

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TRABAJO DE GRADUACION

TEMA:

**"INCIDENCIA DE ETNOPRACTICAS MÁS FRECUENTES EN LA POBLACION
QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS,
JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010"**

PRESENTADO POR:

**MEJIA ALEMAN, LAURA ESTELA
MORAN ROSALES, OLINDA ESTELA
TOBAR LAGUAN, EDELMIRA ARELY**

PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTORADO EN MEDICINA

**DOCENTE DIRECTOR:
DRA. MARIA ELENA DE ROJAS**

DICIEMBRE, 2010

SANTA ANA

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

INGENIERO Y MASTER RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ

VICE-RECTOR ACADEMICO

ARQUITECTO Y MASTER MIGUEL ANGEL PEREZ RAMOS

VICE –RECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO Y MASTER OSCAR NOE NAVARRETE

SECRETARIO GENERAL

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHAVEZ

FISCAL GENERAL

DOCTOR RENE MADECADEL PERLA GIMENEZ

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO

LICENCIADO JORGE MAURICIO RIVERA

VICE-DECANO

LICENCIADO Y MASTER ELADIO ZACARIAS ORTIZ

SECRETARIO DE LA FACULTAD

LICENCIADO VICTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DOCTORA SANDRA PATRICIA GOMEZ DE SANDOVAL

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios todopoderoso por habernos dado la oportunidad de culminar nuestra carrera y poder así presentar nuestro trabajo de graduación.

A todas aquellas personas que de una u otra forma han participado en la revisión y elaboración de este y en particular a nuestras maestras Dra. María Elena de Rojas y Dra. Patricia de Sandoval por su dedicación, entrega y motivación hacia nuestro trabajo.

Así también a la Universidad de El Salvador por ser el pilar de nuestra carrera. Esperamos que este esfuerzo sea aprovechado al máximo por los estudiantes de medicina, para una mejor formación académica y contribuir de esta manera al bienestar de nuestros pacientes, ya que ellos son la realización de nuestro ejercicio médico.

Laura, Olinda y Edelmira.

DEDICATORIA

Con la finalización de este trabajo, se cumple la meta que nos propusimos al inicio de nuestra carrera y que nos colma de mucha satisfacción y se lo dedicamos a las siguientes personas.

A DIOS:

Por habernos permitido lograr este triunfo muy importante en nuestras vidas.

A NUESTROS PADRES:

Por su apoyo incondicional económico, moral y espiritual.

A NUESTROS HERMANOS:

Por su apoyo moral y espiritual.

A NUESTRA ASESORA Y A LA JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA:

Dra. María Elena de Rojas y Dra. Patricia de Sandoval, gracias por ser nuestros guías en este trabajo de graduación y por su tiempo dedicado hacia la realización de este.

Laura Mejía Alemán, Olinda Morán Rosales y Edelmira Tobar Laguán.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
ANTECEDENTES	3
JUSTIFICACIÓN	7
PLANTEAMIENTO DE L PROBLEMA	9
OBJETIVOS	10
MARCO TEÓRICO	11
MARCO LEGAL	52
METODOLOGÍA	65
ANÁLISIS DE RESULTADOS (ENCUESTA DE PACIENTES)	69
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	83
RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS DE LOS CURANDEROS	85
CRUCE DE VARIABLES	91
CONCLUSIONES	112
RECOMENDACIONES	113
BIBLIOGRAFÍA	114
ANEXOS	116

RESUMEN

En nuestro estudio se investigó la Incidencia de etnopracticas en la población que consultan las Unidades de Salud Aldea Bolaños, Jujutla y Arenales en el período comprendido de marzo a septiembre de 2010.

Se hizo una recolección de datos utilizando la encuesta como técnica de obtención de información y como herramienta para obtener la misma.

Se tomó de muestra a 180 personas clasificándose de acuerdo al grupo etáreo, sexo, grado académico, causa de consulta, accesibilidad, además de datos sobre los proveedores de etnopracticas de los cuales se escogieron a 9 de ellos para obtener dichos datos.

Se consolidó la información y se tomaron los datos arrojados por las encuestas consolidando la información posteriormente en graficas de barras y pastel.

Dentro de los factores que contribuyen a la uso de etnopracticas está la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud y el nivel educativo.

Además se pudo observar que la etnopráctica más utilizada es por empacho seguida por atención del parto, éste último debido a la empatía o confianza existente con la partera y la accesibilidad a éste servicio.

Entre las recomendaciones se encuentran el establecer centros de investigación de medicina tradicional para rescatar aquellas que puedan ser beneficiosas para la población general a un bajo costo, además el de educar y ayudar a la gente a reconocer aquellas prácticas que pueden ser perjudiciales a su salud.

INTRODUCCIÓN

Las etnoprácticas en El Salvador se han venido utilizando desde hace muchos siglos, siendo un legado que nos dejaron nuestros antepasados indígenas y que se han continuado de generación en generación.

Se les conoce como etnoprácticas a todas aquellas prácticas culturales ancestrales diferentes a la tendencia de la medicina occidental alopática, que les dan respuesta, no científica, a enfermedades comunes y que por ser practicadas por miembros de la comunidad: curanderos, chamanes, sobadores, brujos, parteras, etc. y ser de bajo costo, son de preferencia en la mayoría de la población de las zonas rurales y urbano marginales. Siendo este tipo de población de escasos recursos económicos, con un bajo nivel cultural-educativo y con iguales conceptos mágico – religiosos del binomio salud y enfermedad los hace más susceptibles para el empleo de este tipo de prácticas sanitarias.

Por lo tanto, se hace necesario realizar un estudio sobre la incidencia que tienen las etnoprácticas en la población consultante de nuestras unidades de salud para identificar cuáles son las enfermedades en las que más comúnmente las utilizan. De esta manera comprender más a nuestra población y orientarla para que aquellas prácticas que sean dañinas a su salud y que no contribuyan a su recuperación se dejen de practicar y aquellas que ayudan en combinación con los tratamientos médicos convencionales se practiquen de la forma más correcta y puedan así contribuir a una mejor y más rápida recuperación de nuestros pacientes.

Es de destacar que en nuestro país las etnoprácticas que más se utilizan y que han sido objeto de estudio de varios trabajos de investigación presentados por médicos en servicio social para optar a su título de Doctorado en Medicina han sido las relacionadas al Síndrome Diarreico Agudo y que han causado altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil sobre todo, siendo difícil el controlar su utilización.

ANTECEDENTES

Con el paso del tiempo y los acontecimientos suscitados a lo largo de tantos años, es interesante ver como las etnoprácticas se han mantenido vigentes en nuestra población, el conocer los antecedentes y la situación actual de algunos pueblos indígenas salvadoreños que preservan muchas creencias, valores y prácticas médicas de sus ancestros nos ayudarán a entenderlas.

Las prácticas médicas y el arte de curar llevaron a hombres y mujeres, de todo el mundo y a través de los tiempos, a desarrollarse en el campo de la medicina. Un gran número de estos agentes de salud se iniciaron, a través de mandatos divinos, de experiencias propias de sufrir enfermedades y buscar su solución y también por la transmisión oral de los conocimientos y prácticas de tradición familiar.

Desde que hay conocimiento de la existencia del hombre, este ha usado la naturaleza a su favor, sobre todo para el combate de las enfermedades, utilizando en un principio pociones y brebajes, solos o en ritos, constituyendo toda una cultura en los diferentes pueblos. En las sociedades primitivas tales culturas se traducen en ritos, magia y hechicería que reflejan un conocimiento empírico, mágico – religioso de la naturaleza y sus fenómenos, y sobre todo de la salud y enfermedad.

La Hechicería, la brujería, el curanderismo o etnopráctica son explicaciones universales del dolor humano bajo las creencias mágico-religiosas, que han predominado hasta nuestros días, y que en muchas ocasiones ha sido aprovechado por personas inescrupulosas para obtener beneficios lucrativos.

En la época precolombina, según documentos históricos de los años 1513, 1522, los curanderos gozaban de mucho mayor respeto y credibilidad entre los indios, que los médicos españoles entre los conquistadores, los hombres que se dedicaban a curar enfermos eran vistos como dioses y se les dedicaban altares.

Entre las enfermedades que curaban se encontraban: los resfriados, influencias, padecimientos respiratorios y gastrointestinales, malaria, infecciones de diversos

tipos, lepra, enfermedades de la piel y al parecer enfermedades venéreas. Entre sus procedimientos de curación, se practicaban los baños de vapor (llamados temaxcalli) y cuyo uso se remonta a tiempo inmemorial, según hace referencia el “Estudio sobre Medicina Natural Tradicional de Izalco, Sonsonate”. (s/f) Licdo. Ricardo Antonio Cota. Director de la Casa de Cultura de Izalco ¹

El conocimiento y aplicación de la medicina estaba muy ligada con la magia y la religión. Las cosmovisiones, conocimientos y prácticas, los recursos diagnósticos, terapéuticos y de sanación de las medicinas tradicionales, forman verdaderos sistemas de salud, desde las madres que se dedican al cuidado de sus hijos en casa hasta los curanderos que lo hacen persiguiendo una jugosa remuneración, estas medicinas no formales, recreadas y reproducidas cotidianamente, han generado prácticas holísticas en las cuales sus especialistas han impreso su propia visión del mundo, su propia identidad. ²

El sistema mágico-religioso se basa en el principio de que una fuerza sobrenatural cura o produce la enfermedad por medio de un agente intermediario. Este agente recibe diferentes nombres, dependiendo de la cultura. ³

La medicina occidental es un nombre genérico dado a las prácticas médicas utilizadas principalmente en los países occidentales con algún nivel de industrialización y urbanización. Este sistema, referido también como medicina convencional o alopática, ejerce hegemonía sobre la prestación de servicios de salud occidental y continúan practicándose hoy.

La medicina natural o tradicional forma parte de la esencia del hombre mismo. Es una forma de curación que proporciona la naturaleza para lograr revertir los procesos de una enfermedad, para acelerarlos o para expulsar las toxinas que provocan la enfermedad.

1y2 (Modelo de Atención en Salud de los Pueblos Náhuat-Pipil de Izalco pag 27)

3 (Vila de Pineda P. Medicina tradicional en Colombia. En: Pinzón C, Roldan M. eds. V Congreso Nacional de Antropología. Curanderismo. Bogotá, D. C.: Icfes. Instituto Colombiano de Antropología y Concultura; 1989)

Para ello se ha utilizado el agua, el sol, el aire y las plantas. Las cuales han jugado un papel muy importante en los tratamientos de nuestros antepasados indígenas quienes, usando diversos métodos, curaban a sus pacientes basados en la observación y un conocimiento bastante acertado de las bondades de la naturaleza, distando, en la mayoría de los casos, de lo científico y práctico.

La Organización Mundial de la Salud señala que en algunas regiones del planeta, sobre todo en los países asiáticos y africanos, el 80% de los tratamientos son realizados por curanderos, en base a ello se estableció la estrategia: “Salud para todos en el año 2,000” considerando que se debe de lograr la participación activa de la población, aprovechando sus conocimientos en medicina tradicional. Como estableció en Alma Ata la OMS (1979) y las propuestas de la OPS (1992) y de la OIT (1989) suscitaron elementos para la elaboración de la propuesta de la OMS (2005) sobre Medicina Tradicional, la Declaración de las Naciones Unidas sobre Los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) y la Declaración de Pekín de la OMS (2008), por lo que se han emitido diversas propuestas en varios países para reconocer los derechos de los pueblos indígenas, incluyendo su derecho a la salud y a ejercer sus medicinas.

En América Latina, la segregación espacial en muchos casos se superpone a la dicotomía urbano/rural ubicándose las poblaciones indígenas en zonas rurales donde también existe acceso restringido a los servicios como deficiencias en el abastecimiento de agua potable, alcantarillado, electricidad y vivienda digna. También en estas regiones el transporte y otros medios de comunicación, así como el acceso a los servicios de salud son parte de la postergación social, económica y sanitaria en que se encuentran.

En El Salvador, el Ministerio de Salud siempre ha tenido interés por conocer las etnoprácticas utilizadas por la población para evitar las complicaciones que estas conllevan y disminuir la morbi-mortalidad haciendo conciencia a las personas sobre el uso de dichas prácticas.

Por otro lado, nos encontramos ante el empirismo dogmático de mucha gente que considera que las plantas deben ser usadas como lo recomienda el abuelo, el

familiar o el amigo, y como es lógico, no podemos adoptar esta practica automáticamente sin antes haber buscado referencias científicas sobre las conveniencias de su uso, efectos tóxicos o interacciones con otros medicamento

Se ha calculado, teniendo en cuenta la población global, un total de 425 millones de visitas a prestadores de estas prácticas con un costo de 11.700 millones de dólares anuales. Esto supera en número a las visitas realizadas a los médicos responsables de la atención primaria de la salud (clínicos, pediatras, obstetras) y tiene un impacto económico similar a los gastos sin reembolso de la atención en los hospitales durante el mismo período.⁴

4(Practicas medicas tradicionales salvadoreñas)

JUSTIFICACIÓN

La utilización de las etnoprácticas se ha mantenido en nuestro país como un aspecto cultural en la población desde hace varios años; y en muchas ocasiones éstas prácticas han cobrado víctimas, lo que preocupa al sector salud ya que cada vez son más y más personas las que hacen uso de éstas (por el alto costo de la vida, bajos ingresos, alto costo de los servicios médicos especializados, escases de medicamentos y baja atención en los servicios de salud públicos además de la dificultad de acceso con que cuenta la mayoría de población a nivel rural), volviendo susceptibles a nuestros niños y embarazadas, por que son ellos los que utilizan con mayor frecuencia dichas tradiciones.

Con el aparecimiento de la medicina moderna estas prácticas debieron ser reemplazadas, ya que, el avance tecnológico que ha sufrido la medicina ha llevado a un conocimiento más científico sobre el binomio salud y enfermedad. Pero, desgraciadamente, el aporte de esta tecnología no está al alcance de todos, sino únicamente de aquellos que puedan económicamente obtener dichos beneficios, mientras que un buen porcentaje de la población los desconocen o no pueden pagar por ellos. En El Salvador, los pueblos indígenas, por razones históricas se encuentran en un grado extremo de represión y marginación, ocupando los indicadores más bajos de la pirámide social. Mostrando las peores condiciones de vida a nivel nacional.

Además al volverse mas común su utilización en nuestra población conlleva al personal de salud al desgaste ya que hay que estar orientando permanentemente a las personas de las complicaciones que esto trae y se sobrecarga, también, de trabajo al personal al tener que asistir a los pacientes que terminan con alguna complicación debido a estas prácticas.

Por lo tanto, para disminuir el impacto de esta situación se ha pensado en realizar este trabajo, así tener un conocimiento de cuáles son las etnopráctica más utilizadas en la población que consulta en las Unidades de Salud Aldea Bolaños,

Arenales y Jujutla, en el periodo comprendido de marzo a septiembre del presente año.

Además de proporcionar una base de datos para que otras personas puedan realizar otros estudios partiendo de los datos que podamos obtener y para que otras personas ajenas al personal de salud pero que estén interesadas en esta información puedan acceder a esta y tengan conocimientos sobre el daño que causan algunas etnoprácticas en la población, sobre todo en niños y así evitar que siga expandiéndose su uso inadecuado. Se pretende, además, informar e involucrar al personal de salud, para que tomen parte de la responsabilidad que les corresponde.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por medio del presente trabajo de investigación pretendemos conocer la incidencia del uso de etnoprácticas por la población que consulta en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla, y las enfermedades más frecuentes en que las utilizan, tomando como muestra dicha población, ya que, hemos observado que es algo tan enraizado en la cultura de la población de El Salvador. El hecho de consultar con personas que se dedican al uso de la medicina tradicional al inicio de las enfermedades que les aquejan y hasta no ver mejoría o estar complicados consultar con el personal médico, ha venido manteniéndose a través del tiempo, pasando de generación a generación, ya que todavía persisten en la actualidad.

Sabemos que en el país se han presentado graves consecuencias a causa de la utilización de las etnoprácticas y que en algunos casos han terminado en situaciones fatales, especialmente en la edad infantil, producto del uso de estas, y aunque existan leyes que regulan el ejercicio ilegal de la profesión, el MSPAS todavía no retoma su papel protagónico como ente regulador de dichas prácticas tradicionales.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la incidencia de las Etnoprácticas en la población que consulta en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo comprendido de marzo a septiembre del año 2010"

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar las patologías por las que acuden con mayor frecuencia las personas a los centros donde se realizan etnoprácticas.
- Conocer los grupos etarios de la población que consulta con más frecuencia en los centros donde se realizan etnoprácticas.
- Determinar la frecuencia con que población acude a los sitios donde se realizan estas actividades.
- Conocer las actividades o prácticas que efectúan las personas que realizan las etnoprácticas en las diferentes patologías por las que les consultan.
- Establecer las características más frecuentes por las cuales la población acepta y acude al uso de las etnoprácticas en la actualidad.

MARCO TEÓRICO

PUEBLOS INDIGENAS EN EL SALVADOR

Los indígenas, llamados “seres incapaces de civilización”, vivían en comunión con la naturaleza y creían, como ahora también creen sus nietos/as, que la tierra y todo lo que en ella anda o brota, son sagrados.

Actualmente, en nuestro país, más de 600,000 indígenas diseminados en los departamentos de Ahuachapán, Sonsonate, San Salvador, La Libertad, La Paz, Cuscatlán y Morazán no cuentan con condiciones elementales de Vida y de dignidad que les permitan poseer tierra, materias primas y créditos, agua potable, electricidad y asistencia en salud. Han llegado a convertirse en los más pobres entre los pobres de la población salvadoreña.

En muchos casos, se sigue considerando a los y las indígenas (y aún más a éstas) como un “peso muerto” para la economía del país, que también depende de su trabajo y de su aporte en general, así como un “lastre” para la cultura que se adopta como modelo.

Por otra parte, al no existir una política nacional para su conservación, es evidente que los elementos de conocimiento que adquirieron de sus antepasados, presentan serias dificultades para su transmisión de una generación a otra, sobre todo por la influencia de costumbres y formas de vida provenientes de culturas extranjeras, difundidas especialmente a través de los medios de comunicación, que afectan las raíces de nuestra sociedad, permeada cada vez más por la globalización cultural mundial.

Hasta hace unos años, la indiferencia de la sociedad salvadoreña en su conjunto, hacia los pueblos indígenas, fue casi total, con excepción de algunos esfuerzos particulares de académicos/as, artistas y escritores/as.

Actualmente, a través de la Jefatura para Asuntos Indígenas de CONCULTURA y también con el apoyo de la OPS (Organización Panamericana de la Salud), se está realizando un esfuerzo por dar un nivel de reconocimiento oficial a las organizaciones indígenas, que les permita difundir su cultura y el respeto a sus derechos.

Desde el punto de vista socio-cultural, los pueblos indígenas de El Salvador, desean poner de manifiesto su visión del mundo, su cultura y su realidad actual. La grave situación que sigue viviendo, exige tomar medidas inmediatas. Sólo necesitan ser tratados con iguales derechos que a las demás personas y vivir en forma digna, para poder rendir tributo a la naturaleza como sus abuelos/as y a un día más, que como cualquier otro, para ellos /as es sagrado.

Cierta parte de la población, fue “encomendada” a los colonizadores españoles, quienes se la distribuyen en sus haciendas, diezmándola aún más, por las matanzas indiscriminadas, los trabajos y migraciones forzadas, las nuevas condiciones de vida y el abatimiento moral. Los indios también morían masivamente ante la falta de resistencia a muchas de las enfermedades introducidas por los invasores, como la malaria, fiebre amarilla, viruela, sarampión y tuberculosis

Las muertes indígenas continuaron y redujeron la población indígena en un 80%, en algunas zonas.

Durante el período que llega hasta el siglo XVIII, las comunidades indígenas desaparecieron casi por completo en el norte, oriente y a lo largo de la llanura costera. Esta última zona, se convirtió en una pestilente zona despoblada.

Muchos indígenas huyeron al interior, para evitar el pago de tributos, cada vez mayores, aumentando el número de desarraigados y sin rumbo por todo el país.

En la lucha por el respeto a los derechos humanos y al mejoramiento de la calidad de vida de los pueblos indígenas, pueden destacarse estos acontecimientos:

Aprobación del convenio 169, sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, de la Organización Internacional del Trabajo-OIT (junio 1989), documento que por primera vez recogió la noción de pueblo asumida

colectivamente. Este es uno de los documentos más relevantes sobre pueblos indígenas adoptado en la 76ª Conferencia Internacional del Trabajo (Ginebra, junio 1989), que en su parte V, art 24 y 25, se refiere a la Seguridad Social y Salud y aborda lo relacionado a la responsabilidad gubernamental, la organización de los servicios de salud y la necesaria coordinación y participación de las comunidades. Plan de Acción de la OPS/OMS para el Impulso de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas en la Región de las Américas, 1995-1998(1995).

Declaración de Compromiso entre el Parlamento Indígena y OPS/OMS (mayo1996).

Los compromisos internacionales instan a los gobiernos miembros de la región a promover la transformación de sus sistemas de salud y a apoyar las iniciativas de modelos alternativos de atención a la población indígena dentro de la Estrategia de los Sistemas Integrales de Salud, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.

Los gobiernos de cada país asumen compromisos, a través de declaraciones y acuerdos internacionales y nacionales. Los poderes gubernamentales que deben intervenir para preservar un nivel de vida digno a los pueblos indígenas, son el ejecutivo y el legislativo; principalmente este último, por su rol en la definición de políticas públicas, referidas a la asignación de recursos.

Si los análisis enfocan las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas, tomando en cuenta sus Requerimientos e indicadores potenciales, sus principales carencias son las siguientes:

1. Recursos para proyectos productivos
2. Servicios básicos de infraestructura
3. Capacitación
4. Gestión de recursos económicos y de tipo cultural
5. Autodeterminación como pueblos indígenas
6. Información
7. Fuentes de trabajo.

Concentrando esfuerzos en esta dirección, la OMS/OPS en ocasión del VI Período Extraordinario de Sesiones del Parlamento Andino en la ciudad de Lima, Perú en

1995 colaboró en la preparación de algunos anteproyectos, entre ellos uno sobre la Medicina Tradicional.

En esta reunión se decidió tratar en profundidad la problemática de la salud de los pueblos indígenas y se creó un grupo de trabajo para el estudio de los temas vinculados a estos pueblos, también se decidió programar una reunión interparlamentaria regional que posteriormente se realizó el 1º de mayo de 1996, firmándose en ésta, la declaración de compromiso de ambos grupos participantes: líderes indígenas y parlamentarios regionales, con el Parlamento Indígena de América. Esta Declaración establece un acuerdo de colaboración mutua en el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de las Américas; incluye además de la reflexión sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas de las Américas, temas sobre Legislación y políticas de salud en las Américas y su impacto en los pueblos indígenas de la Región, Acciones en favor de los Pueblos Indígenas y su sustentabilidad, Legislación y políticas sobre las diferentes áreas de la medicina tradicional, plantas medicinales, comercialización, propiedad intelectual y ética, entre otras.

En el cumplimiento de sus compromisos y para promover el trabajo coordinado entre parlamentarios y líderes indígenas la OPS/OMS convocó en noviembre de 1996 a la Reunión de Trabajo sobre Políticas de Salud y Pueblos Indígenas, con parlamentarios designados por los gobiernos para esta temática regional. En esta reunión se destacó la responsabilidad de generar políticas públicas que velen por el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas, con enfoque de género y compatibles con las políticas nacionales, en materia económica, social y de desarrollo. Además de los objetivos anteriores, quedó planteado el compromiso de establecer las bases para la formulación de las políticas necesarias en el campo de la salud de los pueblos indígenas; la revisión de la legislación referente a la práctica de la medicina tradicional, incluido el uso de plantas en los pueblos indígenas, así como el compromiso de elaborar un plan de trabajo bianual.

⁵(Parlamento Andino/ Parlamento Indígena/ Organismos Gubernamentales/Organizaciones Indígenas/Organización Panamericana de la Salud).

PRACTICAS SANITARIAS DE LOS INDIGENAS

Al intentar conocerse sobre la salud de los pueblos indígenas de nuestro país, se ha encontrado que prácticamente no existe información al respecto. Sin embargo, se sabe que todo análisis de la situación de salud de grupos de población de un país, parte de identificar la situación social en general, y de la salud en particular, en el contexto político, económico y social en el cual se desarrolla.

