ser un símbolo de prestigio con su consiguiente alejamiento del pueblo, para ser un motivo más de acercamiento al mismo
- En una palabra, dejar de ser algo dominante, para ser algo más igualitario y en diálogo.

Sorata, junio de 1980 Jaime Zalles Asin



En el mes de enero del presente año el Proyecto de Desarrollo Comunitario, PRODECO, inició la socialización del proyecto de salud familiar con enfoque intercultural en 11 municipios de Chuquisaca a efecto de promover la construcción de un modelo de salud con enfoque intercultural.

El proyecto socializado pretende mejorar la calidad de atención en salud en esos municipios a través de la complementariedad respetuosa entre la medicina occidental y la medicina tradicional.

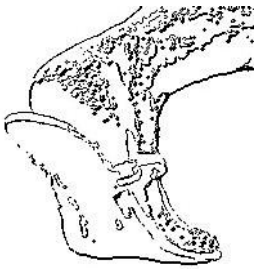
En ese entendido, se realizaron seminarios -talleres en los municipios de Azurduy, Tomina, Presto, Serrano, El Villar, Tarvita, Zudáñez, Padilla, Mojocoya, Alcalá y Sopachuy.

El proyecto fue aceptado satisfactoriamente en todos los municipios mencionados, ya que se contó con la asistencia de curanderos/as, parteros/as, autoridades y personal de salud. Además de autoridades políticas y administrativas de los municipios con quienes se firmaron convenios para trabajar de manera coordinada, con el fin de lograr una mejor atención en salud.

Por otro lado, PRODECO y el SEDES Chuquisaca firmaron un convenio para realizar una labor conjunta orientada a la construcción del modelo de salud con enfoque intercultural en nuestro Departamento.

Logros alcanzados el Primer Semestre de 2009

* Promoción satisfactoria del nuevo proyecto de Salud Comunitaria Intercultural en 11 municipios.
* Se impulsó el primer acercamiento de los servicios de salud tanto académico como el tradicional.
* Firma de convenios con diez municipios y firma de convenio con SEDES Chuquisaca.
*Compromiso de autoridades municipales para promover una gestión compartida en salud de acuerdo al Modelo SAFCI nacional .
* Revalorización de elementos místicos mágico-religiosos a través de los rituales con ofrendas y súplicas a la Pachamama.
* Levantamiento del registro de médicos tradicionales por municipios, de acuerdo a sus especialidades, que servirá de base de datos para darles su certificación.
* Acercamiento a médicos académicos que practican de manera complementaria tanto la medicina occidental como la medicina tradicional.
* Difusión por radio de actividades del sector salud relacionadas con la medicina tradicional.
* Difusión radial de la base conceptual del modelo SAFCI.
* Contacto con el médico académico conocedor de la medicina tradicional de Colombia, Dr. Alejandro Baena Giraldo.
* Se cuenta con un registro de todos los curanderos, médicos tradicionales y RPSs de cada uno de los Municipios y firmas de compromisos con autoridades de cada municipio para impulsar actividades sobre temas de Interculturalidad.
* Compromiso del personal de salud para apoyar el cumplimiento de los objetivos del proyecto de Salud Familiar con enfoque intercultural.
* 470 personas capacitadas en Medicina Intercultural.
* Se han rescatado y revalorizado costumbres ancestrales como los rituales.
* Mesas directivas conformadas y posesionadas que impulsarán el proceso de Interculturalidad en la mitad de los Municipios.
* Se encuentra en proceso la sensibilización sobre la atención integral y humanizada de la mujer con parteros/as y personal de salud.
* Socialización del modelo de salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI) en gran parte de los municipios del departamento y en coordinación con SEDES Chuquisaca.



Principales actividades realizadas por PRODECO durante 2009

PRODECO
PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO

Enero 2009: PRODECO inició la socialización del proyecto de salud familiar con enfoque intercultural en 11 municipios de Chuquisaca, a fin de promover el modelo de salud SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural). Con este objetivo se realizaron seminarios-talleres en los municipios de Azurduy, Tomina, Presto, Serrano, El Villar, Tarvita, Zudáñes, Padilla, Mojocoya, Alcalá y Sopachuy, destacándose la aceptación general y la asistencia de curanderos y curanderas, autoridades municipales y personal de salud. Además, se firmaron convenios para el trabajo coordinado para lograr la construcción de un nuevo modelo de salud con enfoque intercultural y lograr la mejor atención.



