

INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

**SITUACIÓN DE SALUD DE LOS
PUEBLOS INDÍGENAS DE BOLIVIA**



Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana • Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Washington, D. C.
junio 1998

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud ni de los Gobiernos Miembros.

INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

**SITUACIÓN DE SALUD DE LOS
PUEBLOS INDÍGENAS DE BOLIVIA**

**Organización Panamericana de la Salud
Oficina Sanitaria Panamericana • Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud**

**Washington, D. C.
junio 1998**



PRESENTACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en cumplimiento del numeral tres, inciso C de la Resolución CD37.R5¹ que recomienda la "...ampliación de las actividades de evaluación de las condiciones de vida y situación de salud para incluir a los pueblos indígenas de la Región, con el fin de superar paulatinamente la actual falta de información en este campo tanto a nivel regional como a nivel de los países.", está promoviendo, en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas², un proceso que contribuirá al mejor conocimiento de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas de la Región.

Si bien en la mayoría de los países existe gran cantidad de información referente al tema, pocos la tienen sistematizada y menos aún cuentan con un diagnóstico sobre la situación en que se desenvuelven los pueblos indígenas en la sociedad nacional, particularmente en el tema de la salud. En este sentido, en 1996 se apoyó la sistematización de la información en los países correspondientes a la I y II fases de la Iniciativa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Honduras, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Perú, Venezuela.

A continuación se describen los términos de referencia enviados a las Representaciones de OPS para el contrato respectivo del responsable de la elaboración de la sistematización. Además se especifican los productos deseados:

Términos de referencia

1. Llevar a cabo una búsqueda de las fuentes de información científica y técnica disponible en el país, sobre la salud de los pueblos indígenas en los centros de documentación de la OPS, Ministerio de Salud, universidades, institutos, bibliotecas nacionales, entre otros. Se puede contar con el apoyo técnico de los bibliotecarios de los diferentes centros.
2. En colaboración con los bibliotecarios de los Centros de Documentación de las Representaciones de OPS/OMS de los países, organizar la información en una colección que se la ubicará en una sede o sedes, decidida por consenso con los representantes indígenas (OPS, Ministerio de Salud, organizaciones indígenas, Universidad), en un lugar del país donde haya mayor acceso en apoyo a la

¹ La Resolución CD37.R5 aprobada el 28 de septiembre de 1993 por los Gobiernos Miembros de OPS representa el compromiso político de los Gobiernos Miembros y de la Organización Panamericana de la Salud para priorizar la atención integral de los pueblos indígenas de la Región.

² Las recomendaciones del I Taller Hemisférico sobre Pueblos Indígenas y Salud llevado a cabo en Winnipeg, Canadá en 1993, se agruparon en una propuesta: la Iniciativa de Salud de Pueblos Indígenas cuyos principios son: el abordaje integral de la salud, el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación, el derecho a la participación sistemática, el respeto y la revitalización de las culturas indígenas y la reciprocidad en las relaciones.

programación, educación e investigación. La organización de la información contempla, en la medida de lo posible, conexiones electrónicas o por otras vías a otras colecciones nacionales e internacionales, o la planificación de esta fase para su concretización en un futuro inmediato.

Preparar un documento de análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas del país, en base de la información disponible, en consulta con las personas y organizaciones involucradas y/o interesadas en el tema de la salud de los pueblos indígenas y desarrollar un banco de datos sobre personas y organizaciones con experiencia en los diferentes temas relacionados con pueblos indígenas. Este análisis debe incluir información sobre los siguientes 15 indicadores descritos a continuación propuestos como datos básicos, tanto para la población total, como para la población urbana, rural e indígena. En cuanto a los datos sobre población indígena, si no existen totales nacionales, se incluirán los datos disponibles para los diferentes pueblos indígenas.