En nuestro país, la guerra civil, la caída de los precios mundiales de los productos agrícolas y la implantación de políticas de estabilización y ajuste, han llevado en su conjunto a cambios importantes en la economía y en los patrones de asentamiento humano.

La degradación ambiental ha sido de tal intensidad, que la capacidad de renovación de recursos naturales, especialmente del agua, se está perdiendo rápidamente. Estos cambios han deteriorado los niveles de vida del medio rural, afectando especialmente a los grupos indígenas, marginados de la sociedad salvadoreña. La falta de higiene, debido a la escasez de agua, es un problema generalizado de los pueblos indígenas.

Su alimentación es un problema apremiante. La mayoría de la población come en base a tortillas con sal o con frijoles, aunque la carestía de estos últimos aumenta la deficiencia en su dieta alimenticia. Consumen algo de arroz, chipilines, moras y otras hojas, así como frutas y verduras que les puede proporcionar su ambiente. No toman leche ni consumen carne, excepto en algunos casos, no muy difundidos, en que crían gallinas.

La alimentación de los y las indígenas es muy deficiente, más aún para la mujer quien cede en general lo mejor y la mayor parte de los alimentos a sus hijos/as y a su marido.

Los grupos indígenas han utilizado tradicionalmente la medicina natural, en especial las plantas, por el conocimiento que han venido heredando de generación en generación. Acuden a remedios caseros, con hierbas que conocen o que les han aconsejado familiares y amistades. Por otra parte, no tienen otra alternativa,

ya que los costos actuales de muchas medicinas escapan a sus posibilidades de compra. A los hospitales públicos acuden muy poco, generalmente muy alejados de los lugares donde viven; además les tienen miedo, por todas las situaciones vividas y las experiencias conocidas; piensan que allí va la gente a morir. Consultan a sus curanderos, especialmente para enfermedades a las que consideran que los médicos no tienen medicinas para curarlas, como el “ojeado” o “mal de ojo” en los niños y niñas.

A sus hijos e hijas, generalmente los/las vacunan, por eso han descendido en ellos/as algunas enfermedades, como el sarampión, la varicela y otras; la práctica de vacunación, sin embargo, no la realizan los adultos.

La mujer indígena, en general se acompaña muy jovencita y tiene muchos embarazos, incidiendo por supuesto, en su salud. En cuanto al control del embarazo y el parto, algunas mujeres indígenas concurren a controlarse a las Unidades de Salud, aunque prevalece la auto atención o la atención familiar. Llamam a la partera, generalmente, cuando se les complica el parto. Las mujeres indígenas, cuando paren en sus casas, lo hacen en cuclillas, por eso no les gusta ir al hospital, donde deben acostarse para parir. La mujer embarazada come poco tortillas, frijoles y café amargo, al igual que en toda su vida; pero en esta situación, como se sabe, las deficiencias en la alimentación, determinan la aparición de enfermedades como la anemia, que en algunos casos, provoca la muerte.

La planificación familiar prácticamente no se da en la familia indígena, porque además, por sus convicciones religiosas, consideran a sus hijos/as como valor económico, especialmente de apoyo en su vejez.

Las enfermedades que más padecen, derivan de sus condiciones ambientales e higiénicas, como las diarreas, gripes y bronquitis, es decir, enfermedades gastrointestinales y respiratorias, que ocasionan muchas muertes, especialmente en niños y niñas. Muchos indígenas, especialmente las mujeres, tienen problemas dentales.

El conocimiento indígena en general y la medicina indígena en particular, son potencialidades individuales y comunitarias que deben ser conocidas dentro del concepto de bienestar que propone el pensamiento indígena.

Estas reflexiones permiten entender que no basta con emprender acciones para contrarrestar enfermedades, como hospitales, recursos materiales y humanos, para mejorar la salud de los y las indígenas. Además, se debe integrar a las estructuras políticas, a las actividades económicas y sociales de país, así como reinvertir la ideología colonial del estado y la población en general, a través de cambios en la valoración de la cultura nacional.⁶

ETNOPRÁCTICA.

Se entiende por etnopráctica “la suma de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastorno físico, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación, y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra.”⁷

Se clasifican en tres tipos:

1. La suministrada por las misma persona (paciente)
2. La suministrada por el curandero.
3. La suministrada y elaborada por el curandero.

6(Pueblos indígenas salud y vida en el salvador)

7(AFRO technical report series, N° 1, 1976 (African Tradicional medicine. Informe de un comité regional de expertos, págs. 3 y 4)

En los sistemas de salud tradicionales, la enfermedad es definida en un sentido social, como la interferencia con el comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar.

La mayoría de los pueblos indígenas dividen las enfermedades en dos grupos: enfermedades del campo producidas por causas sobrenaturales encantos, vientos, espíritus que actúan autónomamente o al ser evocadas o dirigidas por medio de operaciones mágicas y enfermedades de Dios, cuyo origen no pertenece al mundo mítico indígena.

Existen diferentes técnicas de diagnóstico y pronóstico de las enfermedades: la vela, el cuy, el huevo, la orina del paciente. En general, cada terapeuta las usa de acuerdo a su formación, según sus poderes y preferencias. Otros terapeutas diagnostican y pronostican bajo el efecto de plantas alucinógenas y otros interpretando sus sueños. Los tratamientos incluyen, rituales, plantas, derivados de sustancias humanas, minerales y animales.⁸

CUADROS MÁS COMUNES DE ETNOPRÁCTICAS

EMBARAZO

Definición:

Gestación o proceso de crecimiento desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por los periodos embrionarios y fetal, dura 280 días (40 semanas) tomando como partida el comienzo de la última menstruación. Según la OMS el embarazo comienza cuando el ovulo fecundado se implanta en las paredes del útero, al final de la primera semana después de la concepción y finaliza con el parto. Para la federación internacional de ginecología y obstetricia, el embarazo es el proceso que comienza con la implantación del "conceptus" en el seno de la mujer y termina con el nacimiento de un bebe o con un aborto.

⁸(La salud de los pueblos indígenas de las américas: conceptos, estrategias, prácticas y desafíos ops

CONTROL PRENATAL

Definición:

Es la atención periódica y sistemática de la embarazada por integrantes del equipo de salud para vigilar el proceso de gestación, identificar factores de riesgo, detectar y tratar oportunamente las complicaciones, referir al nivel de mayor complejidad cuando corresponda, brindar contenidos educativos y lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre e hijo.

Requisitos básicos de un control prenatal:

Precoz o temprano: debe iniciarse lo mas temprano posible, en el primer trimestre de gestación
periódico o continuo: la frecuencia de las atenciones o controles prenatales varían según el riesgo que presenta la embarazada.

Completo o Integral: los contenidos mínimos del control, deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de información, educación, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Amplia Cobertura: para impactar las tasas de mortalidad materno perinatal se necesita alcanzar la meta de control prenatal igual o superior al 80%, lo ideal es que abarque a todas las embarazadas.

Los establecimientos de salud promoverán que la embarazada reciba como mínimo 5 atenciones prenatales⁹

ETNOPRACTICAS DURANTE EL EMBARAZO

El embarazo a dado lugar a la proliferación de cientos de etnopracticas. Abdomen en punta es hombre y redondo mujer.

El feto masculino se cría en el lado derecho del claustro materno y el femenino en el izquierdo. No comer demasiadas cosas heladas por que al niño le dará resfrió

Las embarazadas deben cuidar de que no se les enrede el hilo de la costura pues si esto sucede hay peligro que el cordón umbilical se enrede en el cuello del feto, el comer carne hace que los niños nazcan cabezones, Cuando la mujer embarazada se pone fea nacerá una niña y si se pone bonita entonces será un niño, No te acuestes mucho o se te pegara el bebe.

EL PARTO

Definición:

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivo que permiten la expulsión del feto y la placenta por vía vaginal en condiciones optimas.⁹

ETNOPRACTICAS DURANTE EL PARTO

Dar de beber una toma de raíz de árbol de limón con siete clavos para apurar el parto, hacer baños de agua tibia de la pansa hacia abajo para apresurar el parto
Meter el pelo de la parturienta a la boca para lograr vomito y expulsar mas rápido al parto, hacer humo y pasar en cruz sobre la mujer para tener mas rápido al bebe.

PUERPERIO

Definición:

Periodo posterior al alumbramiento tras del cual ocurren transformaciones progresivas anatómicas, metabólicas y hormonales en el que involucionan todos los cambios del proceso de la gestación, su duración promedio es de 6 semanas.⁹

ETNOPRACTICAS DURANTE EL PUERPERIO

Definición:

Cubrir la cabeza con una pañoleta o trapo para evitar que entra frio al cuerpo

las bebidas de cascara de plátano aumentan la leche

Tomar solo chocolate y comer queso duro con tortilla tostada

La mujer que esta en el periodo de puerperio no debe bañarse

Esta contra indicado planchar, Cocinar y coger cuchillos por que el contacto calor frio seca la leche.⁹

9(OBSTETRICIA DE WILLIANS PAG. 92,152,696)

DIARREA

Síndrome caracterizado por el aumento de la frecuencia fluidez y/o volumen de las heces, con disminución de su consistencia.

EPIDEMIOLOGIA

Afecta a cualquier edad, observándose mayor frecuencia, daño y complicaciones en menores de 5 años. Continúa siendo una de las principales causas de muerte en menores de 5 años en los países en desarrollo.

FACTORES DE RIESGO

Es importante mencionar que el marco socioeconómico deficiente es el principal factor de riesgo, por la precariedad en los servicios sanitarios y la falta de educación. Para fines prácticos se puede clasificar en dos causas.

Ambiental y Familiar. Clima, agua, alimentos contaminados, inadecuado manejo de excretas, viajes, hacinamiento, presencia de animales, medio socioeconómico bajo, falta de comprensión y cuidado materno.

Huésped. Edad, estado nutricional, ausencia de lactancia materna, enfermedad de base, búsqueda tardía de atención médica

ETIOPATOGENIA

El origen es viral, parasitario, bacteriano y no infeccioso este último puede deberse a: transgresión alimentaria, alergia, uso de medicamentos, intolerancia a algún componente alimentario (lactosa, glucosa, etc.).

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

Anamnesis: Averiguar forma de comienzo, características de las deposiciones, tiempo de evolución, presencia de fiebre, vómitos, sed, apetito, diuresis, tratamientos instituidos, alimentos ingeridos.

Examen Físico: El examen clínico debe ser completo para descartar otros focos infecciosos. El dato de mayor relevancia es el estado de hidratación.

TRATAMIENTO

Puede afirmarse que hasta el momento no existe el antidiarreico ideal; la mayoría de los fármacos poseen efectos secundarios, además la utilización de estos aumenta el gasto y distrae la atención en la hidratación y alimentación.

El tratamiento se basa:

Prevenir o tratar la deshidratación

Mantener una adecuada alimentación

Proporcionar antipiréticos en caso de fiebre.

Antibióticos solo cuando amerite, por ejemplo en disentería.

Administrar antibióticos solo en caso necesario y abstenerse de administrar medicamentos antidiarreicos

PREVENCION

Estimular el amamantamiento.

Asesorar sobre ingesta de agua potable – hervida

Medidas de higiénicas en preparación de alimentos y lavado de manos.

Educar a la comunidad y en especial a las madres.

Enseñar a detectar signos de deshidratación

Eliminación adecuada de excretas

Dentro de las causas de diarrea se encuentran el empacho se produce cuando alguna comida o bebida se queda pegada y pudriéndose en la pared del estómago. Ruede ser peligroso para la vida del niño. Causa una diarrea acuosa y maloliente, blanca o amarilla, asociada con hinchazón y dolores del estómago. Puede que se acompañe de fiebre, vómito y náusea, aunque algunas madres mencionaron explícitamente la ausencia de estos signos. el empacho debe tratarse con purgantes para limpiar el estómago y expulsar el material causante.

Otras curas contra la diarrea sirven: el agua de linaza, sola o con guayabo y risacá; la mejorana, la guaca o quemadera, el paraguay , la manzanilla , la canela , el agua de arrayán con guayabo , o el guayabo dulce con cascara de palo de marañón , la malva , el mastuerzo . En Suaita usan el agua de clavo o la de canela contra *la diarrea de frío*, y el agua de lechuga contra *la diarrea de calor*; por último, en Puerto Wilches usan contra la diarrea, tres limones biches rajados en cruz y cocinados con cascara de marañón, mango y manzanilla.¹⁰

Fitoterapia

Parte de la medicina natural que trata del estudio y la utilización de los productos de origen vegetal con fines terapéuticos. Consiste en mantener la salud y tratar la enfermedad con remedios en base de plantas medicinales, sus extractos y otros derivados. A finales de los años sesenta la OMS realizo recomendaciones sobre la necesidad de validar, química y farmacológicamente, las especies vegetales usadas en medicina tradicional por las diferentes culturas. Esta terapéutica es la mas utilizada por las familias y por los agentes de medicina tradicional.

Limpias:

Método que integra fórmulas mágico religiosas para reintegrar el espíritu de alguien que ha sido embrujado (mal blanco) o que padece de algún mal del campo. Por lo general se usan huevos, plantas medicinales, incienso, trago, etc, pero siempre acompañados por invocaciones a las divinidades.

Fangoterapia:

Que estudia las propiedades y aplicaciones curativas del fango, barro, lodo o arcillas; y el estudio de las propiedades y aplicaciones curativas del agua, preferentemente a través de baños.

10 REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR (Diarrea infantil en la Nicaragua rural: creencias y prácticas de salud tradicionales)

Espanto:

Esta es una de las enfermedades más frecuentemente referida. Es ocasionada por una pérdida del alma o una contaminación espiritual, afecta más a los niños, sin embargo puede suceder en adultos sean hombres o mujeres y en las embarazadas.

Es producto al parecer de una experiencia aterradora “se caen”, “se caen al agua”, “se les hace asustar”, cuando tienen “fuertes impresiones de algo”.

Se manifiesta como nerviosismo, trastornos del sueño, diarrea verdosa, vómito verdoso cortado, fiebre, no quieren comer, orina amarilla como huevo. En los niños aparecen unas “bolas detrás de las orejas”, “un ojo se vuelve más chiquito”, lloran mucho, tienen mucha sed, en las noches “brincan y lloran”, “les brinca la ingle”, al mirarlos a los ojos se asustan y gritan, se les aparecen cosas feas. Los adultos se van adelgazando, no quieren comer, tienen decaimiento, están aburridos, tienen con facilidad iras, en pleno sol tienen frío.

Tratamiento:

- Fregarles con manteca de cacao y colocarles hojas de granadilla en el pecho y la espalda, sujetando con una venda.
- Limpiarles todo el cuerpo con dos huevos, luego soplar trago o colonia en el pecho y la espalda, luego barrerles con un ramo de ruda.
- Cuando el espanto es de agua (al caerse en el agua), se recomienda sumergirle en el mismo sitio de la caída, levantarlo y se le viene trayendo diciendo “vamos”. Se recomienda dar a beber durante tres días una infusión preparada con 1 manojito de churillo de calabaza, 1 manojito de churillo de taxo, tres pepas de chimbalo verde, 3 piedras de la mitad de la quebrada.
- Se sopla trago y humo de tabaco en forma de cruz en la espalda y pecho, rezando el credo, luego se le sacude de los pies.
- Se prepara un ramo de plantas del campo y se le barre todo el cuerpo, luego soplar trago en la espalda y el pecho

- Con cuatro piedras recogidas en una quebrada, frotar todo el cuerpo, y luego colocar cada piedra en una esquina de la manzana donde vive.
- Frotar con ají caliente todo el cuerpo, luego quemar el ají en el fuego.

En todos los casos abrazarles con la cabeza hacia abajo y sacudirles diciendo “shungu” tres veces.

Mal Aire

El mal aire es el mayor asesino de los niños, y su responsable es el viento.

Existen dos tipos de mal viento, los fuertes y los débiles. Los primeros afectan a los hombres y deben ser potentes y los segundos afectan a los niños que son más débiles. Su forma de actuar es provocando un desequilibrio caliente frío cuando una persona (adulto o niño) ha estado o permanece en lugares donde no se debe como por ejemplo en terrenos, quebradas, montes, sitios alejados o solitarios. Un signo de haber contraído esta enfermedad es que al estar en los sitios anteriormente descritos, se siente que el cuerpo se corta (escalofríos). Provoca una gran debilidad en la persona, además de dolor de cabeza, fiebre, diarrea, reumatismo, vómito, convulsiones y escalofríos. Duele cualquier parte del cuerpo.

Tratamiento:

- Quemar incienso, romero, palo santo, hacer pasar al enfermo sobre el humo, fregando el cuerpo con agua y tabaco y se le barre con un ramo de ruda, marco y chilca ahumados en el incienso. Se deben realizar tres curaciones en tres días distintos.
- Se limpia con huevos fumando tabaco y soplando el humo hacia el enfermo.
- Barrer el cuerpo con un ramo de chilca, ruda, ortiga, limpiar con un huevo y tomar infusión.

Pasmo de ánima

Enfermedad producida al pasar o haber estado en un cementerio. Se manifiesta con malestar general, duermen mucho, no tienen ánimo de nada, no comen, se van enflaqueciendo, hay diarrea, vómito y dolor de estómago. Su tratamiento es: coger un poco de tierra del cementerio quemar con sahumerio, palo santo y romero, saumar al enfermo.

Colerín

Sucede cuando se tiene discusiones o peleas fuertes tanto en el propio hogar como fuera de él, se presenta en personas que tienen mal genio, reniegan y pelean. Se manifiesta por dolor de estómago, náuseas y vómitos, a veces dolor de cabeza. El tratamiento es tomar una infusión de agua de orégano con limón y un poco de sal.

Ojeado:

Esta enfermedad se produce en personas débiles y cuando alguien les ha mirado fijamente con odio, venganza. Se manifiesta por que les queman las palmas de las manos y las plantas de los pies, no pueden dormir.

El tratamiento consiste en hacer una masa de tres pepas de zapallo, tres pepas de sambo y tabaco, con esta masa chupar en las plantas de los pies y palmas de las manos rezando una oración. Otro tratamiento es limpiar con un huevo y fregar tabaco en la corona de la cabeza.

La mala suerte:

La mala suerte y la brujería emanan del ser humano y ya no de fuerzas externas como las anteriores. Es producto de una vida desviada que puede afectar a la persona, a su familia o sus propiedades. Un mal vivir se relaciona con la mala suerte. Este mal vivir pueden ser peleas conyugales, familiares o con los vecinos, vagancia, alcoholismo y sobre todo adulterio. Provoca accidentes, muerte de animales o la muerte de las personas.

Se cura con una vida apropiada, que a la vez que es cura es prevención, por tanto hay que ser servicial, dedicado a la mujer, a los hijos a los parientes, y colaborar con el trabajo comunal.

Otros remedios caseros para varias dolencias no relacionadas con los males del campo:

Estos remedios caseros son aplicados en primera instancia por las madres y padres de familia, quienes de por sí se responsabilizan de hacer algo para aliviar o

contrarrestar la dolencia. Claro que en muchas ocasiones la decisión del tipo de remedio casero lo toman en conjunto con otros familiares adultos o amigos cercanos y vecinos. Es interesante anotar que los miembros de los grupos focales, refirieron varios esquemas de tratamientos para diversas dolencias basadas especialmente en síntomas y signos, como medida terapéutica de primera base utilizada como aporte a la salud de las familias en su gran mayoría por las madres y padres.¹¹

CARACTERÍSTICAS DE LOS REMEDIOS CASEROS UTILIZADOS EN LA SALUD DE LAS FAMILIAS¹²

Sus usos al relacionarse con experiencias eficaces y por referencia de parte de miembros familiares de edad avanzada o por conocimientos transmitidos por generaciones anteriores, hacen de estas medidas terapéuticas confiables para la mayoría de miembros familiares adultos, especialmente por las madres de familia que frecuentemente tienen que resolver eventos nocivos de la salud en sus hijos. Las características del uso de remedios caseros dependen de los conocimientos y de la experiencia de parte de quien los usa. Pueden usarlos como tratamiento único y como medio complementario en la curación de las dolencias

La siguiente es una compilación de remedios caseros utilizados por las familias en casos de alteraciones de la salud.

Diarrea con o sin dolor abdominal tipo cólico:

- Preparar una infusión de corteza del árbol de la guayaba, orégano, cáscara del árbol y la raíz del aguacate, agregar un poco de limón y tomar una taza dos a tres veces por día.
- Dar a tomar a voluntad horchata de arroz de cebada con un poco de panela.
- Dar a tomar una infusión de cáscara del árbol de guayaba y hierba de perro, una taza 3 veces al día.

¹¹(<http://www.monografias.com/trabajos53/medicina-tradicional/medicina-tradicional.shtml>)

- Cocimiento de un puño de arroz, un pedazo de zanahoria, licuar con una manzana cruda y un puño de cáscara del árbol de guayaba. Dar a tomar una taza tres veces al día.
- Infusión de orégano mas la raíz de cebolla con un poco de sal y bicarbonato. Tomar una taza tres veces al día.
- Tomar una infusión de orégano con una tableta de terramicina.
- Tomar una infusión de orégano, corteza de árbol de guayaba, tronco de cebolla y una tableta de buscapina.
- En caso de diarreas crónicas hacer hervir un manojo de arrayán, raíces de arrayán, cola de caballo y hojas de eucalipto, tomar 4 o 5 veces al día.

Dolor abdominal tipo cólico:

- Tomar una infusión de manzanilla, orégano, hierba de perro o hierba luisa, una taza tres veces al día.
- Tomar una infusión de orégano y manzanilla con una tableta de buscapina.
- Tomar una tasa tres veces al día de infusión del tronco de cebolla, comino y orégano.
- Tomar una infusión de orégano con limón, bicarbonato y sal.
- Tomar infusión de orégano con hierba buena, una tasa tres veces al día
- Tomar una infusión de manzanilla con limón
- Tomar una infusión de ñabes de chilca

Dolor en ombligo por hernia:

- Tomar una taza de infusión de taraxaco con alka seltzer.

Vómitos con bilis:

- Tomar una tasa tres veces al día de infusión de orégano con 10 gotas de limón o de naranja agria.

Gripe:

- Tomar limonada caliente y arroparse.
- Tomar al acostarse una infusión de flores de izo con panela.
- Cuando se asocia con hemorragia por la nariz, colocar hojas trituradas de sauce en la frente.
- Tomar leche hervida con ajo y flores de izo.

- Tomar un vaso de jugo de naranja hervido con panela, antes de acostarse a dormir por las noches.
- Tomar infusión de hojas de chilca y de mora, tres veces al día.
- Tomar infusión de hojas de eucalipto especialmente antes de dormir por las noches.

Tos:

- Tomar varias veces jugo de naranja caliente.
- Preparar una infusión de tilo, leche, ajo y pasas. Tomar una taza tres veces al día.
- Tomar una infusión de flores de alfalfa, de chilca y de haba, una taza tres veces al día.
- Tomar una copa tres veces al día durante dos días de zumo de llantén sentado.
- Hacer hervir leche con tres dientes de ajo y tomar un vaso antes de dormir por las noches.
- Hacer hervir leche con tres flores de alfalfa y tomar una tasa antes de dormir por las noches.

Fiebre:

- Tomar un bocado de zumo de verbena con limón
- Triturar verbena y mezclarla con trago. Colocar este emplasto en la frente
- Colocar compresas de agua tibia en la frente

Dolor de cabeza:

- Colocarse en la frente hojas de aguacate calentadas en el fuego
- Tomar una tableta de finalín con una aspirina con agua de toronjil.

Quemaduras:

- Colocar leche de magnesia
- Colocar hojas partidas de sábila
- Colocarse la nata de la leche hervida

Inflamación de órganos genitales en mujeres y secreciones vaginales:

- Tomar una infusión de pelo de choclo, taraxaco, llantén, colas de caballo y flores de hierba mora, una taza tres veces al día
- Tomar una infusión de un manojo de hojas de heneldo y de mosquera dos a tres veces al día.
- Tomar dos bocados en ayunas durante 9 días de infusión de dos ramas de mosquera y complementar con lavados vaginales con la misma infusión.
- Hacer hervir en aceite de almendras 50 flores de manzanilla y colocarse en el hipogastrio.