Julio 2009: Se realizó el Taller de Vigilancia Epidemiológica con Enfoque Intercultural en Sucre, auspiciado por PRODECO en coordinación con SEDES Chuquisaca, donde participaron la Prefecta de Chuquisaca, Savina Cuéllar; el Director Departamental de SEDES Chuquisaca, Dr. Carlos Andrés Aramayo Quiroga; el Director de Plan Internacional, Ing. Carlos Jalil Rojas; el Representante de médicos tradicionales de Sucre, Alberto Solís Copara y el Responsable de Medicina Tradicional e Interculturalidad de SEDES, naturista Juan Leaños.
Con la organización de este evento, PRODECO culminó la etapa de revalorización de la medicina tradicional en el Departamento de Chuquisaca. Participaron un total de 104 personas dedicadas a la salud en los municipios de Tarabuco, Padilla, Azurduy y la ciudad de Sucre, entre personal de salud y médicos tradicionales.



Septiembre 2009: En Villa Alcalá, PRODECO organizó y llevó a cabo el Seminario-Taller de Gestión Compartida en Salud para ALS y CLS, contando con la coordinación de SEDES Chuquisaca y la Fundación PASOS, más el apoyo de la Alcaldía de ese municipio. La exposición temática estuvo a cargo de la Lic. Lourdes Zorrilla, Técnica del Área de Salud Comunitaria y Movilización Social Adolescente de SEDES Chuquisaca. En esta actividad participaron autoridades locales de salud de las comunidades, el personal de salud del municipio, representantes de la sociedad civil y la Presidenta del Consejo Municipal de Villa Alcalá.
Se conformó la directiva del Consejo Social Municipal de Salud del Municipio, con las funciones de velar por la calidad de la atención y ejecutar proyectos y programas de la estrategia municipal de salud.



Posesión de la Directiva del Concejo Social Municipal de Salud de Villa Alcalá por la Presidenta del Comité de Vigilancia, Sra. Silda Sanchez C.

Principales actividades realizadas por PRODECO durante 2009

PRODECO
PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO

Octubre 2009: A partir de este mes, PRODECO trabaja con la carrera de Ingeniería Agronómica en un proyecto de identificación de Plantas Medicinales en el Norte y Centro de Chuquisaca, a cargo del Herbario del Sur de Bolivia (HSB), dependiente de la Facultad de Ciencias Agrarias en la Universidad chuquisaqueña. Esta actividad se realiza de acuerdo al Convenio Marco de Cooperación y Coordinación entre la Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca y PRODECO. Consiste en la inserción de tesistas de dicha Facultad en la realización del estudio, cuyos resultados deben fortalecer los conocimientos tradicionales de las comunidades sobre el aprovechamiento de especies botánicas con alto valor medicinal, socio-cultural y ecológico, pero además servirá para proyectar acciones de preservación y conservación de plantas medicinales y otros diversos usos, constituyéndose en material de consulta y apoyo para otras personas e instituciones interesadas en la temática, respetando el derecho a la propiedad intelectual de los pueblos originarios. El Herbario del Sur de Bolivia asigna un espacio para que los promotores de salud, parteros, técnicos, médicos y otros profesionales accedan a la información existente, mientras que PRODECO identifica fuentes de financiamiento, para este y otras investigaciones tendientes a fortalecer la medicina tradicional en el Departamento de Chuquisaca.



PRODECO y Proyecto BEISA en Reunión de Trabajo
De Izquierda a derecha: Dr. Ángel Choque (Coord. PRODECO), Dr. Miguel Isola (Director PRODECO), Ing. Julia Gutiérrez (Docente), Ing. Roberto Acebey (Director Ingeniería Agronómica), Ing. Manuel Jiménez (Docente)



Taller de Capacitación en SAFCI efectuado en Sopachuy los días 10 de noviembre.