Infecciones urinarias:

- Tomar un vaso tres veces al día de licuado de sábila y papaya
- Preparar una infusión de ruda y romero, tomar una tasa tres veces al día.
- Tomar infusión de manzanilla, llantén, taraxaco, orégano y cola de caballo.

Heridas infectadas:

- Tomar una copa de zumo de geranio y llantén con una tableta de ampibex.
- Lavar con agua de matico, colocar la baba de la sábila y polvo secativo de la botica.
- Lavar con agua de matico y colocar polvo de sulfa
- Lavarse con agua hervida y colocarse un ñabe de hierba mora.
- Para cerrar las heridas colocarse la membrana del huevo de gallina
- Colocarse la penca de la sábila asada

Erisipela:

- Colocarse en la parte afectada el zumo de los ñabes y pepas de hierba mora, varias veces durante el día y amarrarse un hilo de lana roja sobre y bajo la parte afectada. No debe mojarse con agua dulce.

Presión alta:

- Tomar en ayunas un vaso de jugo de tomate de árbol con cáscara.
- Tomar en ayunas un diente de ajo.

Para limpiar el organismo:

- Tomar una infusión de cola de caballo, malva blanca, llantén, manzanilla, hojas de naranja.

Cáncer:

- Como medida preventiva, tomar diariamente infusión de hierba luisa

Ansiedad, angustia, nerviosismo:

- Tomar una infusión de valeriana, toronjil y perejil, una tasa tres veces al día.

Estreñimiento:

Preparar agua tibia, colocar tres ciruelas pasas, dejarle enserenar durante la noche y darle a tomar en ayunas. ¹²

En el sistema de salud de San Vicente ha nacido la nueva visión de las etnopracticar. Su objetivo es crear una verdadera alianza entre los curanderos y las unidades de salud para que ya no haya más muertes, ni afectados por prácticas de medicina tradicionales.

Llevar a los niños y niñas al sobador cuando están enfermos es una costumbre enraizada en las creencias de muchos salvadoreños. Sin embargo, a nivel nacional la práctica tradicional ha sido la causante de muchas muertes debido a complicaciones en casos de diarrea, deshidratación y neumonía-

“En las comunidades tienen muchas creencias y, a pesar de todo, confían mucho en estas personas”, (expresa Francisco Cerna Castilla, coordinador del Sistema Básico de Salud Integral (SIBASI) del departamento de San Vicente). Lo principal es enseñarles la importancia de darles suero oral a los niños cuando están deshidratados y de llevarlos a la unidad de salud o al hospital cuando es necesario. Les enseñan a que puedan identificar cuando el niño está deshidratado y que vaya, que si los quieren sobar que lo hagan suavemente, pero que nada de colgarlos de los pies, ni de tomas, ni chuparles la mollera.

Es una relación de dar y recibir, también durante las reuniones, los sobadores les explican cómo identificar el daño fuerte del daño suave y cómo curarlo. “Nosotros aprendemos de ellos y ellos también de nosotros”, (Durán). Al final, agrega, el objetivo en común es que los niños no se mueran. ¹³

¹²(<http://www.monografias.com/trabajos53/medicina-tradicional/medicina-tradicional.shtml>)

¹³(Entre creencias y salud pública Lunes, 02 de Febrero de 2009 11:06 Xenia González)

MEDICINA TRADICIONAL

Se ha adoptado con fines de análisis la siguiente definición de medicina tradicional:

Es la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, las creencias y las experiencias indígenas de diferentes culturas, sean o no explicables, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas y mentales. En algunos países se utilizan indistintamente los términos medicina complementaria/alternativa/no convencional y medicina tradicional.¹⁴

La medicina tradicional, complementaria y alternativa suscita un amplio abanico de reacciones, desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado. El uso de la medicina tradicional (MT) sigue estando muy extendido en los países en vías de desarrollo, mientras que el uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA) está aumentando rápidamente en los países desarrollados.

“La medicina tradicional” es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales.

¹⁴(Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional Organización Mundial de la Salud Ginebra)

En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional”.

La acupuntura es una terapia médica tradicional china. Sin embargo muchos países europeos la definen, y la medicina tradicional china en general, como MCA, porque no forma parte de sus propias tradiciones sanitarias. De la misma forma, desde que la homeopatía y los sistemas quiroprácticos se desarrollaron en Europa en el siglo XVIII, tras la introducción de la medicina alopática, no están clasificadas como sistemas de MT ni se incorporan en los modos dominantes sanitarios de Europa. En su lugar, se refiere a éstas como una forma de MCA.¹⁵

En nuestra realidad médico social latinoamericana, conviven y coexisten, la medicina indígena, la medicina popular y la medicina académica.

La primera ya existía desde antes de la llegada de los europeos, desde antes de la llegada de los españoles, y esta práctica se ha ido manteniendo por nuestros pueblos indígenas, y también se ha mantenido a través de nuestro mestizaje. Y nuestro mestizaje, cuando hablamos de América, está dado por el componente prehispánico, por el europeo, y también por el africano. Esta medicina tradicional, estas medicinas populares, estas medicinas indígenas van integrando elementos. Por eso, tampoco nos va a extrañar que en un momento dado tengamos curanderos, que utilizan medicamentos de patente, que aplican inyecciones. Es decir, se modernizan, son contemporáneos, entran en ciertos aspectos a la competencia con la medicina académica.¹⁶

15(Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005)

16(Aspectos regulatorios de las prácticas de medicina tradicional en América Latina *Roberto Campos-Navarro México*)

La medicina tradicional (MT) abarca conocimientos y prácticas que están codificados de manera escrita o que se transmiten oralmente. Los conocimientos no codificados y transmitidos de forma oral sólo se utilizan y residen en determinados círculos, tales como las comunidades indígenas o rurales. A veces, se emplean los términos indígenas (o tribales), campesinos (o rurales) o populares para hacer referencia a estos conocimientos. (Koning, 1998, p.263.)

Los sistemas de MT codificados por escrito son con frecuencia sofisticados y se fundan en teorías y amplia experiencia. Por lo general, esta MT se difunde ampliamente en el ámbito nacional así como más allá de las fronteras nacionales, como es el caso, por ejemplo, de la medicina tradicional china (MTC), el ayurveda, la medicina unani y tibetana, la medicina tradicional mongola, tailandesa, kampo y coreana (basadas en la MTC). En algunos casos, diferentes sistemas de MT coexisten dentro del mismo país¹⁷

De acuerdo con la etiología de la enfermedad y las técnicas curativas, la medicina tradicional se divide en dos ramas:

- El sistema mágico-religioso y
- El curanderismo.

El sistema mágico-religioso se basa en el principio de que una fuerza sobrenatural cura o produce la enfermedad por medio de un agente intermediario. Este agente recibe diferentes nombres, dependiendo de la cultura. Ambas ramas de la medicina tradicional —el sistema mágico-religioso y el curanderismo— invocan espíritus y poderes para obtener la ayuda sobrenatural y generalmente ambos atribuyen al dolor y al sufrimiento un origen punitivo.

¹⁷(Protección y promoción de la medicina tradicional consecuencias para la salud pública en los países en desarrollo Carlos M. Correa Universidad de Buenos Aires Agosto de 2002).

La otra rama de la medicina tradicional, el curanderismo, representa el resultado del proceso de asimilación-negociación entre prácticas curativas antiguas y la medicina occidental.

Las formas de curanderismo más frecuentemente usadas están representadas en las parteras, los hierbateros, los sobanderos y los rezanderos.

La búsqueda de recursos de medicina tradicional varía según el estrato socio-económico de las personas y su nivel educativo. Es escasa entre personas de estratos superiores, especialmente entre los que tienen educación superior e, incluso, entre los que han completado la secundaria.

Son, entonces, dos los tipos de percepción que determinan la elección del servicio de salud: la del beneficio que va a obtener del tratamiento y la percepción de las barreras culturales, geográficas y financieras (Los costos del tratamiento parecen ser importantes en la decisión entre autotratamiento o curador – moderno o tradicional- aunque generalmente los costos no difieren mucho, hay curadores que cobran mucho y otros, nada. Sin embargo, la forma de pago también puede influir en la decisión de acudir al médico o al curandero, ya que éste también acepta pagos en especie).

El único elemento de la medicina tradicional que se conserva en todos los estratos sociales es el uso de plantas medicinales, aunque con objetivos diferentes. Las medicinas herbarias se sirven de hierbas o materiales herbarios, preparaciones y productos herbarios acabados cuyos ingredientes activos son partes de plantas u otras materias vegetales.¹⁸

En la literatura etnomédica, con frecuencia se entiende por ‘integración’ la incorporación, de forma aceptable para la medicina moderna, de aspectos de la MT en la atención de la salud a nivel nacional. Muchas asociaciones de MT prefieren el término ‘asociación’ ya que sugiere una relación más igualitaria.

18(El uso de medicina alternativa y medicina tradicional en Medellín, 2005 Álvarez LS. El uso de medicina alternativa y medicina popular en Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007; 25 (2): 100-9)

En algunos países, tales como Zimbabwe y Sudáfrica, las autoridades competentes realizan esfuerzos para otorgar un reconocimiento importante a los curanderos. Estos esfuerzos están destinados a integrar los sistemas de MT y occidental. En China, en 1995, había 2.371 hospitales de MTC y 30 colegios universitarios de MTC, algunos de los cuales fueron ascendidos al rango de universidad. Véase Xie, 2002, pp. 120 a 123. En la India, existen 2.854 hospitales de MT y más de 387 colegios universitarios que se especializan en MT (Chandra, 2002 p. 139). En otros países, los curanderos no reciben tal reconocimiento y su estatus existe únicamente en el marco de la costumbre de las comunidades locales (Lettington, 2000, p.5).

Asimismo, la MT abarca una amplia variedad de métodos de diagnóstico y tratamiento, que incluye terapias físicas, mentales y espirituales.

La cultura y las creencias que prevalecen en una determinada comunidad ejercen una gran influencia en la aplicación de esos métodos, al punto que estos pueden resultar ineficaces cuando se los aplica en un contexto distinto. Los métodos físicos de tratamiento incluyen la manipulación muscular y los masajes. Los métodos mentales de tratamiento comprenden la autodisciplina, por ejemplo bajo la forma de dietas estrictas.¹⁸

Entre los métodos espirituales de tratamiento se pueden mencionar los rezos y el uso de agua bendita (Koon, 1999, p. 167). En algunos casos, las terapias se suministran principalmente sin utilizar medicamentos, tal es el caso de la acupuntura, la quiropráctica, el qigong, el tai ji, el yoga, la naturopatía, la terapia termal.

La MT, al igual que otros acervos de conocimientos, se desarrolla gradualmente mediante mejoras de los conocimientos ya existentes o incorporaciones a los mismos. Por lo tanto, la MT consiste en conocimientos heredados de generaciones pasadas y transmitidos de generación en generación, pero también incluye conocimientos recientes, que pueden ser el resultado de experimentaciones y observaciones deliberadas.

La tradición de la MT codificada consiste en conocimientos médicos que se sustentan en complejos fundamentos teóricos (Shankar, Hafeel y Suma, 1999, p.

10). El sistema ayurvédico de medicina es un buen ejemplo ya que está codificado en 54 libros acreditados. La MT codificada ha sido puesta a disposición del público; por lo tanto, y de conformidad con la normativa actual sobre derechos de

36

propiedad intelectual, no sería susceptible de apropiación ni por sus depositarios tradicionales ni por terceros.

Como se indicó anteriormente, los sistemas no codificados incluyen lo que se ha denominado MT popular, rural, tribal o indígena, cuyos conocimientos se han transmitido de forma oral de generación en generación.

Estos sistemas médicos se fundan, por lo general, en creencias, normas y prácticas populares, que se basan en experiencias pasadas de ensayos y errores y de éxitos y fracasos en el ámbito doméstico o comunitario.

Estas creencias, normas y prácticas se transmiten por tradición oral y pueden denominarse “la cultura sanitaria de los pueblos” (Balasubramanian, 1997, p. 1).

Sin embargo, existen casos en los que los conocimientos de MT se han mantenido y se mantienen en secreto. En las áreas especializadas, tales como los conocimientos utilizados por los hueseros, las parteras o los asistentes tradicionales de partería y los herbalistas, incluidos los conocimientos sobre técnicas de curación y sobre propiedades de sustancias de origen vegetal y animal.

Con independencia del valor comercial de la MT, es bien sabido que la MT desempeña una función decisiva en la atención de la salud para una parte importante de la población de los países en desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud, hasta un 80 por ciento de africanos — o más de 500 millones de personas — recurre a curanderos tradicionales para parte o la totalidad de su atención sanitaria. En África y en un número importante de países en desarrollo, los servicios médicos son limitados o inaccesibles para la mayoría de la población. Son los curanderos tradicionales y los asistentes de partería en las zonas rurales y urbanas quienes históricamente y hasta nuestros días se han encargado de la atención primaria de la salud. Son las piezas vitales para el suministro de los servicios que sus comunidades requieren. Y, aún así, los curanderos deben

redoblar sus esfuerzos a medida que las poblaciones crecen y las preocupaciones en materia de salud aumentan en términos de complejidad y del número de casos.

DEFINICIONES

Pese a su existencia y utilización continua durante muchos siglos y su popularidad y gran difusión durante el pasado decenio, la medicina tradicional no está oficialmente reconocida en la mayoría de los países. En consecuencia, la educación, la capacitación y la investigación en ese sector no han recibido la atención y el apoyo que merecen. La cantidad y la calidad de los datos sobre la inocuidad y la eficacia de la medicina tradicional distan mucho de ser suficientes para satisfacer los criterios necesarios con vistas a apoyar su utilización a escala mundial. Ahora se han formulado nuevas definiciones de ciertos términos utilizados por la OMS para que sean coherentes. Además, se han formulado las siguientes definiciones para atender la demanda de definiciones normalizadas e internacionalmente aceptables a fin de utilizarlas en la evaluación y las investigaciones sobre los medicamentos herbarios.¹⁹

Las definiciones pueden diferir de las que figuran en las reglamentaciones de los países donde se utiliza la medicina tradicional, por lo que deben servir exclusivamente como referencia.²⁰

Hierbas

Las hierbas comprenden materiales vegetales brutos, tales como hojas, flores, frutos, semillas, tallos, madera, corteza, raíces, rizomas y otras partes de plantas, enteras, fragmentadas o pulverizadas.

19(Protección y promoción de la medicina tradicional consecuencias para la salud pública en los países en desarrollo Carlos M. Correa Universidad de Buenos Aires Agosto de 2002)

20(Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional Organización Mundial de la Salud Ginebra)

Materiales herbarios

Los materiales herbarios comprenden, además de hierbas, jugos frescos, gomas, esencias estabilizadas, aceites esenciales, resinas y polvos secos de hierbas. En algunos países, se pueden elaborar dichos materiales mediante diversos procedimientos locales, como el tratamiento con vapor, el tostado o el rehogado con miel, bebidas alcohólicas u otros materiales.

Preparaciones herbarias

Las preparaciones herbarias son la base de los productos herbarios acabados y pueden componerse de materiales herbarios triturados o pulverizados, o extractos, tinturas y aceites grasos de materiales herbarios. Se producen por extracción, fraccionamiento, purificación, concentración y otros procesos biológicos o físicos. También comprenden preparaciones obtenidas macerando o calentando materiales herbarios en bebidas alcohólicas o miel o en otros materiales.

Productos herbarios acabados

Los productos herbarios acabados se componen de preparaciones herbarias hechas a partir de una o más hierbas. Si se utiliza más de una hierba, se puede utilizar también la expresión «mezcla de productos herbarios».²⁰

El curandero o médico indígena

Es todo aquel terapeuta de tipo tradicional cuyo origen remite a los pueblos indios americanos, o amerindios.

²⁰(Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional Organización Mundial de la Salud Ginebra)

Médico académico

Es todo aquel que es egresado de la universidad o institución de enseñanza superior, donde adquiere el grado de licenciado y que después va a ser validado por el propio Estado, o en algunos casos, por los colegios médicos en nuestra América.

Nuestras medicinas indígenas tradicionales

Son el conjunto de concepciones, saberes, prácticas y recursos manejados por los médicos indígenas de las diversas etnias, no solo de México, sino también de toda la América Latina.

La medicina popular ²¹

Sería lo mismo de concepciones, saberes, prácticas y recursos, pero con un origen más bien mestizo.

Las teorías y los conceptos de prevención, diagnóstico, mejora y tratamiento de enfermedades en la medicina tradicional se han basado históricamente en un planteamiento holístico de la persona enferma, por lo que se tratan simultáneamente sus alteraciones en los planos físico, emocional, mental, espiritual y ambiental. A consecuencia de ello, la mayoría de los sistemas de medicina tradicional pueden utilizar medicamentos herbarios o terapias basadas en procedimientos tradicionales, junto con ciertas normas de comportamiento que fomentan dietas y hábitos saludables.²²

El holismo es un elemento fundamental de todos los sistemas de medicina tradicional. Así pues, al revisar la bibliografía sobre la medicina tradicional, se deben tener en cuenta las teorías y los conceptos de la práctica tradicional de que se trate y la base cultural de los participantes.

21(Aspectos regulatorios de las prácticas de medicina tradicional en América Latina Roberto Campos-Navarro México)

22(Protección y promoción de la medicina tradicional consecuencias para la salud pública en los países en desarrollo Carlos M. Correa Universidad de Buenos Aires Agosto de 2002)

TIPOS DE TERAPIAS BASADAS EN PROCEDIMIENTOS TRADICIONALES

Las terapias basadas en procedimientos tradicionales utilizan diversas técnicas, fundamentalmente sin recurrir a medicación, para prestar asistencia sanitaria. Comprenden, por ejemplo, la acupuntura y técnicas conexas, la quiropráctica, la osteopatía, las terapias manuales, el qijong, el taichi, el yoga, la naturopatía, la medicina termal y otras terapias físicas, mentales, espirituales y de conexión mente cuerpo. Si uno no entra en la cosmovisión de nuestros pueblos indígenas, uno no puede entender las enfermedades populares. O sea, para entender el susto o el espanto, si no me meto a la concepción indígena de qué es el cuerpo humano, y cómo se concibe la salud y la enfermedad, no voy a entender que está sucediendo voy a decir que estas son tonterías, hechicerías, idolatrías, supersticiones, etc. La medicina popular sería lo mismo de concepciones, saberes, prácticas y recursos, pero con un origen más bien mestizo. De tal manera que la medicina académica o biomédica es operada por los médicos con estudios escolarizados con el aval del Estado, con la sanción, con la regulación, con la parte de la profesionalización. Pero debemos también entender a nuestros pueblos indios, o indígenas, como conjuntos de individuos o colectividades que comparten una serie de rasgos de identidad comunitaria que los hace diferenciarse unos de otros en cuanto a su lengua, costumbres y tradiciones, formas de vestir (indumentaria) y sobre todo, que tienen una cosmovisión que es común.

Una de las cosas más extraordinarias es que, por ejemplo, para la cuestión del susto, la cosmovisión es muy parecida, muy similar entre los mesoamericanos y los andinos, pasando por los kunas, a nivel de transición. Si no entendemos y no entramos en esa cosmovisión, no estamos entendiendo esta identidad de los pueblos indígenas.

Vamos a entender todo esto dentro de lo que podemos llamar los modelos médicos. Esta es una teoría que Eduardo Menéndez ha desarrollado. El primero que encontramos en la teoría de Menéndez es el modelo médico de auto atención. Tenemos inicialmente el primer nivel de atención médica. En seguida, la búsqueda de eficacia pragmática, legitimidad grupal y comunal y concepciones basadas en la experiencia, apropiación microgrupal, sobretodo familiares, de las prácticas médicas, que se van transmitiendo de unos a otros. Encontramos también una tendencia sintetizadora en el sentido de tomar algunas cuestiones de la medicina académica, de la biomedicina, pero también tomar de las medicinas populares tradicionales.²³

INTEGRACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LA MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA EN LOS SISTEMAS NACIONALES DE ATENCIÓN SANITARIA

Bolivia actualmente está abocada a un proceso de integración de la medicina tradicional al sistema nacional de salud y requiere iniciar acciones intersectoriales que apunten a la utilización y reconocimiento del arsenal de plantas medicinales y productos naturales.

Además requiere desarrollar estrategias tendientes a la protección del conocimiento indígena y la diversidad de productos naturales de uso medicinal que se utilizan en las prácticas terapéuticas tradicionales, a través del desarrollo de acciones como elaboración de inventarios de plantas medicinales y desarrollo de farmacopeas tradicionales, este intercambio de experiencias con Cuba apoyaría la consecución de acciones que incluye entre otros la capacitación de los recursos humanos, el desarrollo de investigaciones conjuntas y la apertura de espacios para la realización de otros proyectos asociados a iniciativas regionales²⁴

23(Aspectos regulatorios de las prácticas de medicina tradicional en América Latina Roberto Campos-Navarro México)

24(ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD resumen informe final de proyecto de cooperación técnica horizontal entre bolivia y cuba para facilitar el intercambio de experiencias en la integración de la medicina tradicional a los sistemas nacionales de salud 2004-05 no. 26)

La resolución más reciente sobre medicina tradicional (MT), aprobada en la Asamblea Mundial de la Salud en 2003, insta a los Estados Miembros a formular y aplicar políticas y reglamentaciones nacionales sobre medicina tradicional y a integrarlas en los sistemas nacionales de atención sanitaria, teniendo en cuenta las circunstancias de cada país. Después de cuatro años de aplicación de la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005 se han hecho progresos en los países y se han alcanzado o superado todas las metas. Ha aumentado el número de países que reconoce tratamientos y prácticas de MT/MCA a través de la reglamentación y el registro. En 2006, un grupo de trabajo de la OMS discutió la integración de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud en atención primaria.

Uno de los factores que limita el acceso a la atención materna en Bolivia es la incomunicación y subestimación del personal de los servicios de salud respecto de las prácticas culturales tradicionales de la atención de la maternidad, según se establece en un estudio sobre la “Maternidad en Mujeres Indígenas Quechuas”. El trabajo ejecutado por la organización no gubernamental Causananchispaj, con apoyo técnico y financiero de OPS/OMS y de Population Concern, identifica como un aspecto importante para la mortalidad materno infantil en los municipios de

Caiza D y Cotagaita del departamento de Potosí, el desconocimiento y la no valoración por parte del servicio de salud de las prácticas tradicionales de atención de la maternidad que realizan las parteras de la comunidad en la población campesina e indígena. Como hipótesis se afirma que serían cuatro las razones por las que los servicios de salud no llegan con mayor cobertura hacia la madre gestante: la subestimación o desconocimiento de prácticas culturales tradicionales por parte de los equipos profesionales encargados de la atención de la maternidad, lo que origina la incomunicación como fenómeno socio-médico, y la incomunicación entre los actores (equipo de salud y gestantes), aspecto principal que explica las bajas coberturas en maternidad. Finalmente, las políticas públicas de concertación y diálogo intercultural en materia de salud materna contienen

contradicciones expresadas en la determinación de objetivos, metas y asignación de recursos.²⁵

En Cuba se venían introduciendo diversas aplicaciones de la Medicina Tradicional y Natural en clínicas seleccionadas, desde 1996 se acometió un programa con un conjunto de objetivos estratégicos y acciones de diversa índole, dirigidos a desarrollar estas técnicas y procedimientos. En la actualidad, después de seis años, estas técnicas se encuentran definitivamente insertadas, como una especialidad más, dentro del Sistema Nacional de Salud, con la denominación Medicina Tradicional y Natural (MTN).

La MTN es una especialidad de perfil amplio que, en su aplicación, abarca métodos de promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes empleando, entre otras, las modalidades de la Medicina Tradicional China (Acupuntura, Digitopuntura, Ventosas, Masajes Terapéuticos), la Medicina Herbolaria, la Apiterapia, la Homeopatía, la Terapia Floral, la Sugestión y la Hipnosis. Incluye además el uso de otros recursos naturales como las aguas y fangos mineromedicinales, el ozono, así como la utilización controlada de campos magnéticos y otras fuentes de energía natural.