Noviembre 2009: Los municipios de Sopachuy, Tarabuco y Serrano recibieron el taller en Capacitación del nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, SAFCI. Esta actividad de capacitación estuvo orientada a preparar a los Responsables Populares de Salud con vistas a la implementación del SAFCI como nuevo modelo de atención médica en sus comunidades, en el esfuerzo por lograr la interculturalidad de los servicios de salud en estas regiones. El taller de capacitación incluyó el conocimiento de qué es el SAFCI, cómo funciona y quiénes tienen incidencia en su aplicación. A través de ejercicios prácticos e intercambios de opiniones, los participantes quedaron capacitados para poner en práctica el nuevo modelo de salud SAFCI, impulsado por PRODECO. Al final de los Talleres se procedió a elegir los miembros de los Consejos Municipales de Salud, que son legalizados por las autoridades municipales, también presentes en los Talleres.
Para la realización de estos Talleres de capacitación, SEDES Chuquisaca aporta los recursos humanos para la exposición de temas, y PRODECO corre a cargo de la alimentación, los materiales de estudio y todo el apoyo logístico de las actividades.

Historia de la medicina tradicional boliviana.

Dr. Jaime Zalles Asín



"El término "medicina tradicional", más bien impreciso, se aplica a las prácticas de atención de salud antiguas y vinculadas a las distintas culturas que existían antes de que se aplicara la ciencia a las cuestiones de salud." (1)

1.- El encuentro, el asombro, investigaciones y publicaciones.

El momento del encuentro entre las medicinas de Europa y América se describe de esta manera:
"…Había muchos herbolarios…" - comentaba Bernal Díaz del Castillo describiendo lo que vio en la Plaza de Tlaltelolco, correspondiendo exactamente a lo que Cortés relatara en octubre de 1520 al Emperador Carlos V- : "*Hay calles de herbolarios, donde hay todas las raíces y yerbas medicinales que en la tierra se hallan…",* y agregaba: *"Hay casas como de boticarios donde se venden las medicinas hechas, así potables como ungüentos y emplastos"* (2)
Sin duda México y Perú eran los dos lugares geográficos más ricos en elementos medicinales. Aunque hay que decir que cada cultura tiene su propia medicina y las culturas del Nuevo Continente eran y siguen siendo muy numerosas.
Varios insignes médicos y religiosos franciscanos, agustinos y jesuitas, documentan su investigación en, por lo menos, 10 publicaciones, alguna de ellas de varios tomos, durante el primer siglo de la Conquista de América. (3) Es el grato momento del asombro, la investigación y las publicaciones, al estrenarse la Imprenta.

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

Las culturas eran diferentes; diversas las filosofías y cosmovisiones, la interpretación de vida, enfermedad y muerte y por tanto la etiología; distintas las lenguas, las religiones y los tipos de vida.
Me voy a limitar a describir la medicina tradicional que atañe a la región andina peruano boliviana.
Los Incas tenían su propia tradición médica y al Incario está ligada la cultura Colla (Qulla, Qolla) de Bolivia que era denominada primero como el Qollasuyo o "País de médicos y medicinas" y luego como el Collao. Me remito al libro del Dr. Gerardo Fernández Juárez, (Pág. 229) para afirmar que la cultura del Qollasuyo era una cultura estrictamente medicinal. (4) En ella los principales actores pertenecían a tres subgrupos: los Kallawaya, muy estudiados, a quienes pinta el Cronista Felipe Wamán Puma de Ayala llevando las Andas del Inca Tupac Yupanki, y de quienes afirma el Investigador mexicano, Dr. Xavier Lozoya, que probablemente eran el grupo médico más organizado de América. Los Qulla, o habitantes del Qollasuyo y los Kullawa o farmacéuticos itinerantes, siempre marginados, obligados a vivir en los pedregales de la Cordillera, donde la agricultura era imposible; nunca estudiados, quienes ni siquiera figuran en los actuales catálogos de las Etnias bolivianas.
Se han estudiado sí, las Ferias de Huari en Oruro y las de Viacha o del Domingo de Ramos en El Alto de La Paz, donde ellos son quienes negocian con las estrellas de mar, conchas y algas marinas, con la Quina, el Matico o el Waji de las selvas o la Wira wira, Chachaquma y Choqekaylla de los montañas más altas. Caminantes incansables y comerciantes, primero llameros; ahora quizá camioneros, ellos mantuvieron la vigencia de su propia medicina en estos 508 años, poniendo al alcance de la mano de cualquiera los remedios de origen más remoto. Por lo general mujeres, las Kullawa se encuentran en todos los rincones de Bolivia. Ya no usan el "aqsu" bordado y oscuro que lucían hace 20 años en la Calle Santa Cruz de La Paz, quince días antes de las Ferias de Ramos o de Viacha. Ellas hablan indistintamente el castellano, aymara o quechua. Pero si hoy les preguntamos si son Kullawa, lo niegan...

Como, a decir de Louis Girault, los Kallawaya, hartos de ser llamados "brujos", preferían hacia la década del 70, el oficio de orfebres.



3.- Méritos de esa medicina.

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

Si la alimentación correcta es la mejor medicina preventiva, los Qulla merecieron muy bien el elogio que hacía de ellos Wamán Puma de Ayala cuando dice de ellos en 1617: "Los del Qullasuyo son grandotes, todos, hombres y mujeres son grandotes y gordos..." (5)
La tradición era oral, pero era fiel. Es frecuente encontrar lo que afirma Raquel Magdaleno Mora: "...Cuando yo empecé a anotar las recetas de uso tradicional que me indicaba Vicenta en Amatlán, resultó que éstas coincidían con las del agustino Agustín Farfán en el siglo XVII" (6).

Esta medicina tuvo sus épocas brillantes.

Se afirma que se rechazó en 1637 el proyecto de una Facultad de Medicina para Lima porque existían hierbas e indios que las manejaban con más eficiencia que los médicos. (7)
Escuché a Louis Girault en una Conferencia en La Paz que los Kallawaya famosos fueron más de 500 en el Siglo XIX, cuando no pasaban de 50 en el XX. El mismo autor nos dijo que la Botánica Kallawaya no tenía nada que envidiar a la de Linneo y, congruente con esa afirmación, él usa los géneros y especies kallawaya en las familia botánicas de Linneo. Y él mismo puso en la carátula de su libro la foto de los 5 Kallawaya que curaron de la malaria a los segundos constructores del Canal de Panamá en 1914.
Cuando en 1905 habían muerto los primeros 25.000. (8)

4.- Nuestro grave conflicto.

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

5.- Recuperación y perspectivas.

En los últimos 30 años y en gran parte por el apoyo brindado por la OMS en Alma Ata (1978) con la consigna de "Recuperar al curandero ya la partera como amigos del médico", se han implementado investigaciones de las medicinas tradicionales y de las plantas curativas en más de 20 universidades del África y en muchos países latinoamericanos, como Guatemala, Perú, Brasil, Paraguay, Costa Rica y
México. Hay varias redes informáticas como Napralert, Tramil, Pehuén (?) dedicadas a estos temas.
Bolivia tiene el mérito de haber sido el primer país en que se aceptó oficialmente la vigencia de las medicinas indígenas en enero de 1984 y se reglamentó su ejercicio el 13 de marzo de 1987.
Lamentablemente la lucha política permanente y la politización de dicha medicina han hecho que los logros sean efímeros y que no se tengan ni políticas ni estrategias serias sobre su articulación y complementación con la medicina oficial. Todavía no se las estudia en las universidades.
Para las perspectivas futuras y recomendaciones me remito al libro del Dr. Gerardo Fernández Juárez (4) (páginas 191 a 241)
Contamos con valiosas experiencias de medicina intercultural, siempre efímeras y con una voluminosa bibliografía en la Universidad Católica de Cochabamba (P. Hans van den Berg).
Termino con estas afirmaciones de la Mesa Redonda (1) sobre el tema en la OMS: "La medicina tradicional sigue siendo la única fuente de atención para... una vasta proporción de la población del mundo"..."Puesto que la medicina tradicional se sigue ejerciendo con efectos positivos, ¿no debería ser oficialmente reconocida, estimulada perfeccionada e integrada (articulada) en los sistemas nacionales contemporáneos de atención de salud?"...