El resultado más significativo del desarrollo alcanzado por este Programa en Cuba, en los últimos años, es quizás el de haber materializado, de forma estable y escalonada, la integración de los recursos de la MTN a los Servicios de Salud, con una amplia cobertura tanto en la Atención Primaria de Salud (APS), como en la Atención Secundaria. Actualmente cuenta con centros especializados llamados Centros para el Desarrollo de la MTN, que están disponibles en todas las Provincias y Municipios del país. Esto impacta de forma positiva en la eficiencia y calidad de los servicios de salud y permite un trabajo más integrador con la comunidad. Ofrece además una variante de solución menos dañina y más eficiente desde el punto de vista económico, por el ahorro de medicamentos químico industriales.

25(Boletín indígena la incomunicación afecta la accesibilidad de la atención materna Representación de OPS/OMS-Bolivia Edición No.2 Mayo, 2004)

El empleo de la MTN tiene importancia estratégica en materia de desarrollo humano, ya que puede aplicarse en zonas de carencia total o insuficiente asistencia sanitaria y su práctica es particularmente insustituible en situaciones extremas, como las catástrofes, bien sean las naturales o las causadas por el hombre.

En marzo de 1995 se crea la Comisión Estatal Interministerial para el Desarrollo de la MTN y en septiembre la Dirección de Medicina Tradicional y Natural del MINSAP. En 1996 se aprueba el Programa para el Desarrollo de la Medicina Tradicional y Natural y en el año 2002 se adopta el Acuerdo No. 4282 del Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros. Este acuerdo establece un conjunto de medidas, entre las que se destaca la creación de un Centro Nacional para el Desarrollo de la MTN, rector de todas las actividades del Programa en el país.

El empleo de la MTN integrado a otros sistemas nacionales de salud se practica en Viet Nam, Corea y China. Sin embargo, en el resto del mundo, de una forma u otra, cada país realiza estas prácticas ya sea por la vía tradicional en comunidades aisladas, o por la práctica privada en instituciones también aisladas. Las etnias y comunidades aborígenes de diferentes países, como Argentina y Brasil, la emplean como recurso único en la sanación. La implementación de estrategias para el empleo de la MTN en caso de desastres, así como su aplicación para brindar asistencia médica regular en lugares de difícil acceso, o donde no existe ningún servicio de salud, requerirá siempre de un estudio específico de las características particulares del entorno. En todos los casos, es indispensable la formación de recursos humanos y la coordinación con organizaciones estatales y no gubernamentales. Para que la inserción de la MTN sea exitosa en los Sistemas de Salud, debe ser practicada por profesionales y técnicos del más alto nivel y debidamente capacitados. También debe capacitarse a otros practicantes de la MTN como yerberos, masajistas y curanderos, quienes integrados a este movimiento, adquieren un sentido de pertenencia e incrementan su valoración social.²⁶

26(Integración de las prácticas de la medicina tradicional y natural al sistema de salud de cuba)

Actualmente, la medicina tradicional representa una opción importante de respuesta ante las necesidades de atención a la salud en diferentes países de América latina y el Caribe a pesar de su presencia subordinada en los sistemas oficiales de salud y de la situación de ilegalidad que comúnmente guardan. Esta participación ha sido reconocida por organizaciones internacionales de salud como la organización mundial de la salud y la propia organización panamericana de la salud de quienes han emanado intentos de apoyo y promoción de políticas dirigidas a ensayar formas distintas de articulación de esta medicina con los sistemas oficiales de salud, enfocadas primordialmente en la atención primaria la salud.

Se han encontrado obstáculos y limitaciones que ocasionan que diversos planes y programas no cuenten con las herramientas suficientes para definir su participación de manera adecuada. Algunas de estas limitaciones se relacionan con el desconocimiento del volumen de practicantes, con la falta de información acerca de las distintas especialidades de los médicos tradicionales, con la falta de información sobre el tipo de poblaciones que demandan la medicina tradicional y finalmente con la ausencia de un marco legislativo a partir del cual se regule la práctica de dicha medicina.

En el campo de la regulación de la medicina tradicional es posible identificar tres grandes tendencias:

- A. Integración
- B. Coexistencia
- C. Tolerancia

En el primer grupo, ejemplo de la medicina en China ha sido paradigmático. En este país los médicos tradicionales son reconocidos y su trabajo es oficialmente regulado. Esto permite que dichos médicos sean empleados en instituciones públicas de salud y que compartan capacidad de decisión clínica con los médicos entrenados bajo el modelo biomédico científico. A últimas fechas, esta integración ha perdido fuerza dado el apoyo abierto del estado a la medicina científica. En otros países, la medicina tradicional sólo ha logrado un grado de coexistencia con la medicina oficial a partir de un marco jurídico bien establecido, los cual ha

permitido cierto nivel de integración en el sistema oficial de salud; tales son los casos de India, Pakistán, Birmania y Bangladesh.

Finalmente, existen países donde la práctica de la medicina tradicional sólo es tolerada, es decir, no existe un marco legislativo que regule la práctica de los médicos que la practican quienes, sin embargo, la ejercen cotidianamente a lo largo y ancho de los territorios nacionales. En esta situación se encuentran naciones como Malí y Malasia, y el territorio chino de Hong Kong, así como la mayoría de los países de América Latina.²⁷

PAÍSES QUE CUENTAN CON ALGÚN DESARROLLO EN MATERIA DE LEGISLACIÓN Y REGULACIÓN:

BOLIVIA

La sección de Asuntos Étnicos, perteneciente a la Ministerio de Salud Pública, es la entidad encargada de la regulación de la medicina tradicional en Bolivia. Existe una iniciativa de regulación de la práctica de ésta. Dicha propuesta se conoce como Resolución Suprema N° 198771, fechada en La Paz, el 18 de enero de 1984, tiene jurisdicción nacional y da personalidad jurídica a una asociación de curadores diversos. Sin embargo, en la práctica cotidiana, la medicina tradicional no es regulada por dicha ley, debido, entre otras razones, a la debilidad administrativa estatal y a la falta de una agrupación representativa del conjunto de terapeutas con capacidad reguladora.²⁷

CHILE

La Unidad de Medicina Tradicional y Otras Prácticas Médicas Alternativas, dependiente del Ministerio de Salud, es la institución gubernamental que se encarga de regular la práctica de la medicina tradicional. Los terapeutas tradicionales que carecen de permiso pueden ser multados o acusados de ejercicio ilegal de la práctica médica. A pesar de la existencia de permisos para ejercer como terapeuta tradicional no existe una legislación, iniciativa o norma

diseñada específicamente para la práctica de dicha medicina como existe en Bolivia. ²⁷

PAÍSES DONDE SE ESTA TRABAJANDO EN EL PROCESO DE LEGISLACIÓN

ECUADOR

En Ecuador no se cuenta con permiso oficial para la práctica de la medicina tradicional. Ante la carencia de un permiso oficial reconocido por el estado, los terapeutas se ha agrupado en asociaciones que funcionan como interlocutores ante las autoridades. El proceso de regulación de la medicina tradicional no ha tenido auge por la falta de una institución responsable de promover formas de legislación de la práctica médica tradicional ante los organismos del Estado. ²⁷

GUATEMALA

Se estima que en Guatemala un 10% de terapeutas tradicionales ha logrado obtener un permiso para la práctica de esta medicina que otorga el Ministerio de Salud Pública. Para obtener dicho permiso, los terapeutas tradicionales primero tienen que recibir capacitación. Los permisos son extendidos por el Ministerio de Salud Pública/ Centro de Salud Local, pero esta práctica no es homogénea en todo el país. Los terapeutas que carecen de permiso no enfrentan ninguna dificultad siempre y cuando ejerzan su práctica dentro de sus poblaciones.

En Guatemala, se identificó la existencia de un instrumento jurídico conocido como el Código de Salud que reconoce como uno de sus ámbitos de competencia el de la medicina tradicional, este instrumento se originó en 1996 y fue aprobado formalmente en noviembre de 1997 No obstante dicha ley no regula en realidad la práctica, a pesar de su carácter nacional. ²⁷

MEXICO

En México existen diversas posiciones políticas en relación con la práctica de la medicina tradicional en las diferentes instancias gubernamentales. Por un lado, los terapeutas tradicionales son marginados dentro del sistema de salud, mientras

que, por otro, se intenta promover su participación en el sistema de salud. La Ley General de Salud (artículo 79) sólo reconoce la práctica curativa de los profesionales médicos; en 1976 se formalizó a las parteras, con la condición de que sean capacitadas por médicos, para tener el nombramiento de parteras empíricas capacitadas.

48

En 1998, en este país se hallaba en proceso de elaboración de un permiso oficial para el ejercicio de los terapeutas tradicionales. Algunas instituciones como el Instituto Nacional Indigenista, la Secretaría de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social contemplan el apoyo a terapeutas tradicionales dentro de sus proyectos. Estos organismos en ocasiones otorgan una credencial de identificación donde se reconoce al portador como terapeuta tradicional y son estas instituciones quienes agrupan y otorgan capacitación a terapeutas tradicionales.²⁷

PERU

En el Perú no existe un permiso oficial para el ejercicio de la práctica de la medicina tradicional, pero el Ministerio de Salud, en ocasiones, otorga permisos a terapeutas para realizar su práctica. Está en proceso el proyecto de ley de medicina tradicional.²⁷

PAISES DONDE NO HAY LEGISLACIÓN Y EL PROCESO DE REGULACION ES INCIPIENTE

COSTA RICA

En Costa Rica se carece de un permiso oficial para el ejercicio de la práctica de los terapeutas tradicionales. Ante esta situación, los terapeutas trabajan a la margen del Estado. Dado que no existe un reglamento que regule la medicina tradicional los terapeutas no son sancionados por ejercer esta práctica social. Para 1998 sólo se contaba con un reglamento que incluía la definición de normas de seguridad para la elaboración de productos medicinales tradicionales.²⁷

NICARAGUA

Dentro de los estatutos oficiales de salud de Nicaragua no existe un permiso oficial para el ejercicio de los terapeutas tradicionales, por lo que hasta ahora trabajan sin problemas legales.

La iniciativa de regulación para la práctica de la medicina tradicional se encuentra en elaboración (1998). Existe una ley conocida como Ley General de Medicamentos y Farmacia (fitoterapias), pero esta regulación se enfoca a la uso de plantas y no a la práctica médica tradicional en su conjunto.²⁷

REPUBLICA DOMINICANA

El problema que ellos enfrentan, ante la carencia de una licencia o permiso para ejercer, es que tienen que realizar su trabajo, prácticamente, a la margen de las instituciones oficiales. En este sentido, los organismos oficiales aceptan dicha práctica si se mantiene un perfil o una presencia muy baja dentro de la tensión a la salud.²⁷

La información expuesta señala que la regulación de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe no se realiza mediante la aplicación de un cuerpo de leyes. Pese al trabajo realizado en materia de legislación de la práctica de la medicina tradicional, las aplicaciones de estos instrumentos son poco precisas y generalmente discrecionales.²⁷

En el caso de El Salvador, aun cuando los aspectos culturales y específicamente el enfoque de interculturalidad no está contemplado por el sistema oficial de salud, algunos pueblos indígenas han llevado algunas iniciativas con el propósito de establecer las bases legales para la medicina indígena, por ejemplo en el país se ha elaborado una propuesta para la construcción del sistema nacional Bicultural Salvadoreño desde la perspectiva de los Pueblos Indígenas, en el cual se propone desarrollar modelos de ofertas de servicios, coherentes a la diversidad cultural del país, orientados a la prevención, promoción, curación y recuperación de la salud, mediante el uso de conocimientos, prácticas y metodologías de los sistemas oficial e indígenas de salud.²⁸

²⁷(Integración de las prácticas de la medicina tradicional y natural al sistema de salud de cuba pag. 42,43,45-

²⁸(Modelo de Atención en Salud de los Pueblos Náhuat-Pipil de Izalco pag. 133,143)

MARCO LEGAL

LEY MARCO EN MATERIA DE MEDICINA TRADICIONAL (PROPUESTA ELABORADA PARA EL PARLAMENTO LATINOAMERICANO- AGOSTO 2009)

Se han emitido diversos acuerdos y propuestas internacionales para reconocer los derechos de los Pueblos Indígenas incluyendo su derecho a la salud y derivado de ello, a ejercer sus medicinas.

LEY MARCO EN MATERIA DE MEDICINA TRADICIONAL

Definiciones

Artículo 1.- Para los propósitos de la presente Ley, se entenderá por:

I.- Medicina tradicional: Son los sistemas de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales han acumulado a través de su historia, fundamentados centralmente en una cosmovisión, que para los países latinoamericanos, es de origen precolombino y que se ha enriquecido en la dinámica de interacciones culturales, con elementos de la medicina española y portuguesa antigua, la influencia de medicinas africanas y la medicina científica, además de incorporar elementos terapéuticos de otras practicas que les son afines y que son susceptibles de ser comprendidos y utilizados desde su propia cosmovisión y marco conceptual.

II.- Terapeutas o prácticos tradicionales, Son las personas que realizan acciones en el ámbito comunitario para prevenir las enfermedades, curar o mantener la salud individual física o espiritual, colectiva y comunitaria, enmarcados en una forma de interpretar el mundo que les rodea (cosmovisión) acorde a su cultura y los marcos explicativos de sus sistemas médico tradicional.

III. Conocimientos Tradicionales: Todo el conjunto de prácticas y saberes colectivos de los pueblos indígenas referidos a la biodiversidad, a la salud-

enfermedad y al manejo de los recursos orientados al bienestar comunitario, los cuales han sido transmitidos de generación en generación, así como sus manifestaciones artísticas y culturales, que conjuntamente con aquellos, conforman su patrimonio cultural.

IV.- Registro Nacional del Conocimiento Tradicional: Mecanismo para establecer y sustentar jurídicamente la protección a los Conocimientos Tradicionales en el ámbito del derecho nacional, basado en los derechos colectivos de los pueblos indígenas.

V.- Solicitud de acceso: Petición que formula el potencial usuario a los titulares del conocimiento colectivo, donde informa de manera oportuna y explícita los objetivos y probables usos con fines de aplicación comercial, industrial o científica.

Atribuciones de los Ministerios de Salud

Artículo 2.-Corresponden a los Ministerios de Salud las siguientes atribuciones: En función de su rol de rectoría del sistema sanitario, formular y desarrollar políticas, articulando su aplicación con cada nivel en el ejercicio gubernamental.

- Prestar los servicios de salud tanto en forma generaliza a toda la población, como a ciertos grupos vulnerables que requiere atención específica preventiva y curativas como la madre y el niño o los pueblos indígenas;
- Participar con otras entidades estatales competentes, en la elaboración y formulación de los proyectos, planes y programas de Salud.
- Participar con otros órganos del Estado en la proposición de políticas para la regulación, producción, comercio, prescripción y uso de los productos medicamentosos, instrumentales y equipos de uso y aplicación médica y de aquellos insumos que puedan afectar la salud humana;

- Elaborar, ejecutar y evaluar información acerca de hechos relativos a la prevención, promoción y atención de la salud, en coordinación con los órganos competentes del Estado
- Regular la Participación de entidades económicas o empresas que se dediquen a la adquisición, producción o distribución de productos y servicios relativos a la Salud Pública
- Supervisar el buen funcionamiento los servicios hospitalarios y clínicos del país

Rectoría en la definición de Políticas Nacionales

Bajo esta perspectiva y considerando la inexistencia de instrumentos normativos relacionados con el desarrollo institucional de la medicina tradicional, para el caso del tratamiento jurídico de las medicinas tradicionales hacia su posible inclusión en los Sistemas de Salud o Ministerios de Salud de los Países miembros del Parlatino, sugiere el análisis jurídico tomando como punto de partida su reconocimiento como derecho cultural, como conocimientos y practicas generados y protegidos colectivamente por los pueblos y comunidades indígenas.

El reto es promover la investigación científica de las terapéuticas tradicionales sin tener que derribar la cosmovisión que las sustenta.

La presente Ley marco, pretende fortalecer mecanismos de validación comunitaria al amparo del derecho indígena, el impulso a la colegiación de los terapeutas tradicionales y la sistematización de parte de ellos de su propia medicina. De esta manera, es imperativo promover procesos de autorregulación, en los que las mismas organizaciones definan quienes son y quienes no los terapeutas tradicionales.

Disposiciones Generales

Artículo 3o. Objetivo y campo de aplicación

La presente Ley Marco, tiene por objeto establecer lineamientos para la regulación y modulación de la práctica, la enseñanza y la investigación de la medicina Tradicional Indígena. Las disposiciones de esta Ley serán de interés público, aplicación preferente y de observancia obligatoria en los establecimientos de salud de los sectores público, privado y social.

Artículo 4o. De la Medicina Tradicional Indígena

Esta ley reconocerá, protegerá y promoverá los derechos de los pueblos y comunidades indígenas en relación con sus conocimientos tradicionales en Salud y su Medicina Tradicional.

Artículo 5o. De la jurisdicción de los Estados Esta Ley garantizará el derecho de las comunidades y pueblos indígenas a acceder a la jurisdicción del Estado para proteger sus conocimientos tradicionales y la definición de las áreas gubernamentales competentes para el desarrollo de los instrumentos y ordenamientos jurídicos necesarios.

Artículo 6. Clasificación de los conocimientos tradicionales:

I. Conocimientos generales, aquellos que manejan la mayoría de los miembros de los pueblos y comunidades indígenas;

II. Conocimientos especializados, aquellos que han acumulado y desarrollado particularmente los terapeutas tradicionales, en sus diferentes tipos y modalidades;

III. Conocimientos sagrados, aquellos que son de circulación culturalmente restringida en los ámbitos religiosos y espirituales de una comunidad, pueblo o grupo de pueblos indígenas.

Artículo 7.- Sobre el reconocimiento de los terapeutas tradicionales.

Son terapeutas de la medicina tradicional:

I.- Los individuos que preservan el conocimiento y la práctica de la medicina tradicional y cuentan con amplio reconocimiento y aval comunitario en sus localidades indígenas de origen.

II.- El reconocimiento como terapeuta tradicional se otorgará a través de la asamblea indígena con la participación de autoridades morales y/o tradicionales, las organizaciones existentes de parteras y terapeutas tradicionales, y en su caso y con el aval comunitario, de las autoridades locales. En caso de discrepancia entre ellas, prevalecerá lo señalado por la citada asamblea.

III.- Las autoridades locales, la asamblea comunitaria y/o las organizaciones de terapeutas tradicionales, podrán emitir una constancia con reconocimiento de los ministerios de Salud, solicitando los siguientes requisitos:

- Información completa del o de la practicante o terapeuta tradicional (nombre, lugar de nacimiento, lugar donde ejerce su práctica y conocimiento, prácticas tradicionales que conoce y aplica).
- Más de 10 años de práctica socialmente reconocida.
- Constancia firmada por la asamblea comunitaria en el que se reconoce, el ejercicio tradicional de esa persona.
- Vinculación y actividad coordinada comprobable con los Servicios Oficiales de salud (ministerios de salud), a fin de que estas instancias, otorguen cobertura legal con relación a la práctica terapéutica de la medicina tradicional.
- En caso de existir una organización de médicos tradicionales de la región, también se requerirá un documento con su reconocimiento.

IV- Reconocimiento de nuevos terapeutas tradicionales.

- Los practicantes de la medicina tradicional altamente reconocidos podrán recomendar a nuevos terapeutas que hayan sido aprendices suyos por más de 5 años continuos, suscribiendo un documento de recomendación en el cual avalan los conocimientos del nuevo practicante, señalando los conocimientos y prácticas

específicos en los que se encuentran capacitados, así como aquellos casos en los que no pueden hacerlo.

- Dicho documento debe señalar el nombre completo, lugar de nacimiento, lugar donde se desempeñará como practicante de la medicina tradicional sus áreas o especialidades

- El terapeuta tradicional que emite la recomendación, la presentará a las autoridades municipales, y/o a la organización de médicos tradicionales (en caso de existir) su conocimiento y listado, turnándolo también con fotocopia a la instancia responsable de la Secretaría de Salud para su registro. Asimismo, asumirá responsabilidades compartidas respecto a la práctica terapéutica de su aprendizaje.

IV.- Deberes y obligaciones de los terapeutas tradicionales.

Los terapeutas tradicionales (incluye a las parteras indígenas) están obligados:

a. Pertenecer a una organización reconocida por instituciones oficiales o por autoridades comunitarias que los vincule a los Servicios Oficiales de Salud.

b. Registrarse ante las autoridades sanitarias a través de la organización comunitaria.

c. Utilizar remedios herbolarios o insumos minerales o animales con responsabilidad, vigilando la seguridad de éstos y su registro regional ante las instancias dependientes de un Registro Nacional del Conocimiento Tradicional, como insumo de los terapeutas tradicionales.

d. Colaborar y participar en programas de salud pública, con énfasis en el campo de la atención primaria.

e. Denunciar ante la autoridad de salud más próxima, los casos de pacientes enfermos con enfermedades transmisibles, infecto-contagiosas y los casos donde los servidores públicos que no establecen medidas resolutiveas ante esta notificación.

f. No efectuar tratamiento a pacientes, que no son posibles de curación con ésta forma de medicina.

- g. Presentar informes escritos o verbales sobre su actividad, a requerimientos de autoridades de los ministerios de salud.
- h. Llevar un control de sus actividades y de las personas que atendió y presentar informe anual ante la Unidad Sanitaria respectiva.
- i. Informar sobre cambio de domicilio o establecimiento.
- j. Tener adscripción e interrelación en algún centro de salud urbano, marginal o rural.

V.- Capacitación y sistematización del conocimiento de los terapeutas tradicionales.

Los Ministerios de Salud desarrollarán, promoverán y facilitarán actividades de capacitación destinadas a los practicantes de medicina tradicional mediante talleres interculturales con base en metodologías de “encuentros de enriquecimiento mutuo”

Luego de las actividades de capacitación, deberán ser adscritos a los Centros de Salud y/o Puestos Médicos, para coadyuvar y participar en los Programas de Salud y con las movilizaciones nacionales.

VI.- Registro de las constancias

Se designará una instancia Estatal o regional del ministerio de Salud que será responsable de llevar el registro de los terapeutas que hayan sido reconocidos como los señalan los párrafos que preceden.

VII. - Revocación de la constancia

El terapeuta tradicional y/o la organización de médicos tradicionales que emitieron el reconocimiento, podrán revocarlo en caso de que a su juicio existan argumentos comprobables que denoten un ejercicio inadecuado como terapeuta tradicional. En este caso, deberán informar a las autoridades locales, a la organización de terapeutas tradicionales de la región, así como a la instancia responsable de la Secretaría de Salud.

El ejercicio inadecuado, motivo de la revocación, se podrá establecer en los siguientes casos:

- Cuando por causas supervenientes, se compruebe que el ejercicio de las actividades constituyen un riesgo o daño a la salud;
- Cuando se exceda los límites de la actividad reconocida;
- Se le de un uso distinto o indebido a dicho reconocimiento;
- Cuando resulten falsos los datos que sirvieron de base para otorgan la constancia.
- En los demás casos que se determine.

VIII.- Los terapeutas tradicionales podrán ejercer la medicina Tradicional en zonas urbanas, limitando sus intervenciones al aspecto de promoción y prevención de la Salud. Este ejercicio deberá estar estrechamente vinculado a los Servicios institucionales, aún cuando sea en espacios privados, se deberá notificar a las instancias oficiales, aviso de funcionamiento y reportes de actividades y epidemiología de la medicina tradicional en forma mensual.

IX.- En espacios institucionales creados específicamente para ello, se promoverá una relación institucional de apoyo y coordinación, pudiendo establecerse apoyos económicos institucionales para garantizar un ingreso al terapeuta tradicional que les permita la atención decorosa a su familia.

X.- Registros de Control de Insumos

a) Las Unidades Sanitarias del país, llevarán un registro y control tanto del establecimiento de atención que incluyan servicios de medicina tradicional así como los practicantes debidamente autorizados en interrelación con estas unidades.

b) Los practicantes deben llevar un libro de registros de pacientes que son atendidos.

c) Los ministerios de salud, promoverán y facilitarán el registro de los remedios herbolarios y de los insumos que utilizan los terapeutas tradicionales, a fin de establecer un control conjunto de las sustancias utilizadas con fines curativos.