Bibliografía.

(1) Bannerman R.H. La medicina tradicional en la moderna atención de salud. Mesa redonda. "Foro Mundial de la Salud", Revista de desarrollo sanitario de la OMS. Ginebra 1982, Vol. 3, Nº I. Páginas 8 a 28

(2) Carlos Viesca Treviño, "Medicina prehispánica de México" (El conocimiento médico de los nahuas" Pag. 116. Editorial Panorama, México 1996

(3) Martín de La Cruz y Juan Badía OFM (Códice Badiano nahuatl y latín):: "Libellus de medicinalibus indorum herbis", Francisco Hernández: "Historia de las plantas de Nueva España" ; Francisco del Paso y Troncoso: "Nomenclatura de los vegetales"; Agustín Farfán OSA.: "Tratado breve de Medicina"; Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdés: "Historia General y Natural de las Indias" (Nicaragua y Centroamérica); Hernando Ruiz de Alarcón se refiere a los aspectos mágicos en su : "Libro de los Conjuros". José de Acosta SJ. "Historia Natural y Moral de las Indias" (Perú); El Italiano Nardo Antonio, el jesuita Cobo y el Dr. Nicolás Monardes también escriben.

(4) Gerardo Fernández Juárez: "Médicos y Yatiris" Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara (página 229). CIPCA, OPS/OMS, La Paz 1999.

(5) Felipe Waman Puma de Ayala. "Primer Nueva Crónica y Buen Gobierno", Cusco, 1617.

(6) Raquel Magdaleno Mora: "La Farmacia del Campo". Página 6. Cuernavaca, Morelos, México 1981.

(7) Rolando Costa Arduz. "Compilación de Estudios sobre Medicina Kallawaya". Pág. 14. Instituto Internacional de Integración. La Paz. 1998

(8) Louis Girault: "Kallawaya, curanderos itinerantes de los Andes". Passim. Quipus. La Paz, 1987

CURIOSIDADES

El tabaco fue considerado en un tiempo como una medicina para muchas enfermedades, incluyendo los dolores de cabeza, de muelas, la artritis, los dolores de estómago, heridas y el mal aliento. Se hacía con él un té y hasta unas píldoras para servir como hierba medicinal. Un médico español, Nicolás Monardes, fue el primero que descubrió su potencial medicinal en 1577, en un libro llamado "Noticias Jubilosas del Mundo Recién Encontrado", y sus opiniones fueron aceptadas durante más de dos siglos.



Para entender la medicina tradicional, también hay que entender a quienes practican esa modalidad ancestral de curación, su vida, sus habilidades, y sus relaciones con la comunidad y los médicos académicos. Por ello, incluimos en este número de nuestra revista un extracto acerca de la vida de un curandero potosino, en entrevista rescatada de un trabajo investigativo realizado para un Diplomado de Medicina Intercultural.



Historia de vida de Don Bernabé Copa, curandero y quraqa del ayllu Anqasoqa.

Aprendizaje y pruebas

Un día cuando yo tenía 8 años, así como usted puede venir a visitarme, una señora le visitó a mi papá, porque él leía la coca. Yo estaba en la cocina con mi mamá y fui directamente al otro cuarto donde estaba mi papá, y directo le he agarrado sus brazos a la señora y listo le dicho "tía, esto es así, así, así dice". Así directamente, como si alguien me hubiera indicado, así de por sí, psicológicamente me ha entrado para leer esa coca *(su padre aún no había lanzado las hojas de coca)* "¿Qué sabe usted!?", me ha reñido mi padre, me ha codeado. "Así está diciendo pues", le he dicho, pero mi padre todavía no había botado la coca. Así, yo directamente le he leído a esa señora que yo no conocía, pero que le decía tía. Entonces mi papá me ha dicho: "salí vos a jugar!". Cuando estaba saliendo le he dicho: "pero así está diciendo pues papi". Listo, así ha pasado. Yo esa vez tenía 8 años.