- d) El Ministerio de Salud, facilitará los apoyos para la investigación con fines terapéuticos de los remedios de la medicina tradicional y acompañará los procesos necesarios para el registro de los remedios herbolarios.
- e) Todas las formas de comercialización de estos elementos, serán controlados por las Autoridades de Salud para lo cual se emitirá una Norma Oficial o instrumento que determine los aspectos técnicos y de metrología involucrados.
- f) El Ministerio de Salud, publicará una relación de las sustancias autorizadas oficialmente, adjuntando la descripción de sus propiedades curativas a fin de impulsar la creación de farmacopeas herbolarias de la medicina tradicional.

Art. 8.- Elementos de seguridad, del establecimiento, de las sustancias utilizadas.

El establecimiento o espacio donde ejerzan los terapeutas tradicionales, deberá observar los usos y costumbres de la región que los hacen adecuados al clima y a la cultura de la población, a fin de fortalecer elementos de identidad cultural

VII.- Sanciones

Los consejos de terapeutas tradicionales en coordinación con los Ministerios de Salud, vigilarán que todas las personas que ejerzan y que se digan practicantes de la medicina tradicional a través de alguno de sus nombres locales, lo realicen bajo el respaldo de un reconocimiento que denote el aval comunitario o de un terapeuta tradicional reconocido.

Art. 9.- De la interrelación de los servicios de salud con la Medicina Tradicional

I.- Los ministerios de Salud establecerán los mecanismos necesarios para sustentar la estructura normativa y operativa para la innovación y desarrollo de las medicinas Tradicionales y complementarias, en las áreas de planeación, innovación o atención médica, según las condiciones y características de cada país, a fin de establecer estrategias de implantación que involucren la capacidad de impulsar los cambios normativos para la contratación de personal, construcción de infraestructura, reglamentos de operación, manuales de procedimientos y toda

normatividad relacionada para el desarrollo de la practicas de estas medicinas. Asimismo, definirá la programación financiera de los recursos necesarios para implantar de modelos pilotos que permitan la visualización y evaluación de los servicios con estas innovaciones.

II.- Los Ministerios de Salud promoverán la capacitación y una relación intercultural entre personal de salud directivo y operativo y los terapeutas tradicionales, la cual deberá darse en un marco de respeto y complementariedad, para ello se deberá instruir al personal de las unidades de salud oficiales en el tipo de relación que se establecerá con los practicantes de la medicina tradicional, destacando el respeto y el apoyo mutuo, especificando las actitudes a erradicar (desprecio, burla y discriminación).

II.- Por esta razón, el personal de salud que diseñe y opere programas de interrelación con practicantes tradicionales, como es el caso de las parteras, debe ser capacitado para poseer competencias Interculturales que permitan una relación ética, respetuosa y eficiente, promovida por los ministerios de Salud.

El Ministerio de Salud, propondrá la instancia que coordine a nivel nacional, las políticas, actividades, procesos y programas relacionados con la medicina tradicional, para favorecer la coordinación y el fortalecimiento de los servicios.

El ministerio de Salud puede establecer convenios con terapeutas tradicionales, en los cuales se definan programas de participación mutua que señalen las competencias que deben acreditar ambas partes para participar en el programa.

No es una certificación de su labor como practicantes tradicionales o parteras (lo cual no puede extenderlo la secretaría de salud), sino las condiciones que requiere dicho programa para operar desde ambas partes. Para ello debe estar primero reconocido por la comunidad u otro practicante tradicional de acuerdo al artículo 6 de esta Ley.

Art. 10.- Protección de los recursos tangibles e intangibles de la medicina Tradicional.

I.- Los recursos y conocimientos que utiliza la medicina tradicional deberá de ser preservados mediante el establecimiento de procedimientos e instrumentos legales para evitar el saqueo de plantas medicinales, así como el registro de los derechos de propiedad y uso de parte de instituciones o personas ajenas a las comunidades indígenas o que promuevan su usufructo sin consentimiento informado previo.

II.- Como la mayor parte de las plantas medicinales son recolectadas, se favorecerá la producción de plantas medicinales seguras, evitando la contaminación con sustancias químicas tóxicas para la salud.

Art. 11.- El manejo sustentable de plantas y animales medicinales

Se promoverá la creación de jardines de plantas medicinales, así como su cultivo con fines comerciales, para evitar la depredación de los recursos naturales y promover la autosuficiencia productiva. Asimismo, para la producción de medicamentos y remedios herbolarios por parte de empresas privadas, estas deberán adquirir sus insumos sobre plantas medicinas a través de compras certificadas de producción orgánica o colecta certificada, a fin de beneficiar el manejo sustentable por la población indígena en las regiones endémicas de las plantas.

Art. 12. La investigación acerca de la Medicina Tradicional Indígena.

Las investigaciones sobre medicina tradicional y respecto a cualquier asunto relacionado con poblaciones indígenas, deberán ser planificadas y desarrolladas en acuerdo con ellas, transparentando los objetivos y métodos de investigación y serán registradas de acuerdo a criterios que se establecerán conjuntamente y en lo posible, mediante un Registro Nacional de la Medicina Tradicional

CONCORDANCIA CON LAS NORMAS Y LEYES EN EL SALVADOR

La ley es clara en recalcar que cuando una persona sufre daños a su integridad física por parte de personas que sin tener título profesional o autorización para ejercer alguna profesión reglamentada (curanderos, sobadores) será sancionado con prisión de uno a tres años (Art. 289)

Estas personas que realizan etnopracticas a la población pueden cometer concurso ideal de delitos (Art. 40).

Se producen dos actos punibles por la ley

-La primera es contemplada en el artículo 289 del CODIGOPENAL

-La segunda es contemplada en el artículo 143 del mismo código

Art.40.Hay concurso ideal de delitos cuando con una sola acción se cometen dos o mas delitos o cuando un hecho delictuoso sea medio necesario para cometer otro pero en todo caso no se excluirán entre si.

Art.70 En caso de concurso ideal de delitos, se aplicara al responsable la pena que le correspondería por el delito mas grave aumenta hasta en una tercera parte si los delitos concurrentes tuvieren determinado en la ley el mismo máximo de pena, el tribunal determinara el delito que a su juicio merezca mayor pena y la aumentara hasta en una tercera parte de la misma las reglas anteriores no tendrán aplicación, si le resultare mas favorable al reo la imposición de todas las penas correspondientes a los delitos concurrentes, de conformidad a la determinación que haga de las mismas

Art132 El homicidio culposo será sancionado de 2 a 4 años si la muerte culposa se produjere como consecuencia del ejercicio de una profesión se impondrá además la pena de inhabilitación para el ejercicio de la profesión médica de 2 a 4 años

Art135 Si el aborto fuere cometido por el medico, farmacéutico o por personas que realizaren actividades auxiliares de las referidas profesiones cuando se dedicaren a dicha practica será sancionado con prisión de 6 a 12 años se impondrá además la pena de inhabilitación para el ejercicio de la profesión

Art143 Las lesiones se consideran graves si producen incapacidad para atender las ocupaciones ordinarias por un periodo mayor de 20 días en estos casos se impondrá la pena de prisión de 3 a 6 años

Art146 Si las lesiones culposas se produjeran como consecuencia en el ejercicio de la profesión médica se impondrá la pena de inhabilitación de la profesión de 2 a 6 años

Art289 El que sin tener titulo profesional para ejercer alguna profesión reglamentada y ejerciere o realizare actividades propias de ella será sancionada con prisión de 1 a 3 años.³⁰

30(CONSTITUCIÓN Y LEYES PENALES DE EL SALVADOR 2002)

METODOLOGÍA

La investigación es cuantitativa, de carácter descriptivo, prospectivo, pues éstas serán documentales y de campo, con encuesta estructurada la cual será realizada a los actores que fueron identificados como informantes importantes para el estudio: practicantes de etnoprácticas y en segundo lugar se realizara a personas, hombres y mujeres usuarios de ambos servicios que las utilizan en busca de restablecer su salud.

El presente trabajo consta de dos variables una Dependiente y la otra Independiente.

El Universo en estudio está constituido por el total de la población de cada una de las unidades de salud: Aldea Bolaños, Jujutla y Arenales los cuales constituyen 4,201hab; 7,113hab; 6,413hab respectivamente según el último censo de población y vivienda 2007.

Para ampliar la investigación se tomará en cuenta los datos pertinentes que arrojen las encuestas realizadas a los proveedores de medicina tradicional de los cuales se tomara una muestra de 9 de estos proveedores: 1 de la Unidad de Salud de Aldea Bolaños, 7 de la Unidad de Salud de Arenales y 1 de la Unidad de Salud de Jujutla los cuales constituyen nuestro segundo universo en estudio.

La Muestra de pacientes será calculada según la siguiente formula:

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

n: tamaño de la muestra

k: constante del nivel de confianza

p: proporción de individuos que poseen la característica en estudio

q: proporción de individuos que no poseen la característica, 1-p

e: es el error muestral

N: tamaño del universo

$$n = \frac{(95)^2 \cdot 0.5 \cdot 17727}{5^2(17727-1) + (95)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{9025 \cdot 0.5 \cdot 17727}{443150 + 2256.25}$$

$$n = \frac{9025 \cdot 0.5 \cdot 17727}{443150 + 2256.25}$$

$$443150 + 2256.25$$

n= 79993087

445406.25

n= 179.6

Por lo que se toma como muestra 180 personas entrevistadas

La selección de las muestras serán procesadas con la utilización del programa de computación Excel cuyos resultados serán presentados posteriormente en gráficos de barras y pastel los cuales serán objeto de análisis y discusión tomando como base los objetivos ya trazados al inicio de la investigación con la finalidad de conocer la opinión acerca de la aprobación o desaprobación de las etnopracticadas, tanto en el sector salud como en la población y con esto dar fundamento a las respectivas conclusiones y recomendaciones en el presente documento.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES
INDEPENDIENTE: ETNOPRACTICAS	SEXO EDAD PRACTICAS	FEMENINOS MASCULINOS NIÑOS(a) ADOLESCENTES ADULTOS ADULTO MAYOR SOBADAS TOMAS OJEADO RITUAL (ORACIONES)
DEPENDIENTE: EFECTO DE LA INCIDENCIA DE ETNOPRACTICAS EN EL CONSULTANTE DE LAS U/S ALDEA BOLAÑOS ARENALES JUJUTLA	AUSENTISMO EN LA CONSULTA	ACCESO GEOGRÁFICO NIVEL EDUCATIVO NIVEL ECONOMICO CREENCIAS

CRUCE DE VARIABLES

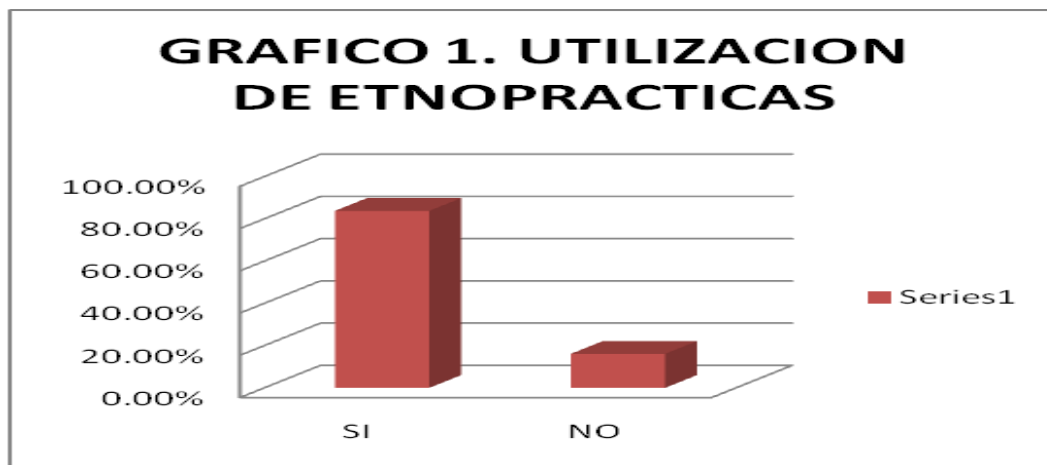
- a. ETNOPRACTICAS VERSUS EDAD DEL PACIENTE
- b. ETNOPRACTICAS VERSUS SEXO DEL PACIENTE
- c. ETNOPRACTICAS VERSUS ESCOLARIDAD

ANÁLISIS DE RESULTADOS

ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, ARENALES Y JUJUTLA PARA CONOCER LA INCIDENCIA DE CONSULTA A PRESTADORES DE ETNOPRACTICAS

PREGUNTA 1- Ha utilizado usted alguna vez los servicios de sobadores, curanderos, parteras, hierberos o hueseros.

TABLA N°1		
SI	151	83.8%
NO	29	16.10%

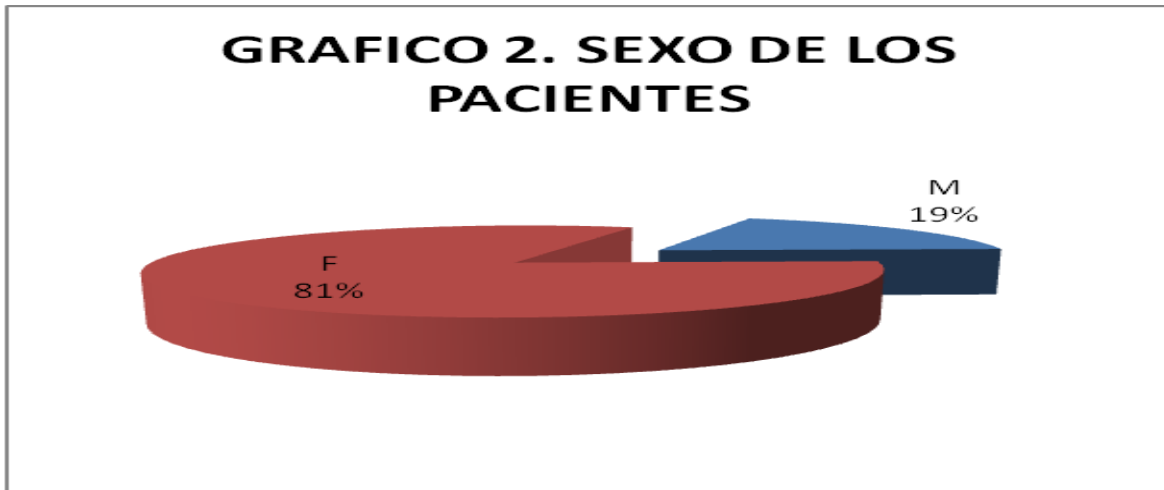


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010.

El 83.8% de los pacientes encuestados si han hecho uso de los servicios de personas que se dedican a las etnopracticas.

SEXO

TABLA N° 2		
HOMBRE	34	18.9%
MUJER	146	81.1%



FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

El mayor porcentaje de las personas encuestadas es de sexo femenino con un 81.1%.

EDAD

TABLA N° 3		
10a-19a	26	14.40%
20-29	53	29.44%
30-39	34	18.90%
40-49	30	16.60%
50-59	20	11.11%
60 o +	17	9.44%

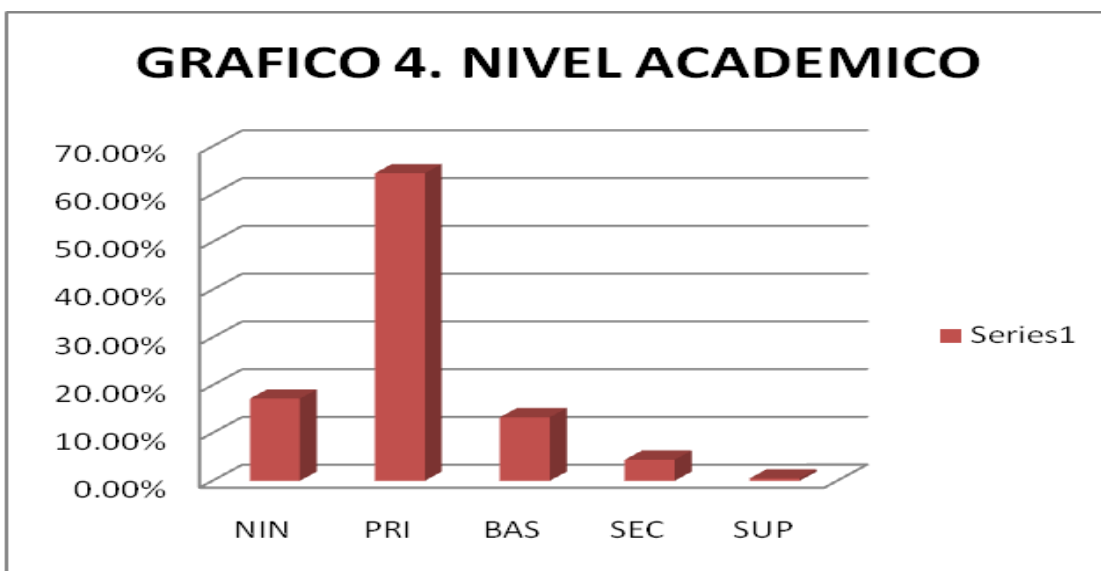


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Con relación a la edad la población que más consulta fueron los que se encuentran en el rango de 20-29 años seguidos por los de 30-39 años.

NIVEL ACADEMICO

TABLA N° 4		
NIN	31	17.20%
PRI	116	64.40%
BAS	24	13.30%
SEC	8	4.40%
SUP	1	0.50%

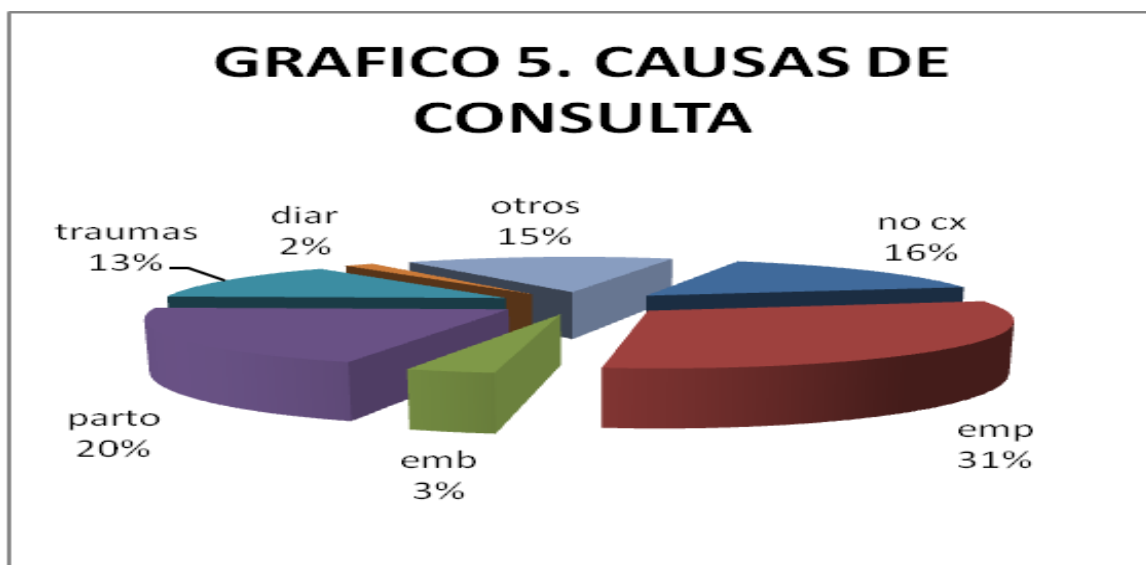


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Con respecto al nivel académico la mayoría de la población encuestada que representa el 64.4% de esta se encuentran a nivel de primaria.

PREGUNTA 2- Porque causa ha consultado

TABLA N° 5		
no cx	29	16.10%
empacho	55	30.55%
embarazo	6	3.33%
parto	36	20%
traumas	24	13.33%
otras	27	1.66%
diarrea	3	15%



FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

La causa de consulta que predomina en las personas que utilizan los servicios de curanderos, sobadores etc. es por empacho con un total de 55 de las personas encuestadas con un equivalente de 30.55%.

PREGUNTA 3- Le han dado resultado los tratamientos indicados por estas personas

TABLA N° 6		
SI	96	53.33%
NO	57	31.66%
no cx	27	15%

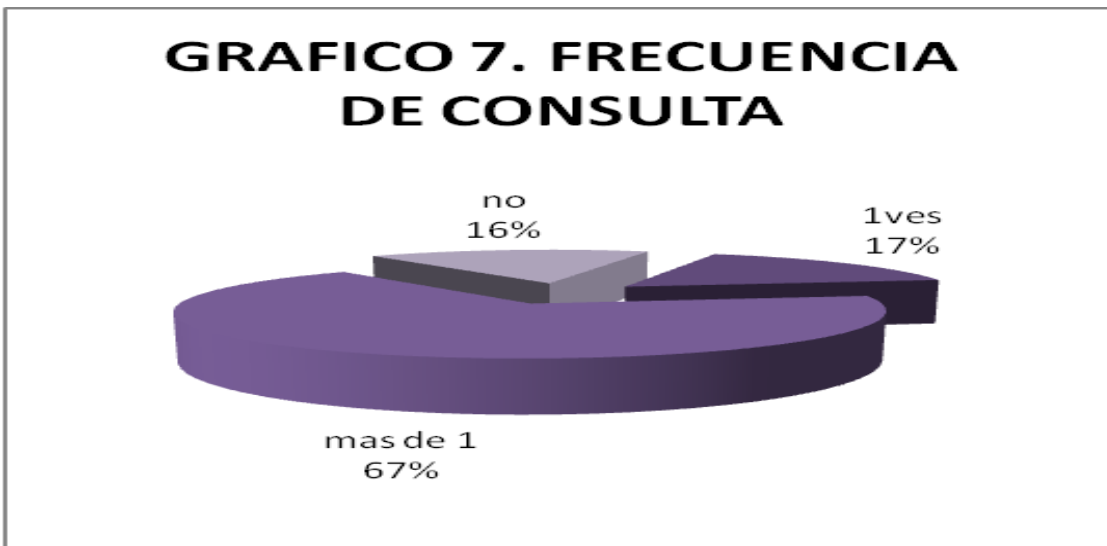


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

La mayoría de los pacientes que consultan con terapeutas tradicionales afirmaron haber obtenido buenos resultados con un 53.33% de la población encuestada.

PREGUNTA 4- Con qué frecuencia acude a estos lugares

TABLA N° 7		
una vez	30	16.66%
mas de una	121	67.22%
nunca	29	16.11%

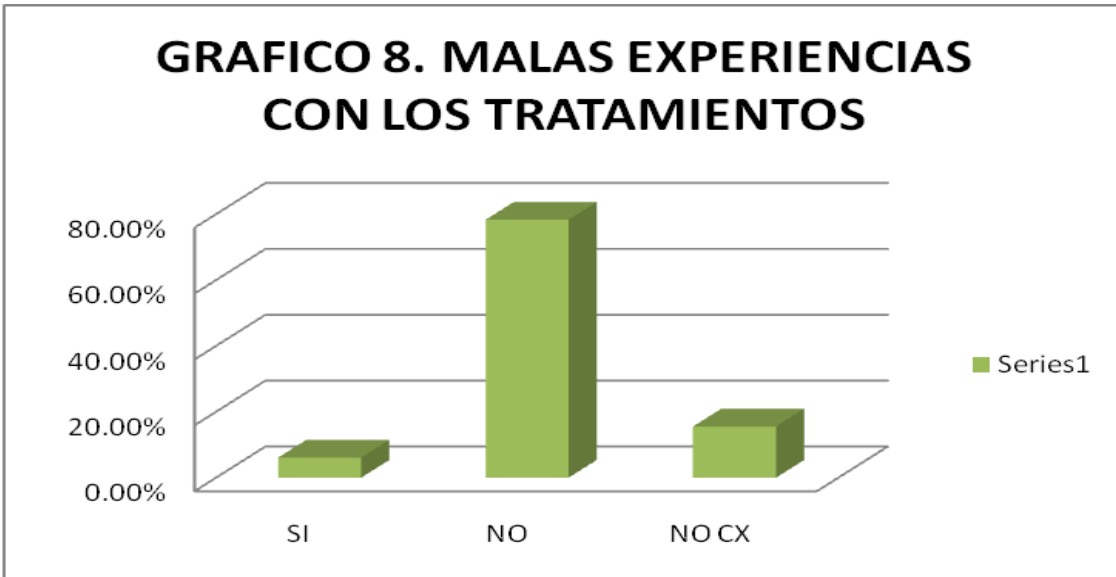


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

La incidencia de la consulta donde prestadores de etnopracticas es de un 67.22% y solo un pequeño porcentaje nunca ha consultado con estos con un 16.11% de los encuestados.

PREGUNTA 5- Ha tenido alguna mala experiencia con el tratamiento recibido en alguna ocasión que lo haya consultado.

TABLA N° 8		
SI	11	6.11%
NO	141	78.33%
NO CX	28	15.55%

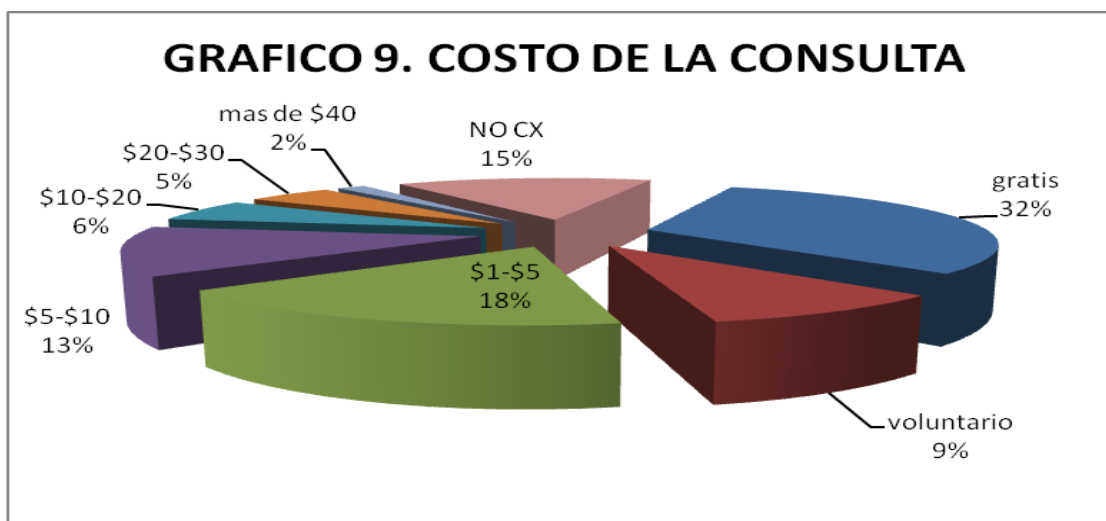


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Los pacientes encuestados refieren que no han tenido malas experiencias con los tratamientos indicados por terapeutas tradicionales con un 78.33% de aceptación.

PREGUNTA 6- Cuanto es el costo de la consulta

TABLA N°9		
gratis	57	31.66%
voluntario	17	9.44%
\$1-\$5	32	17.77%
\$5-\$10	24	13.33%
\$10-\$20	11	6.11%
\$20-\$30	9	5%
mas de \$40	3	1.66%
NO CX	27	15%

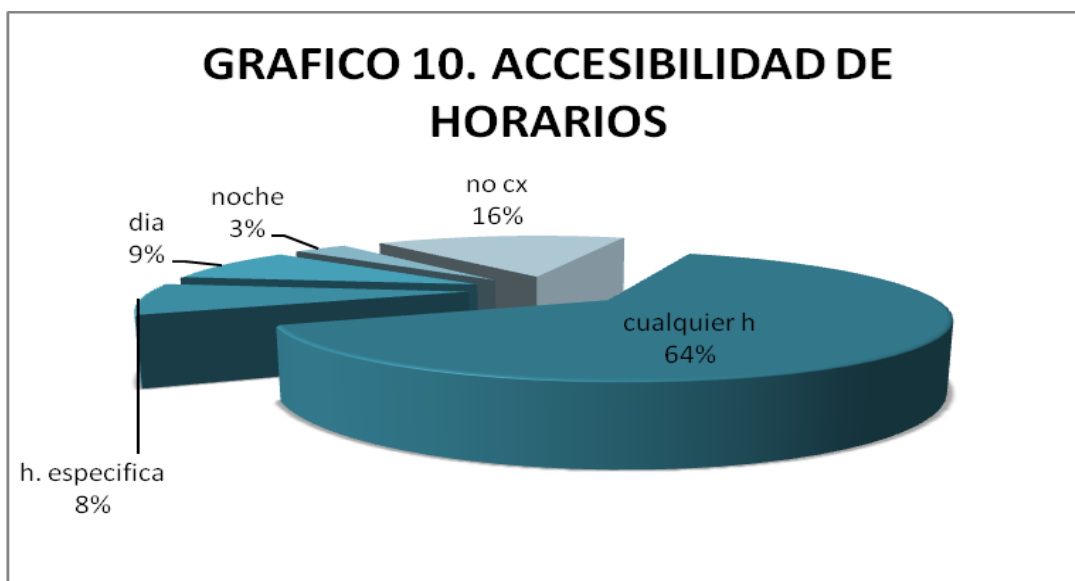


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

En este apartado se observa que a pesar que la consulta en las unidades de salud es gratuita las personas han decidido pagar a los prestadores de etnopracticas hasta una cantidad de 40 dólares aunque en un porcentaje menor; siendo más alto con los de 1 a 5 dólares y con la mayoría de forma gratuita.

PREGUNTA 7- Es accesible para usted ir a cualquier hora a consultar a este lugar.

TABLA N° 10		
cualquier h	114	63.33%
h. especifica	15	8.33%
día	16	8.88%
noche	6	3.33%
no cx	29	16.11%

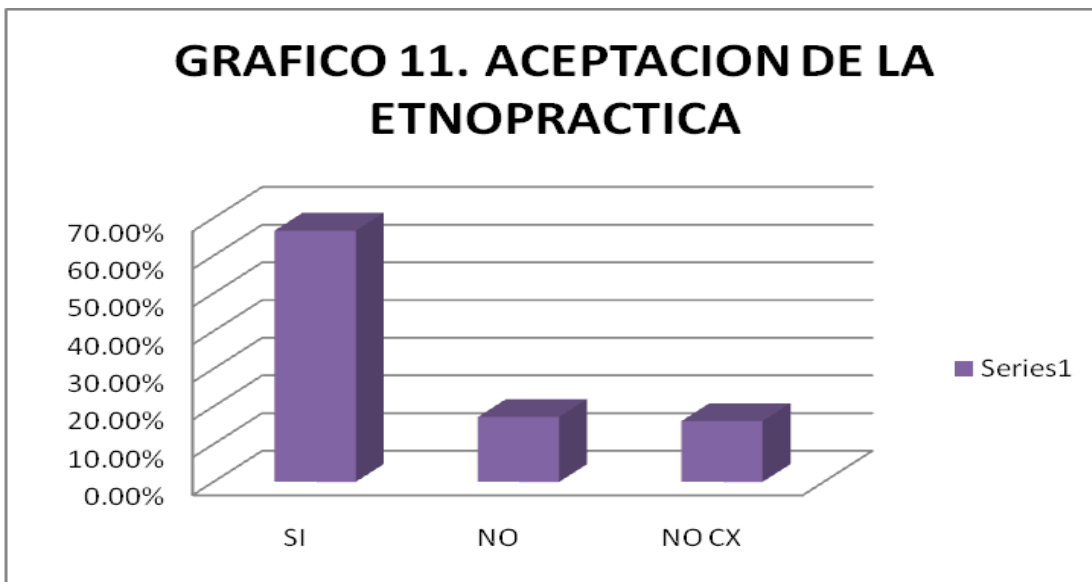


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

El 63.33% de los encuestados les es accesible consultar a cualquier hora debido a la cercanía de los terapeutas tradicionales.

PREGUNTA 8- Está de acuerdo en la práctica que realizan estas personas

TABLA N° 11		
SI	120	66.66%
NO	31	17.22%
NO CX	29	16.11%

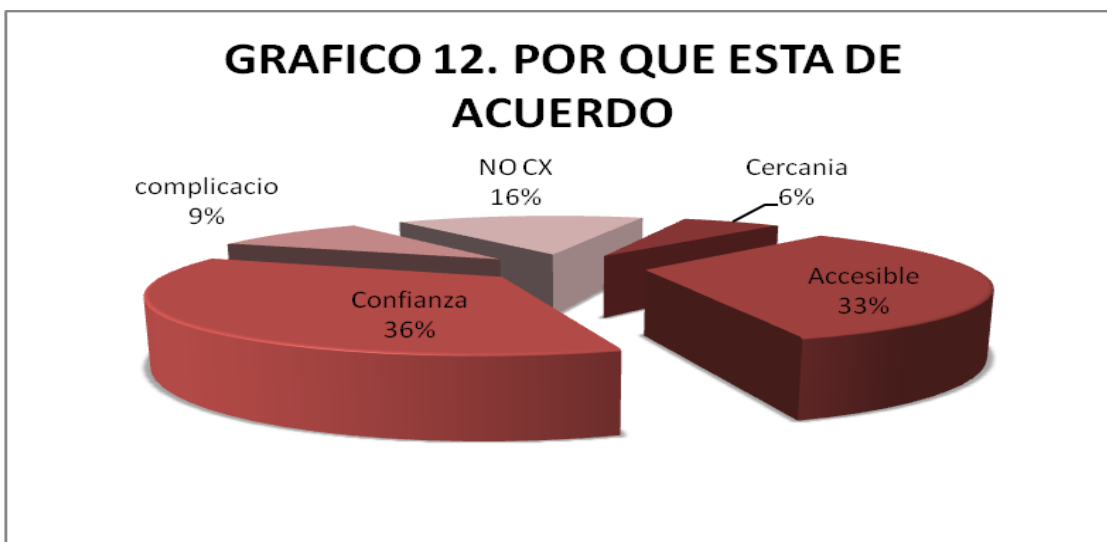


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Un 76.66% de las personas si están de acuerdo en la práctica que realizan los terapeutas y solo un 17.2% no está de acuerdo con dicha práctica.

POR QUE ESTA DE ACUERDO

TABLA N° 12		
Cercania	11	6.11%
Accesible	60	33.33%
Confianza	64	35.55%
complicacio	17	9.44%
NO CX	28	15.55%

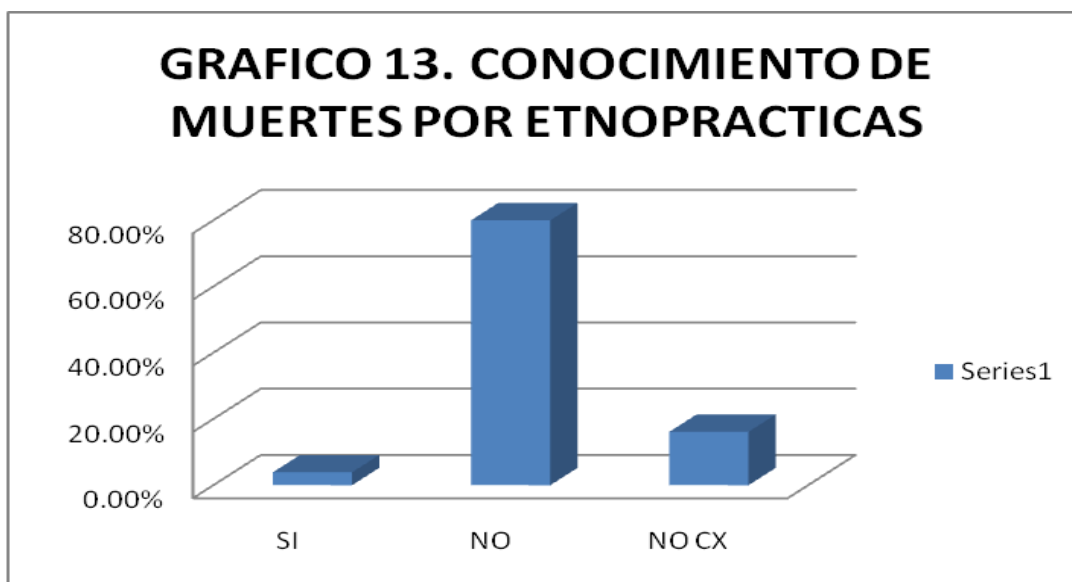


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

La mayor parte de los pacientes acuden a los prestadores de etnopracticas por la confianza que les tienen por ser de su misma comunidad con un 35.55%

PREGUNTA 9- Sabe usted de alguna persona que haya muerto por algún manejo recibido por uno de estas personas

TABLA N° 13		
SI	7	3.88%
NO	144	80%
NO CX	29	16.11%

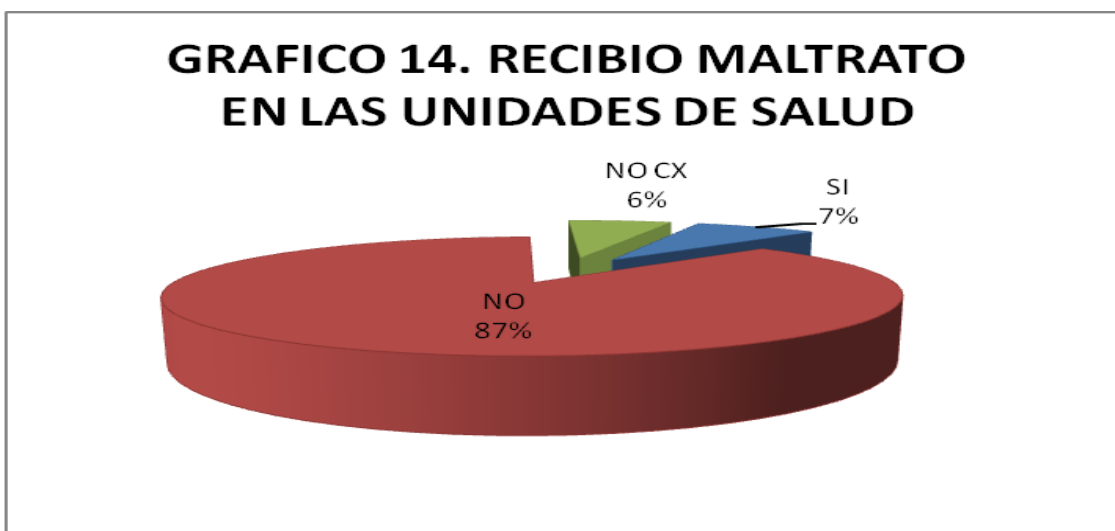


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Solo un 4% de la población asegura que si conoce alguna complicación que haya provocado la muerte de alguna persona por el uso de etnopracticadas.

PREGUNTA 10- Ha decidido consultar donde estas personas por haber recibido maltrato en la unidad de salud

TABLA N° 14		
SI	13	7.22%
NO	138	76.66%
NO CX	29	16.11%



FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

La mayoría de personas asegura no haber recibido maltrato en las unidades aunque un 7.22% afirman que si han sido maltratados en alguna ocasión.

DISCUSION DE RESULTADOS

Las etnopracticasson una realidad que viven nuestras comunidades, en todas hay hábitos y tradiciones que son provechosos. Otros sirven poco. Y algunos probablemente son dañinos son parte de la tradición local y han nacido como una respuesta a las necesidades de la población.

Tomando como base los datos recogidos por las encuestas realizadas podemos observar que las personas del área rural debido a la poca accesibilidad a los centros de salud o al personal de salud ponen sus vidas en manos de curanderos y otros que se dedican a etnopracticass, podemos observar que las personas que los consultan, la gran mayoría; son personas con bajo nivel educativo ya que son las más fácilmente de engañar; los que ya tienen un estudio de bachillerato o superior fueron escasos y que se han dejado convencer de utilizar los servicios de éstas personas.

En nuestro estudio la edad que predominó entre las personas entrevistadas estaba comprendida entre los 20 y 29 años y las personas que más consultan son mujeres; además muchas de las personas consultadas han acudido donde los practicantes de medicina tradicional en más de una ocasión.

Por lo general se observa que han acudido por empacho ya que es una patología en la cual ellos se escudan que los médicos no creen y que sólo los sobadores la pueden curar, además le sigue otra causa que es por partos; aunque son pocas las pacientes que aceptan haber acudido a un sobador ya que ellas son primero sobadas por éstos para luego ir a consultar a una unidad de salud y le siguen otras causas.

En lo que respecta al resultado de los tratamientos la mayoría concluyeron que si les han hecho efecto y fueron escasos los que dijeron que consultaron y no tuvieron un efecto beneficioso, de las malas experiencias la mayoría dijeron que no han tenido ninguna mala experiencia.

El consultar con parteras o curanderos es una tradición tan arraigada que los pacientes no les importa el costo, por la confianza que tienen en ellos lo que ha contribuido a que las etnopracticadas se mantengan como respuesta a las necesidades de salud de la población, a pesar que reciben los beneficios de un sistema básico de salud y que la asistencia médica es gratuita no se denota una disminución en el uso de las etnopracticadas.

Con respecto a la accesibilidad, todos concordaron que pueden asistir a cualquier hora por tenerlos cerca en la comunidad y por que la unidad de salud sólo de día se encuentra laborando, la mayoría también contestaron que están de acuerdo con la práctica de éstas personas ya que colaboran mucho con las personas de la comunidad además de la confianza que tienen en ellos por años de tradición que se les ha heredado.

En lo que refiere si habían muertes o no, fueron escasos los que dijeron que si, y una de las preguntas más importantes sobre el maltrato en las unidades de salud, una cantidad considerable contesto que si fueron maltratados y la gran mayoría dijo que no habían recibido maltrato.

Al valorar los resultado de nuestra investigación podemos decir que aunque la salud de la población esté dando resultados positivos, se debe tomar en cuenta la importancia de los elementos culturales y el arraigo que las etnopracticadas tienen en nuestras sociedades, para lo cual es necesario brindar orientación que pueda lograr un cambio de conducta en cuanto a la realización de estas prácticas.

**RESULTADOS DE LA ENCUESTA A CURANDEROS
ENCUESTA REALIZADA A PRESTADORES DE ETNOPRACTICAS EN EL
AREA QUE CORRESPONDE A LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA
BOLAÑOS, ARENALES Y JUJUTLA**

**PREGUNTA 1- Datos personales de las personas encuestadas
dedicadas a las etnopracticcas**

TABLA N° 1	
20 a 30	
31 a 40	2
41 a 50	2
51 a 60	4
60 o mas	1

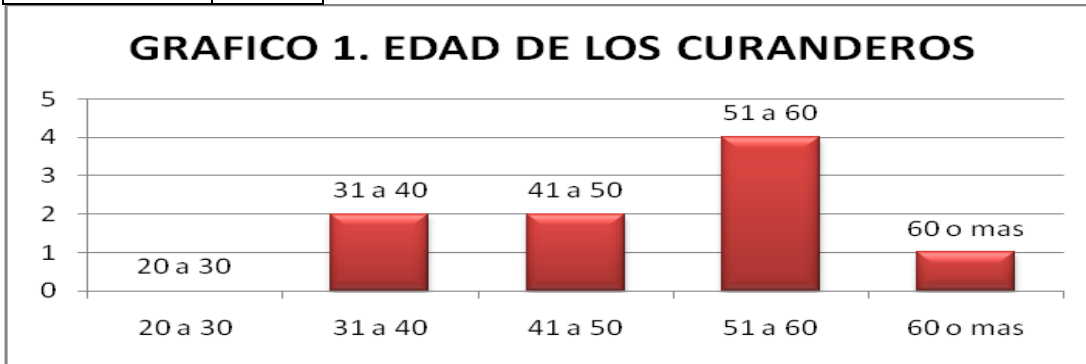
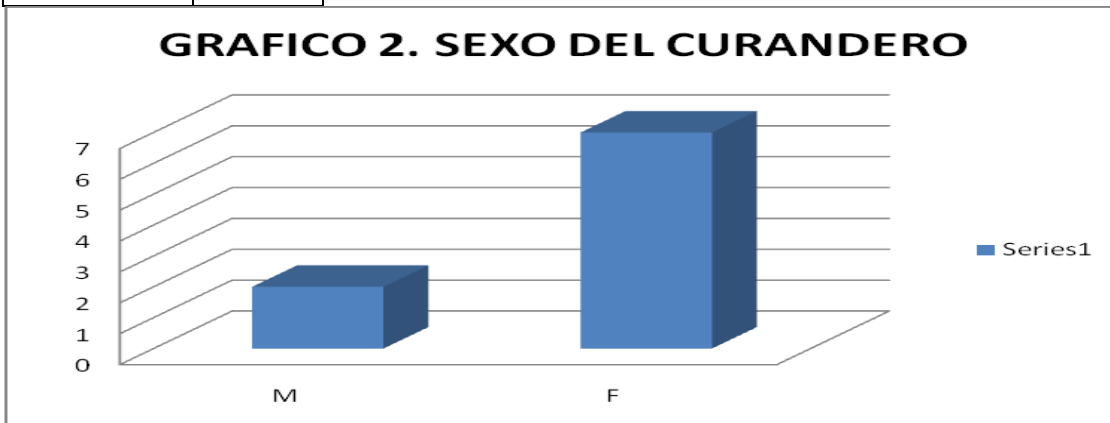


TABLA N° 2	
M	2
F	7



FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Se observo que la mayoría de prestadores de servicio tienen edades entre los 51 a 60 años y en su mayor parte son mujeres que se dedican a estas prácticas.

PREGUNTA 2- Que tipo de etnopráctica realiza usted:

TABLA N° 3	
SOBADOR	5
PARTERA	4
CURANDER	
HIERBEROS	
HUESERO	

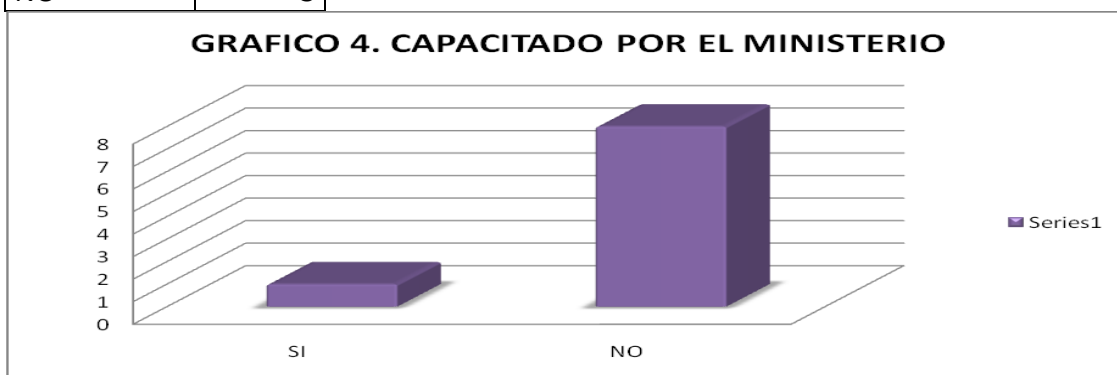


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

El mayor porcentaje de los prestadores de etnopracticas se dedican a ser sobadores siendo 5 estos y 4 parteras de los 9 encuestados.

PREGUNTA 3- Si es partera está capacitado por el ministerio de salud

TABLA N° 4	
SI	1
NO	3

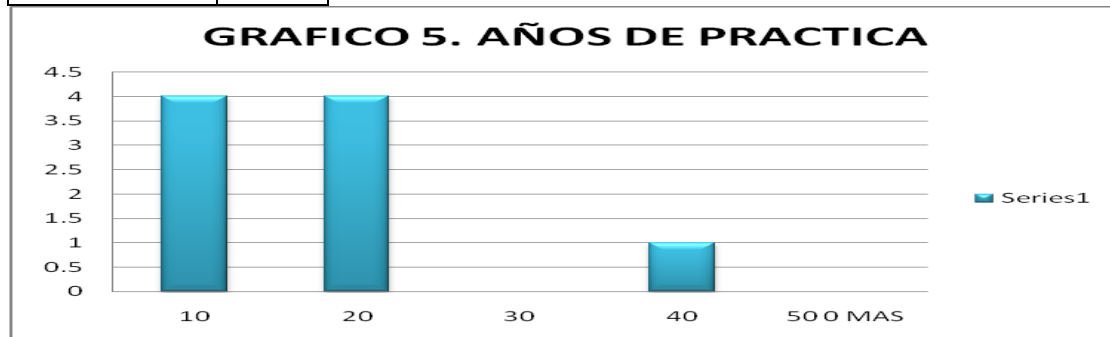


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Del total de terapeutas tradicionales solo 4 eran parteras de las cuales solo 1 está capacitada y autorizada por el ministerio y 3 trabajan sin dicha autorización.