Después entre mis 8 y 14 años, sólo a veces leía la suertecita para sembrar, papa o habas, voluntariamente decía si va madurar, va helar o va granizar, pero sólo era entre la familia.

¿Por qué ha decidido curar?

Nadie me ha obligado, solamente he sentido en el cuerpo, en mi vida, el creador me ha dado ese don, y yo durante mucho tiempo estaba como desobediente de lo que el espíritu santo me había dado, entonces de ahí parece que me estoy poniendo obediente, por esas razones me he decidido, es como si Dios hubiera mandado. Hay otros que dicen que el trueno les ha mandado, yo no, por eso desde mis 8 años he sufrido tanto, recién me he dado cuenta, por eso he decidido ver la suerte y poco a poco he cumplido con las actividades que debemos cumplir los curanderos, y de acuerdo a eso mi señora también me ha dicho "que vamos a hacer, según lo que dicen los curanderos, si has sido elegido mediante nuestro Dios, tienes que cumplir". Así me he decidido.

Principales enfermedades que cura.

Lo que yo conozco son de las asustaduras del ánimo, hay otras enfermedades que en el campo existen y que son de los espíritus malignos, también hay enfermedades de la tierra que es como para no explicarse a veces de la lluvia, otras por la maldad que reciben de sus prójimos como brujería, cualquier clase de enfermedades se presenta, casi no me escapa para curar de esas partes, hay bastante clase de enfermedades, a veces, se presenta del tumor mismo, también se presentan fiebres, tos, diarreas con sangre o con vómitos, mucho más se presenta también las tenias o lombrices solitarias, cerca de 45 tenias existen en la persona, mi hermano, se ha sacado 7 lombrices y los remedios el mismo se ha preparado .

En Camargo y Puitucu son diferentes las enfermedades que se presentan, en Puitucu más se presenta de lo que caen los truenos, y de las asustaduras, del mal viento. En cambio en el lado de Camargo hay harta enfermedad de chullpa por los chullperios que existen.

Yo atiendo igual a hombres mujeres y niños pero lo que más atiendo a mujeres y hombres adultos.

Relación con su comunidad.

A mi pueblo Puitucu de cualquier forma siempre quiero ayudar, por ejemplo cuando voy allá, soy buscado no siempre como curandero, no será como en Camargo pero estoy buscado, ahora mismo, la gente está alegre de lo que voy a volver, porque, nosotros que estamos en otro lugar vemos otras cosas y podemos aportar con ideas, y contar lo que pasa en otras comunidades, porque se necesita dar apoyo a la comunidad

Ahora con este mi trabajo en Camargo, en mi casa de Puitucu, ya no tengo ni llamas ni ovejas, y todos estos años ya no hemos sembrado, pero siempre estamos yendo y viniendo a Camargo y Puitucu. Ahora mi esposa está un poco feliz de volver a Puitucu porque es su casa, pero también extraña mucho las frutas.

Ahora que voy a ser quraqa, no creo que vaya a poder comprarme llamas para criar aunque quiero, porque hay bastantes costumbres que hacer, para eso si tengo que comprar llamas, porque tengo que hacer como un cambio de salud para toda la comunidad, para eso tengo que matar una llama, eso también gasto es.

En mi comunidad, el cargo de quraca es una obligación aunque no me guste tenemos que cumplir porque es de nuestro ayllu y somos autoridades originarias.

Continúa...

Experiencia con los médicos.

Si una persona está mal de su ánimo, el médico de su espíritu no va a poder curarle, pero tampoco quiere darle de alta, por eso también discuten los familiares del paciente con el doctor, pero tal vez los familiares sacan al paciente y no está bien y listo se puede empeorar. A veces los familiares vienen a buscarme, se hacen ver en la suerte y me preguntan si pueden sacarle del hospital y si se puede le sacan, y los médicos me mandan una carta para que le cure de ánimo o de pujllu.

Pienso que sería bueno si el paciente estuviera muy enfermo que el curandero vaya al hospital a curar la parte espiritual, por ejemplo, una vez, hubo un accidente, un auto se ha volcado, y una señora ha quedado mal, de noche no podía dormir, y sus hijos me han llevado a la clínica, y ahí mismo espiritualmente he llamado su ánimo. En el mismo hospital, en su cama misma, y me ha agradecido mucho esa señora, vende singani y siempre viene hasta Belén, desde ese día se ha normalizado, se ha puesto tranquila.