PREGUNTA 4- Cuantos años tiene de practicar

TABLA N° 5	
10 años	4
20 años	4
30 años	
40 años	1
50 O MAS	

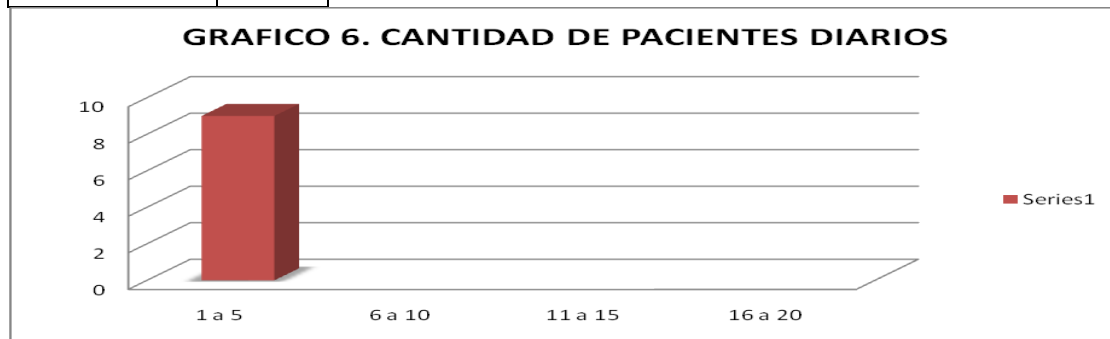


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Se observo que los años de práctica que se adjudican están entre los 10 a 20 años 8 de los encuestados y solo 1 dijo tener aproximadamente 40 años.

PREGUNTA 5- Cuantas personas le consultan diariamente

TABLA N° 6	
1 a 5	9
6 a 10	
11 a 15	
16 a 20	



FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Según los terapeutas tradicionales su consulta oscila entre 1 a 5 pacientes diariamente concordando los 9 encuestados en dicha cantidad.

PREGUNTA 6- Quienes son los que más le consultan

TABLA N° 7	
HOMBRES	
MUJERES	8
NIÑOS	1
ANCIANOS	



FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Como se observa la mayoría de sus pacientes son mujeres lo cual es creíble ya que en las unidades de salud se encuentran en su mayor parte consultando mujeres.

PREGUNTA 7- Cual es la causa más común de consulta

TABLA N° 8	
EMPACHO	7
EMB	
PARTO	2

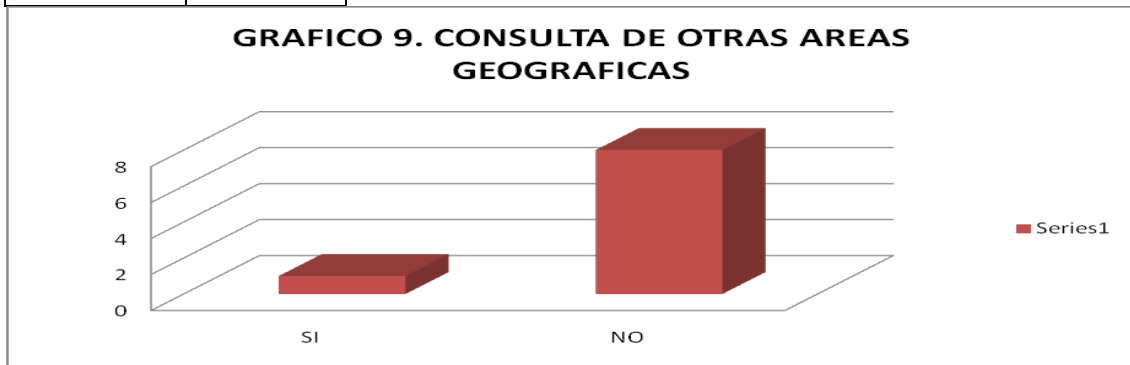


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Al igual que los resultados de las encuestas a los pacientes la mayor parte de la consulta con ellos es por empacho.

PREGUNTA 8- Le consultan de otros lugares

TABLA N° 9	
SI	1
NO	8



FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Del total de encuestados solo uno contestó que es visitado por personas de otras áreas geográficas o incluso de otros países.

PREGUNTA 9- En que caso a referido usted a un paciente a la unidad de salud

TABLA N° 10	
PARTOS/D	4
DIARREAS	
EMB	2
GRAVEDAD	3

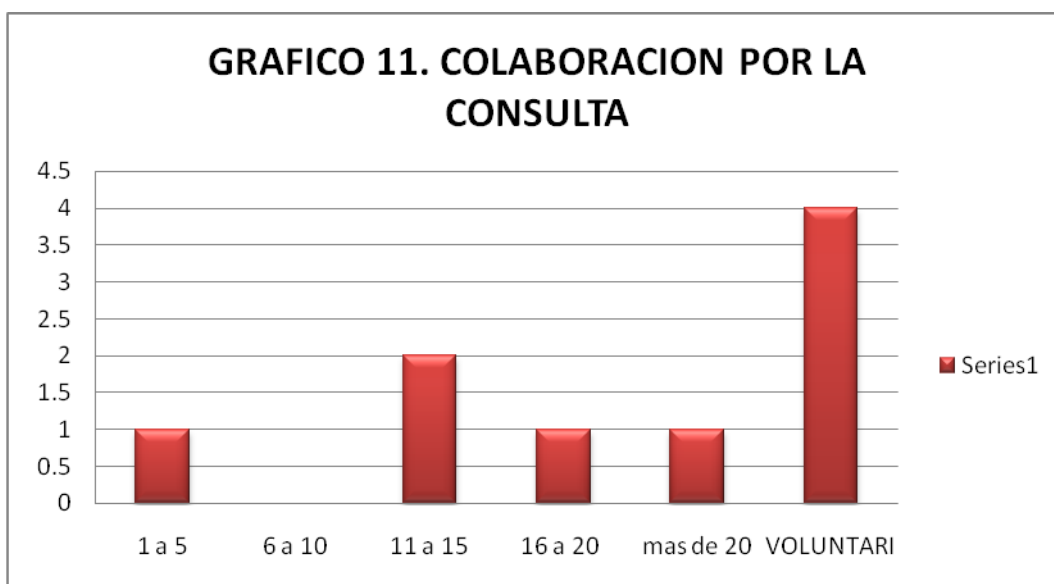


FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

Con respecto a esta pregunta 4 coincidieron que refieren pacientes que ellos identifican que el producto viene en mala posición, 2 respondieron que por embarazo, y por ultimo 3 contestaron que cuando un paciente se les complica lo envían a la unidad de salud.

PREGUNTA 10- Las personas le dan colaboración por la consulta

TABLA N° 11	
1 a 5	1
6 a 10	
11 a 15	2
16 a 20	1
más de 20	1
VOLUNTARI	4



FUENTE: Estudio realizado en las unidades de salud Aldea Bolaños, Arenales y Jujutla en el periodo de marzo a septiembre de 2010

La mayor parte de los encuestados contestó que la colaboración que reciben es voluntaria lo cual no concuerda con lo que contestaron los pacientes ya que ellos respondieron que es gratis.

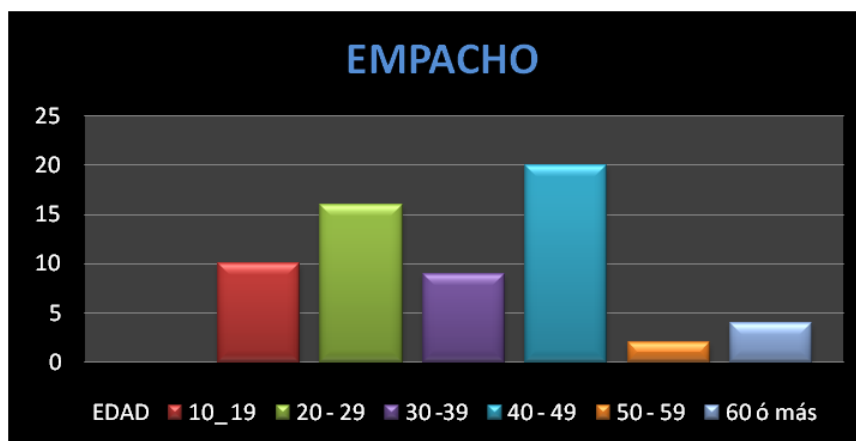
CRUCE DE VARIABLES

ETNOPRACTICAS VRS. EDAD

CUADRO 1

EMPACHO		
EDAD		PORCENTAJE
10_19	10	6%
20 – 29	16	9%
30 -39	9	5%
40 – 49	20	11%
50 – 59	2	1%
60 ó más	4	2%
TOTAL	61	34%

FUENTE: ANEXO 2



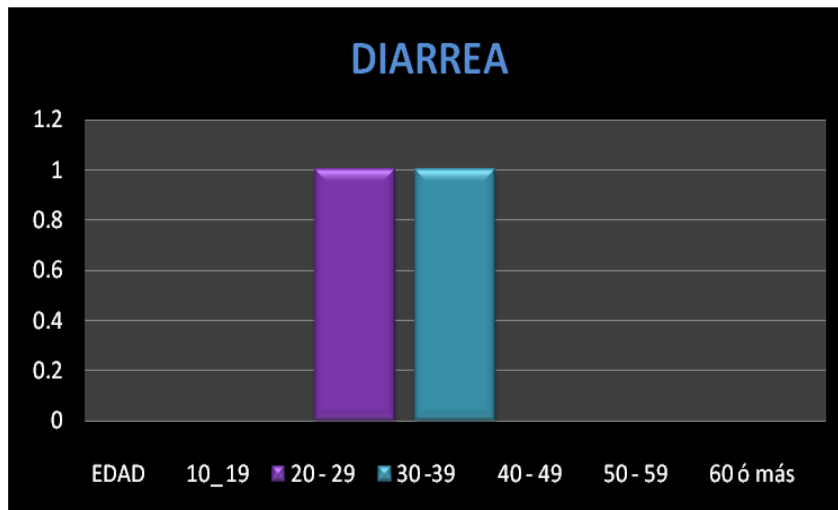
GRAFICA 1: MUESTRA LA INCIDENCIA DE EDAD DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA DE EMPACHO EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

Se comprobó que las personas que mas consultan son las que se encuentran en el rango de edades de 40-49 años. Mientras las de 20-29 años representan el 9% del total del 34% de la población que consulta por ésta etnopráctica.

CUADRO 2

DIARREA		
EDAD		PORCENTAJE
10_19	0	0%
20 – 29	1	1%
30 -39	1	1%
40 – 49	0	0%
50 – 59	0	0%
60 ó más	0	0%
TOTAL	2	1%

FUENTE: ANEXO2



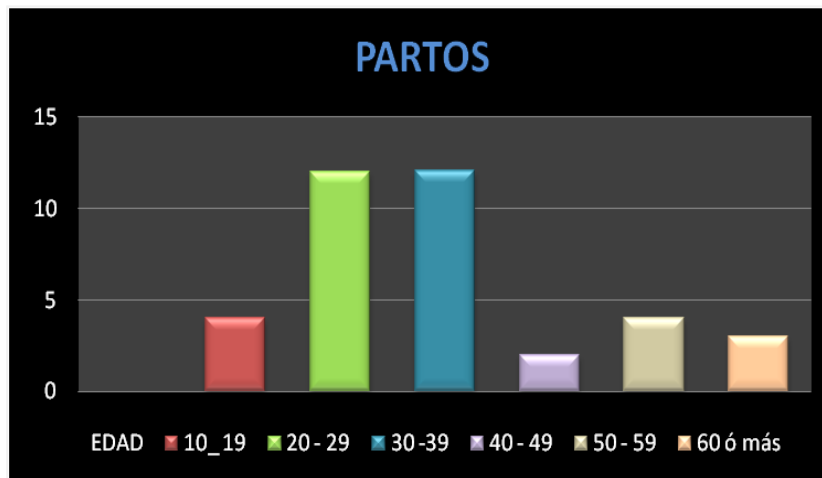
GRAFICA 2: MUESTRA LA INCIDENCIA DE EDAD DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR DIARREA EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

Las personas encuestadas y que acudieron por diarrea donde los terapeutas tradicionales son sólo el 1% del total y oscila entre los 20 y 39 años de edad

CUADRO 3

PARTOS		
EDAD		PORCENTAJE
10_19	4	2%
20 - 29	12	7%
30 -39	12	7%
40 - 49	2	1%
50 - 59	4	2%
60 ó más	3	2%
TOTAL	37	21%

FUENTE: ANEXO 2



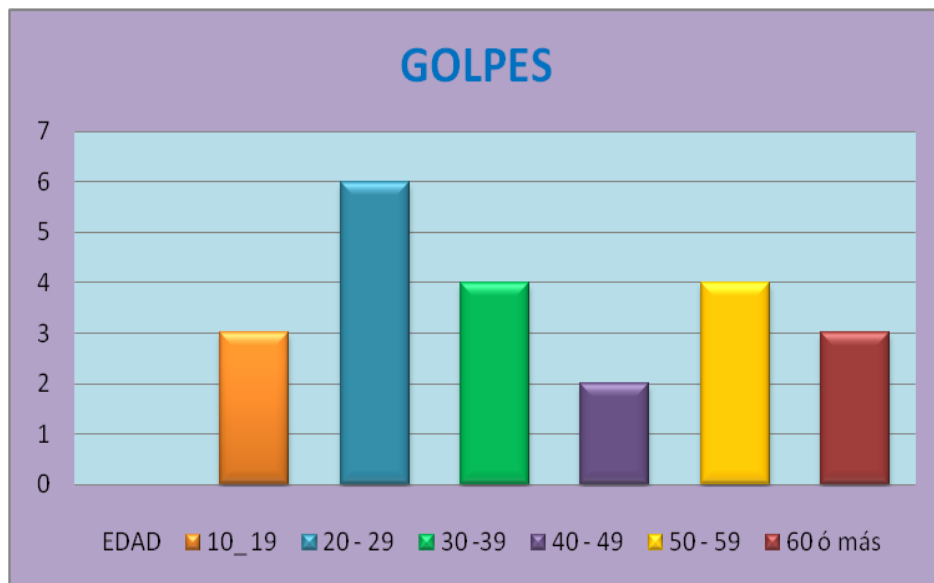
GRAFICA 3: MUESTRA LA INCIDENCIA DE EDAD DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR DIARREA EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

El 21% del total de las personas encuestadas admitieron atención del parto por parteras lo que representa el 16% de las mujeres entre los 10 y 39 años.

CUADRO 4

GOLPES		
EDAD		PORCENTAJE
10_19	3	2%
20 - 29	6	3%
30 -39	4	2%
40 - 49	2	1%
50 - 59	4	2%
60 ó más	3	2%
TOTAL	22	12%

FUENTE: ANEXO 2



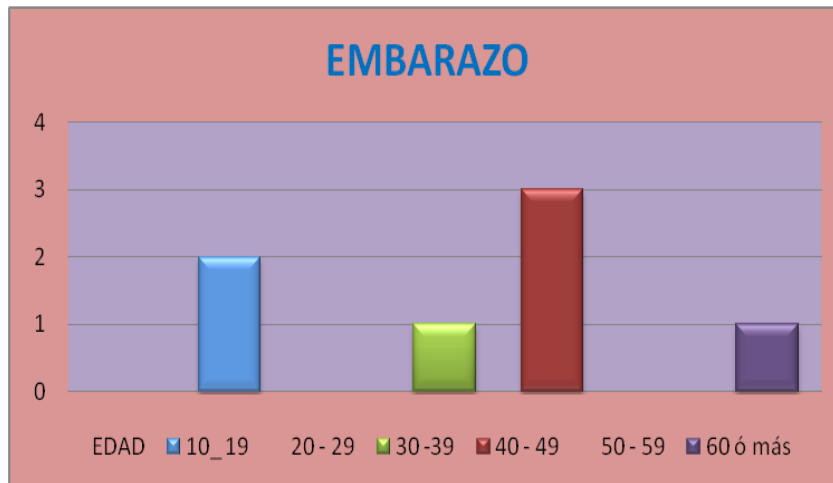
GRAFICA 4: MUESTRA LA INCIDENCIA DE EDAD DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR GOLPES EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

El 3% de las personas que consultan donde sobadores se encuentran en las edades entre 20-29 años y sólo un 1% entre los 40-49 años

CUADRO 5

EMBARAZO		
EDAD		PORCENTAJE
10_19	2	1%
20 – 29	0	0%
30 -39	1	1%
40 – 49	3	2%
50 – 59	0	0%
60 ó más	1	1%
TOTAL	7	4%

FUENTE: ANEXO2



GRAFICA 5: MUESTRA LA INCIDENCIA DE EDAD DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR EMBARAZO EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

Las mujeres embarazadas que consultaron por el embarazo donde los terapeutas tradicional representaron en total sólo un 4% de la población encuestada las cuales se encuentran en el rango de 40-49 años y representan el 2% del total

CUADRO 6

NO CONSULTARON		
EDAD		PORCENTAJE
10_19	4	2%
20 - 29	12	7%
30 -39	5	3%
40 - 49	3	2%
50 – 59	2	1%
60 ó más	3	2%
TOTAL	29	16%

FUENTE: ANEXO 2



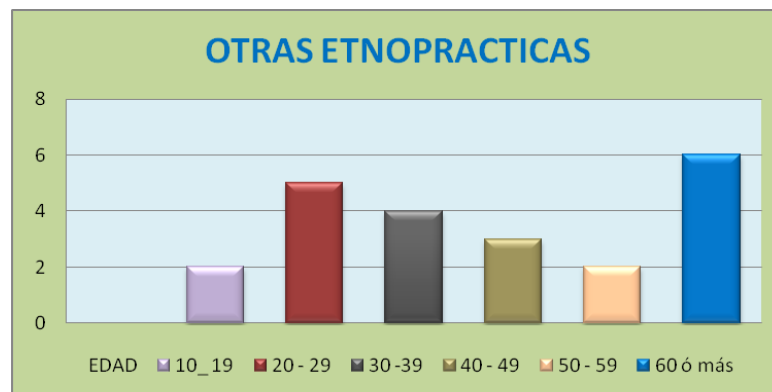
GRAFICA 6: MUESTRA LA INCIDENCIA DE EDAD DE LA POBLACION QUE NO CONSULTA POR ETNOPRACTICAS

De los encuestados 29 personas no consultaron por ninguna etnopractica las cuales se encuentran en el rango de 20 – 29 años representando el 7% del total

CUADRO 7

OTRAS ETNOPRACTICAS		
EDAD		PORCENTAJE
10_19	2	1%
20 - 29	5	3%
30 -39	4	2%
40 - 49	3	2%
50 - 59	2	1%
60 ó más	6	3%
TOTAL	22	12%

FUENTE: ANEXO 2



GRAFICA 7 : MUESTRA LA INCIDENCIA DE EDAD DE LA POBLACION QUE CONSULTA POR OTRAS ETNOPRACTICAS

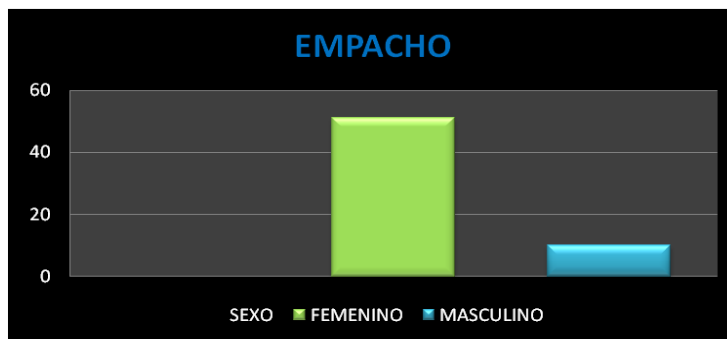
Las personas que más acuden al uso de etnopracticaciones como mal de ojo o espanto se concentran entre los 60 años y más

ETNOPRACTICAS VRS. SEXO

CUADRO 8

EMPACHO		
SEXO		PORCENTAJE
FEMENINO	51	28%
MASCULINO	10	6%
TOTAL	61	34%

FUENTE: ANEXO 2



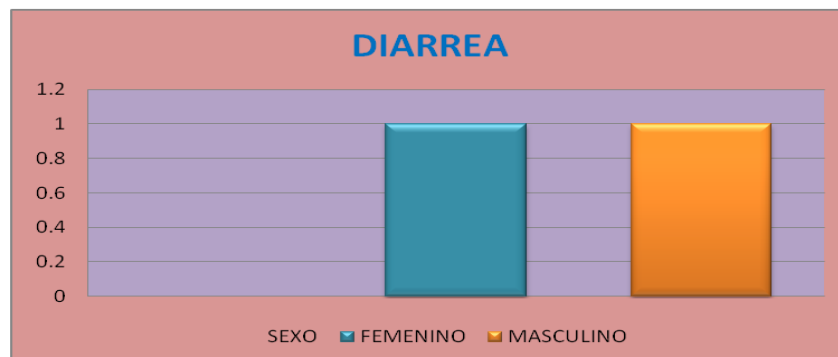
GRAFICA 8: MUESTRA LA INCIDENCIA DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR EMPACHO SEGÚN EL SEXO EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

En cuanto al sexo las mujeres son las que más acuden donde los terapeutas tradicionales por empacho con un 28% mientras que los hombres sólo acuden un 6% por ésta patología

CUADRO 9

DIARREA		
SEXO		PORCENTAJE
FEMENINO	1	1%
MASCULINO	1	1%
TOTAL	2	1%

FFUENTE: ANEXO 2



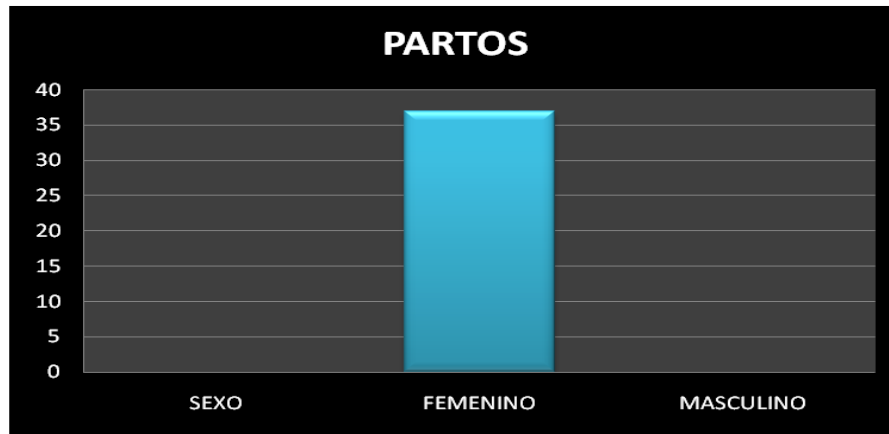
GRAFICA 9: MUESTRA LA INCIDENCIA DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR EMPACHO SEGÚN EL SEXO EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

En cuanto a la uso de etnopracticas por diarreas ambos sexos acuden en igual proporción con un 1% respectivamente y representando sólo el 1% de la población encuestada

CUADRO 10

PARTOS		
SEXO		PORCENTAJE
FEMENINO	37	21%
MASCULINO	0	0%
TOTAL	37	21%

FUENTE: ANEXO 2



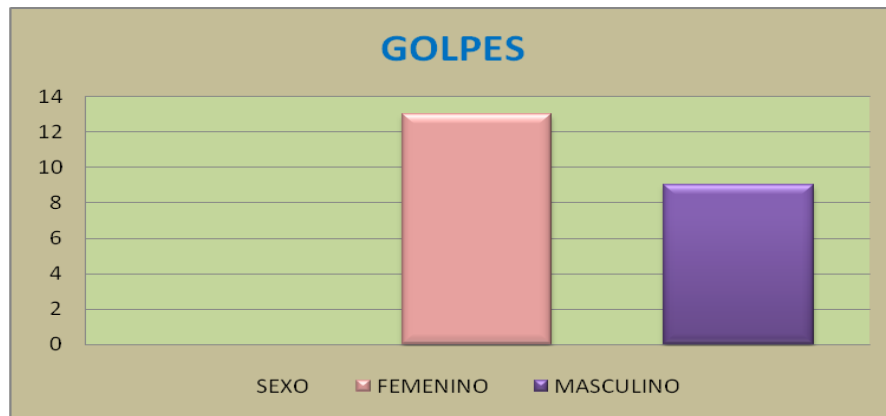
GRAFICA 10: MUESTRA LA INCIDENCIA DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR PARTOS SEGÚN EL SEXO EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