¿Los médicos han aceptado?

Lo que hemos aprovechado, es el momento cuando ha pasado la visita médica, ese rato he entrado, y estaba llenito de pacientes, y todos me pedían que les ayude, igual sus familiares, pero no me podía comprometer, el ritual hemos hecho junto con todos esos pacientes, todos en uno me decían "porque no puedes llamar mi animito", así me decían. Para toditos los que estaban ahí he llamado su animito, su espíritu que estaba apartado, mediante los poderes, y la oración, eso se llama espiritualmente. Cada uno tiene su oración, mediante eso se llama y ha salido bien todo.

Después de esto, he trabajaba con el Dr. Yapur y con el Dr Abraham, ellos ya me mandaban unas notas para que atienda a sus pacientes, porque decían "disculpe don Bernabé, esto no es para médico, es para curandero, debe ser ánimo o phujllu, no se puede aliviar el paciente", entonces yo les pedía que me den una carta que diga que están transfiriendo al paciente porque después, pueden decir que yo me los estoy sacando del hospital. Así, estos doctores han dado las cartas.

Después de eso nos hemos abuenado y el mismo ya me ha conocido, luego, el mismo quería poner en radio Camargo para que más gente me conozca, los que trabajan en la radio mismo eran amigos porque he koado para sus casas, ellos también me han dicho, prepararemos un programa de radio como con entrevistas, pero no he aceptado porque en ese caso, tendría que trabajar con secretaría, y preparar hartos remedios, pero para eso el tiempo no alcanza.

¿Cómo se podría mejorar la relación con los médicos?

Para mejorar la relación con los médicos, sería bueno que ellos analicen bien las enfermedades, que consulten bien a los pacientes, si esta para ellos, que atiendan pero si no es para ellos que pasen a los curanderos, por ejemplo si es del ánimo, del mal viento, maldición, chullpa, hechicería, porque si se trata de estas enfermedades, como ellos no saben tratar esto, perjudican a la gente, también ellos mismos pierden a sus pacientes.

Los médicos tendrían que tomar como un experimento de una cosa pequeñita para saber si va a hacer efecto o no, por ejemplo, como yo soy médico de la medicina natural ver qué remedios puedo utilizar y ver el efecto.

También sería bueno que el curandero vaya al hospital, porque sería mejor tener la presencia del médico y ahí se va a saber si el paciente necesita al médico o al curandero, porque los pacientes pueden tener asustadura, otras veces las mismas vírgenes le agarran, por eso en cualquier parte tienen como pus, una irritación, entonces esa irritación nunca puede sanar, y eso de gana los médicos le van a lavar le hacen como un raspaje en esa herida, igual nomás se va a quedar, en vano le van a hacer. Lo que se tiene que hacer es preparar una ckoadita y con eso se le limpia, en el patio hay que ckoar, y se sana, sin necesidad de tocar esa herida. Se c'halla con un poco de traguito, vinito y listo. Y está perdonado con la Virgen.

Por lo menos sería bueno que, cuando el paciente necesita del médico y del curandero que el doctor le dé de alta para curarle espiritualmente y que luego el paciente vuelva al hospital a seguir con su tratamiento.*

FRASES PARA NO OLVIDAR

"Es importante que se empiece el día con el bienestar que da una sonrisa"

"Con un trato más cercano, los profesionales de la salud evitaríamos el 80% de las quejas de los pacientes"

"Evitar la tristeza no es bueno, porque se obvia la valiosa información que trae esa emoción"

Begoña Carbelo. Investigadora sobre la relación entre el humor y la salud.

PRODECO

PROYECTO DE DESARROLLO COMUNITARIO

PRODECO.
Calle Loa Nro. 526 2do Piso.
Teléfonos: 64-43290 / 64-34309 * FAX: (4) 64-43290
E-mail: prometra@entelnet.bo
Sucre-Bolivia