De los encuestados 37 personas que son 21% de la población interrogada acuden donde parteras para atención del parto

CUADRO 11

GOLPES		
SEXO		PORCENTAJE
FEMENINO	13	7%
MASCULINO	9	5%
TOTAL	22	12%

FUENTE: ANEXO 2



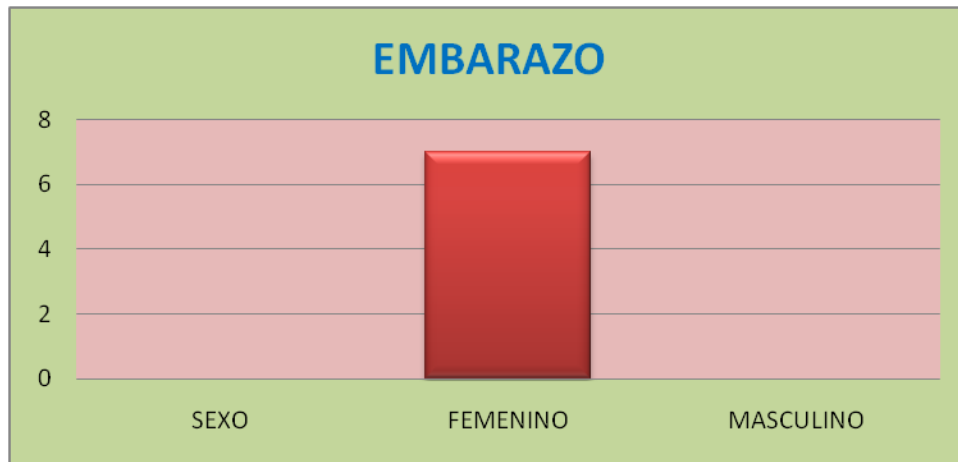
GRAFICA 11: MUESTRA LA INCIDENCIA DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR GOLPES SEGÚN EL SEXO EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

Del 12% de las personas que consultan por golpes donde sobadores o hueseros sólo 5% son hombres

CUADRO 12

EMBARAZO		
SEXO		PORCENTAJE
FEMENINO	7	4%
MASCULINO	0	0%
TOTAL	7	4%

FUENTE: ANEXO 2



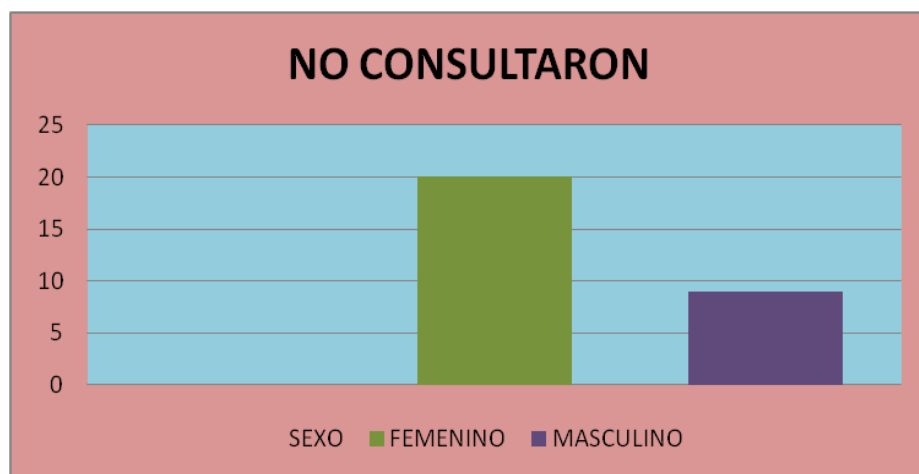
GRAFICA 12: MUESTRA LA INCIDENCIA DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR EMBARAZO SEGÚN EL SEXO EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

Solo el 4% de las mujeres que han estado en período de gestación han acudido a la uso de etnopracticas

CUADRO 13

NO CONSULTARON		
SEXO		PORCENTAJE
FEMENINO	20	11%
MASCULINO	9	5%
TOTAL	29	16%

FUENTE: ANEXO 2



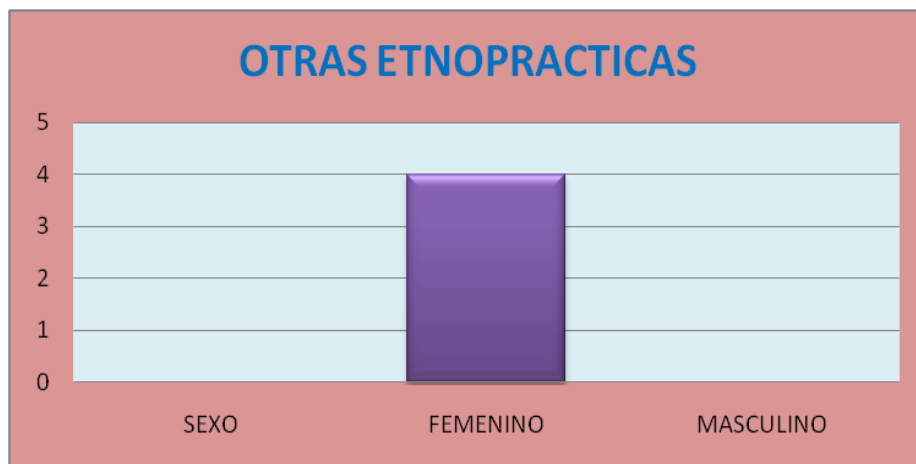
GRAFICA 13: MUESTRA LA INCIDENCIA DE PACIENTES QUE NO CONSULTARON POR ETNOPRACTICAS SEGÚN EL SEXO EN LA POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

El 16% de encuestados del sexo femenino y masculino, no consultaron etnopracticas

CUADRO 14

OTRAS ETNOPRACTICAS		
SEXO		PORCENTAJE
FEMENINO	4	2%
MASCULINO	0	0%
TOTAL	4	2%

FUENTE: ANEXO 2



GRAFICA 14: MUESTRA LA INCIDENCIA DE ATENCIÓN DE OTRAS ETNOPRACTICA POR SEGÚN EL SEXO EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

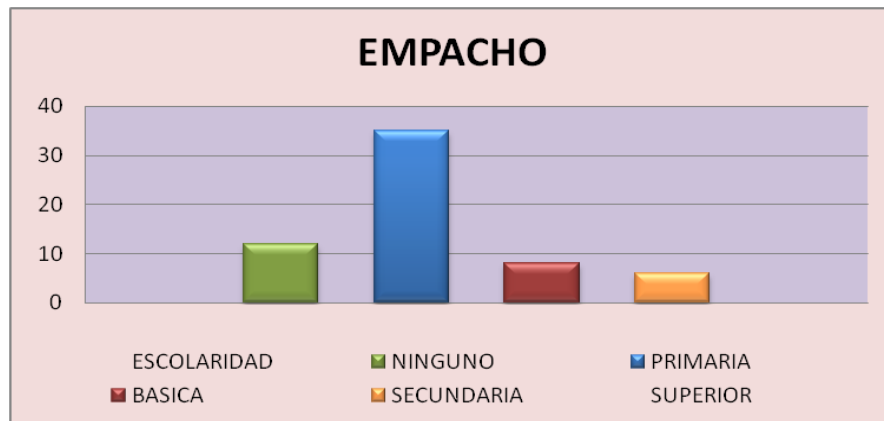
Con respecto al sexo la mayoría de las personas que consultan por otras etnopracticasson mujeres con un porcentaje del 10%

ETNOPRACTICAS VRS. ESCOLARIDAD

CUADRO 15

EMPACHO		
ESCOLARIDAD		PORCENTAJE
NINGUNO	12	7%
PRIMARIA	35	19%
BASICA	8	4%
SECUNDARIA	6	3%
SUPERIOR	0	0%
TOTAL	61	34%

FUENTE: ANEXO 2



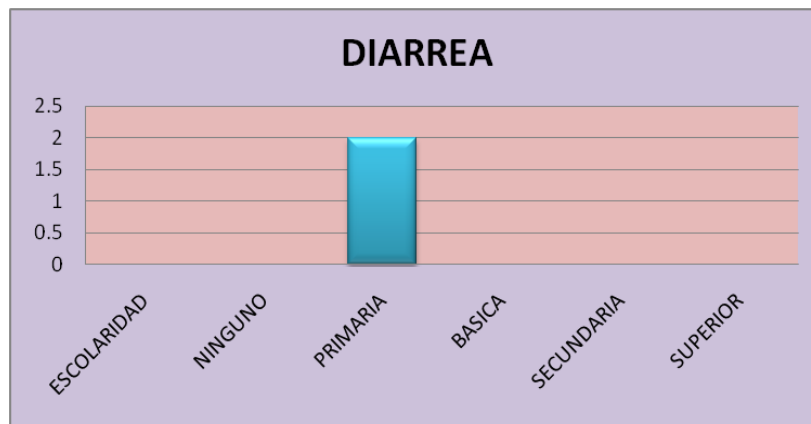
GRAFICA 15: MUESTRA LA INCIDENCIA DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR EMPACHO SEGÚN ESCOLARIDAD EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

Se puede observar que un porcentaje importante del 19% de las personas que consultan por etnopracticas donde terapeutas tradicionales tienen un nivel académico bajo (primaria) y sólo un 3% tiene un nivel académico medio.

CUADRO 16

DIARREA		
ESCOLARIDAD		PORCENTAJE
NINGUNO	0	
PRIMARIA	2	1%
BASICA	0	
SECUNDARIA	0	
SUPERIOR	0	
TOTAL	2	1%

FUENTE: ANEXO 2



GRAFICA 16. MUESTRA LA INCIDENCIA DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR DIARREA SEGÚN ESCOLARIDAD EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

A la igual que en el empacho la escolaridad de las personas encuestadas por diarrea no supera la primaria

CUADRO 17

PARTOS		
ESCOLARIDAD		PORCENTAJE
NINGUNO	8	4%
PRIMARIA	26	14%
BASICA	2	1%
SECUNDARIA	1	1%
SUPERIOR	0	0%
TOTAL	37	21%

FUENTE: ANEXO 2



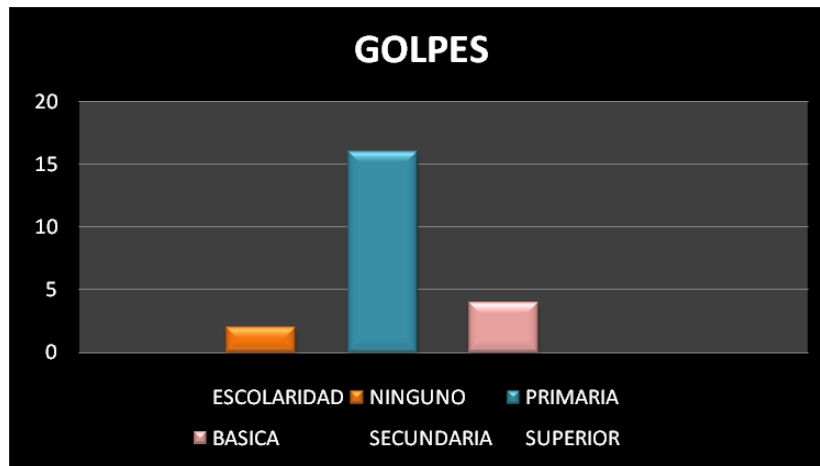
GRAFICA 17: MUESTRA LA INCIDENCIA DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR PARTOS SEGÚN EL ESCOLARIDAD EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

Con respecto de las personas que acuden por atención del parto donde parteras su escolaridad representa el 20% del total el cual incluye un nivel académico nulo, primaria y básica y sólo el 1% se encuentra en un nivel medio

CUADRO 18

GOLPES		
ESCOLARIDAD		PORCENTAJE
NINGUNO	2	1%
PRIMARIA	16	9%
BASICA	4	2%
SECUNDARIA	0	
SUPERIOR	0	
TOTAL	22	12%

FUENTE: ANEXO 2



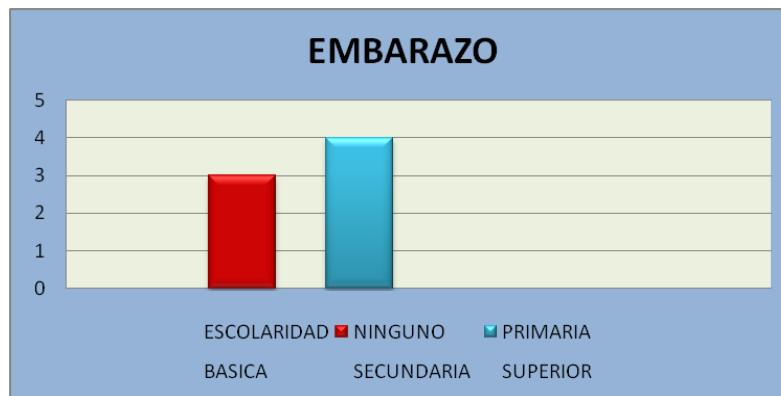
GRAFICA 18: MUESTRA LA INCIDENCIA DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR GOLPES SEGÚN ESCOLARIDAD EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

El 12% de las etnopracticas por golpes la escolaridad no sobrepasa el nivel básico

CUADRO 19

EMBARAZO		
ESCOLARIDAD		PORCENTAJE
NINGUNO	3	2%
PRIMARIA	4	2%
BASICA	0	0
SECUNDARIA	0	0
SUPERIOR	0	0
TOTAL	7	4%

FUENTE: ANEXO 2



GRAFICA 19: MUESTRA LA INCIDENCIA DE ATENCIÓN DE ETNOPRACTICA POR EMBARAZO SEGÚN ESCOLARIDAD EN POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

Un total de 7 personas encuestadas indicaron que acudían a los servicios de etnoprácticas por embarazo y que tenían un nivel académico de ninguno a primaria lo que equivale a la 4%

CUADRO 20

NO CONSULTARON		
ESCOLARIDAD		PORCENTAJE
NINGUNO	1	1%
PRIMARIA	20	11%
BASICA	6	3%
SECUNDARIA	1	1%
SUPERIOR	1	1%
TOTAL	29	16%

FUENTE: ANEXO 2



GRAFICA 20: MUESTRA LA INCIDENCIA DE LA POBLACION SEGÚN ESCOLARIDAD QUE NO CONSULTA POR ETNOPRACTICAS EN LAS PERSONAS QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

A pesar de que el 11% de las personas encuestadas tienen un nivel primario de educación no acuden a servicios de los terapeutas tradicionales, en total no consulta un 16% de los encuestados

CUADRO 21

OTRAS ETNOPRACTICAS		
ESCOLARIDAD		PORCENTAJE
NINGUNO	4	2%
PRIMARIA	13	7%
BASICA	5	3%
SECUNDARIA	0	
SUPERIOR	0	
TOTAL	22	12%

FUENTE: ANEXO 2



GRAFICA 21: MUESTRA LA INCIDENCIA DE LA POBLACION SEGÚN ESCOLARIDAD QUE CONSULTA POR OTRAS ETNOPRACTICAS EN LAS PERSONAS QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

Sólo 22 personas acuden por otro tipo de etnopracticas lo que significa un total del 12%

CONCLUSIONES

- El grupo etáreo que consulta con más frecuencia en los centros donde se realizan etnopráctica son de 20-49 años con predominio de sexo femenino.
- Entre los factores que influyen en el uso de las etnoprácticas en la población estudiada son factores culturales, factores sociales, nivel socio económico bajo, y la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud.
- En las zonas donde predomina este tipo de prácticas, los pobladores no les interesa el costo monetario al adquirir los servicios de las personas dedicadas a las etnopráctica ya que observamos que han pagado más de 40 dólares por una consulta, buscando cura a sus enfermedades.
- La etnopráctica por la que más se consulta es por empacho seguida por la atención del parto.
- Las personas que consultaron por etnoprácticas han acudido a los terapeutas tradicionales en más de una ocasión.
- El nivel académico, accesibilidad a un servicio de salud y la confianza hacia los terapeutas tradicionales son factores que contribuyen al uso de las etnoprácticas.
- El conocimiento de las etnoprácticas utilizadas por la población es importante para evitar las complicaciones que estas conllevan para disminuir la mortalidad.

RECOMENDACIONES

- Que las autoridades de salud realicen acciones encaminadas a ampliar las coberturas de salud a toda la población sobre todo en el área rural.
- Educar a los que practican la medicina tradicional tratando de hacer un equipo con los centros de salud ya que no podemos erradicar la tradición pero se puede educar para que ellos sepan hasta donde tratar y luego referir a centros de salud.
- Educar a las madres sobre las complicaciones que pueden arrastrar el llevar a sus hijos donde sobadores o curanderos y dar las recomendaciones necesarias a los adultos para que utilicen lo menos posible estas prácticas tradicionales.

AL MINISTERIO DE SALUD

- Debido a que un porcentaje importante de las mujeres de las áreas estudiadas continúan teniendo partos intradomiciliarios, es importante que el MSPAS se acerque a las parteras para brindarles educación y adiestramiento sobre la atención del parto y así tener parteras capacitadas que puedan contribuir a evitar complicaciones.
- Capacitar a los promotores de Salud en la atención del parto.
- Establecer centros de investigación donde se estudie la medicina tradicional con la participación activa de los terapeutas de medicina tradicional para aprovechar sus conocimientos y experiencia.

A FACULTAD DE MEDICINA

- Establecer talleres o cursos sobre el uso de medicina tradicional y la aplicación adecuada de éstos conocimientos en las patologías clínicas en forma efectiva, encaminados al bienestar de las personas

BIBLIOGRAFIA

- ✚ MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD DE LOS PUEBLOS NÁHUAT-PIPIIL DE IZALCO (PAG 27)
- ✚ VILA DE PINEDA P. MEDICINA TRADICIONAL EN COLOMBIA. EN: PINZÓN C, ROLDAN M. EDS. V CONGRESO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA. CURANDERISMO. BOGOTÁ, D. C.: ICFES. INSTITUTO COLOMBIANO DE ANTROPOLOGÍA Y CONCULTURA; 1989
- ✚ PRACTICAS MEDICAS TRADICIONALES SALVADOREÑAS
- ✚ PUEBLOS INDIGENAS SALUD Y VIDA EN EL SALVADOR
- ✚ AFRO TECHNICAL REPORT SERIES, N° 1, 1976 (AFRICAN TRADICIONAL MEDICINE. INFORME DE UN COMITÉ REGIONAL DE EXPERTOS PÁGS. 3 Y 4)
- ✚ LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS: CONCEPTOS, ESTRATEGIAS, PRÁCTICAS Y DESAFÍOS OPS.
- ✚ <http://www.monografias.com/trabajos53/medicina-tradicional/medicina-tradicional.shtml>
- ✚ ENTRE CREENCIAS Y SALUD PÚBLICA LUNES, 02 DE FEBRERO DE 2009 11:06 XENIA GONZÁLEZ
- ✚ PAUTAS GENERALES PARA LAS METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD GINEBRA
- ✚ ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE MEDICINA TRADICIONAL 2002–2005
- ✚ ASPECTOS REGULATORIOS DE LAS PRÁCTICAS DE MEDICINA TRADICIONAL EN AMÉRICA LATINA ROBERTO CAMPOS-NAVARRO MÉXICO

- ✚ PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL CONSECUENCIAS PARA LA SALUD PÚBLICA EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO Carlos M. Correa Universidad de Buenos Aires Agosto de 2002
- ✚ EL USO DE MEDICINA ALTERNATIVA Y MEDICINA TRADICIONAL EN MEDELLÍN, 2005 ÁLVAREZ LS. EL USO DE MEDICINA ALTERNATIVA Y MEDICINA POPULAR EN MEDELLÍN, COLOMBIA. REV. FAC. NAC. SALUD PÚBLICA. 2007; 25 (2): 100-9)
- ✚ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD RESUMEN INFORME FINAL DE PROYECTO DE COOPERACIÓN TÉCNICA HORIZONTAL ENTRE BOLIVIA Y CUBA PARA FACILITAR EL INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS EN LA INTEGRACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL A LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD 2004-05 NO. 26
- ✚ BOLETIN INDIGENA LA INCOMUNICACIÓN AFECTA LA ACCESIBILIDAD DE LA ATENCIÓN MATERNA Representación de OPS/OMS-Bolivia Edición No.2 Mayo, 2004
- ✚ INTEGRACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y NATURAL AL SISTEMA DE SALUD DE CUBA
- ✚ *LEY MARCO EN MATERIA DE MEDICINA TRADICIONAL (PROPUESTA ELABORADA PARA EL PARLAMENTO LATINOAMERICANO- AGOSTO 2009)*
- ✚ *CONSTITUCION Y LEYES PENALES DE EL SALVADOR (2002)*

ANEXOS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE
Coordinación									
Implementación									
Selección del tema de investigación e inscripción del tema									
Elaboración y aprobación del perfil									
aplicación de instrumentos									
procesamiento de datos									
análisis de datos									
interpretación de datos									
elaboración de informes									
comunicación de resultados									



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

INCIDENCIA DE ETNOPRACTICAS MÁS FRECUENTES EN LA POBLACION QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS, JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

ENCUESTA RELIZADA A PERSONAS QUE SE DEDICAN A LAS ETNOPRACTICAS

Edad_____ sexo_____ Procedencia _____

Que tipo de etnopractica realiza usted

Sobador _____

Partera _____

Curandero _____

Hierbero _____

Huesero _____

Si es partera esta capacitado por el ministerio de salud

Si_____ No_____

Cuantos años tiene de practicar

Cuantas personas le consultan diariamente

Quienes son los que más le consultan

Hombres_____ mujeres _____

Niños _____ ancianos _____

Cual es la causa más común de consulta

Le consultan personas de otros lugares

Si_____ No_____

En que caso a referido usted a un paciente a la unidad de salud o al hospital_____

Las personas le dan colaboración por la consulta

Si_____ No_____



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
INCIDENCIA DE ETNOPRACTICAS MÁS FRECUENTES EN LA POBLACION
QUE CONSULTA EN LAS UNIDADES DE SALUD ALDEA BOLAÑOS,
JUJUTLA Y ARENALES EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A
SEPTIEMBRE DEL AÑO 2010

ENCUESTA DIRIGIDA A PERSONAS QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE SALUD _____ Y QUE UTILIZAN LAS ETNOPRACTICAS PARA TRATAR SUS ENFERMEDADES

Ha utilizado usted alguna vez los servicios de sobadores, curanderos, parteras, hierberos o hueseros

Si _____ no _____
Edad _____ sexo _____

Nivel académico _____

Porque causa a consultado

Le han dado resultado los tratamientos indicados por estas personas _____

Con que frecuencia acude a estos lugares _____
Ha tenido alguna mala experiencia con el tratamiento recibido en alguna ocasión que lo haya consultado

Cuanto es el costo de la consulta

Es accesible para usted ir a cualquier hora a consultar a este lugar _____ hora _____

Está de acuerdo en la práctica que realizan estas personas

Si _____ no _____

Porque _____

Sabe usted de alguna persona que haya muerto por algún manejo recibido por uno de estas personas

Si _____ no _____

Ha decidido consultar donde estas personas por haber recibido maltrato en la unidad de salud

PRESUPUESTO

Adquisición de bibliografía (equipo y material)	\$ 50.00
Pago de fotocopias (equipo y materiales)	\$60.00
Impresión y encuadernación de dos ejemplares de informe de investigación (equipo y materiales)	\$60.00
Viajes (movilidad)	\$20.00
Digitación de paginas	\$60.00
Compra de materiales (papel bond, tinta, etc)	\$15
Imprevistos	\$35.00
Gastos de titulo	\$35.00
Gastos en la defensa del trabajo de graduación	\$60.00
Total general	\$395.00