Datos básicos-País Indicadores	
<p>Demográficos</p> <p>1. Población total (año)/ Población indígena (año)</p> <p>2. Esperanza de vida al nacer/ Total Hombres (años) Mujeres (años)</p> <p>3. Tasa global de fecundidad estimada</p>	<p>Socioeconómicos</p> <p>4. Alfabetismo: Hombres (%) Mujeres (%)</p> <p>5. Abastecimiento de agua potable (%)</p> <p>6. Servicio de alcantarillado y eliminación de excretas(%)</p>
<p>Mortalidad y Morbilidad</p> <p>7. Mortalidad Infantil/1.000 nacidos vivos(año)</p> <p>8. Tasa de mortalidad en menores de 5 años</p> <p>9. Defunciones registradas x enfermedad diarreica aguda (EDA)/en niños menores de 5 años (año)</p> <p>10. Mortalidad Materna/100.000 nacidos vivos (año)</p> <p>11. Número anual de casos registrados de malaria</p>	<p>Recursos, Acceso y Cobertura</p> <p>12. Médicos/10.000 h.(año)</p> <p>13. Cobertura con DPT3/ < 1año (año)(%)</p> <p>14. Atención del parto por personal capacitado (año) (%)</p> <p>15. Uso de anticonceptivos(mujeres todos los medios) (año)</p>

3. Preparar un documento de análisis de las investigaciones realizadas en los últimos seis años en el país, incluyendo: problemas considerados, marcos conceptuales

utilizados, los resultados, difusión de los resultados, investigadores y centros de investigación responsables de los estudios.

4. Preparar una bibliografía anotada con veinticinco (25) de los mejores trabajos identificados, de acuerdo a la siguiente guía:

Bibliografía anotada: Guía	
<p>I Parte <i>Contenido</i> <i>Introducción:</i> Presentación del documento; motivos para haber escogido los 25 artículos y/o libros; utilidad de esta información en el trabajo con pueblos indígenas</p>	<p>II Parte <i>Bibliografía Anotada</i> Artículos en orden alfabético de acuerdo al autor Referencia bibliográfica completa Tema/s principales Subtemas Resumen del artículo</p>
<p>Ejemplo: Bryman, A. 1988. <i>Cantidad y Calidad en la Investigación Social</i>. Publicaciones Sage, Newbury Park, CA, USA. 256 pp.</p> <p>Tema(s) Principales: Análisis, validación y diseño en investigación Subtemas: Análisis en el trabajo de campo, matrices para el análisis</p> <p>Resumen: En este libro, Bryman se refiere a las diferentes razones por las cuales los métodos cuantitativos y cualitativos pueden ser usados de manera complementaria. Estas razones son ilustradas con ejemplos concretos generados de estudios de campo sobre grupos de investigación, educación y la enseñanza de la investigación.</p>	

Selección - contratación de un consultor nacional

1. Es deseable que la selección de esta persona se realice a través de un proceso que involucre a los diferentes sectores:
2. Si el país tiene una comisión técnica integrada por representantes del gobierno, OPS y pueblos indígenas, podría considerarse que esta comisión seleccionara a la persona a ser contratada.
3. Si no existe una comisión técnica, se podría integrar un comité de selección donde participen representantes indígenas. Para la selección se dará preferencia a personas indígenas.

4. Si las opciones anteriormente mencionadas no son factibles se contratará a la persona, preferiblemente indígena, y/o recomendada por los grupos indígenas del país, bajo los términos de referencia descritos.

De acuerdo a los términos de referencia, el contrato se hizo por producto y se especificó que, en caso de que hubiera dificultades que impidieran el cumplimiento de todos los términos de referencia, se priorizarían los tres primeros puntos, es decir la identificación de información disponible sobre pueblos indígenas, la organización de la información en una colección con el consiguiente establecimiento o planificación de los mecanismos de conexión a otras redes de información y la entrega del documento de análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas.

La información presentada en los documentos preparados, responde a los procesos seguidos en cada país, a la disponibilidad de documentación y datos y al criterio profesional de los autores. El documento Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Bolivia, preparado por María del Carmen O de Daroca y Ruth Vera Monje en 1996 es producto de este proceso.

Este y cada uno de los informes es una aproximación a las actuales condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas de los países señalados. Sin embargo, cabe recalcar que los indicadores presentados en sus distintas alternativas muestran una tendencia nítida de las brechas de inequidad en las condiciones de vida y salud de estos pueblos respecto a la sociedad nacional.

La ampliación de la información disponible y sobre todo la presencia de un sistema de información que responda a carácter multicultural de la población de las Américas constituye un reto al futuro que requerirá un compromiso de trabajo multisectorial compartido con la participación plena de los pueblos indígenas.

**SALUD EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS
EN BOLIVIA**

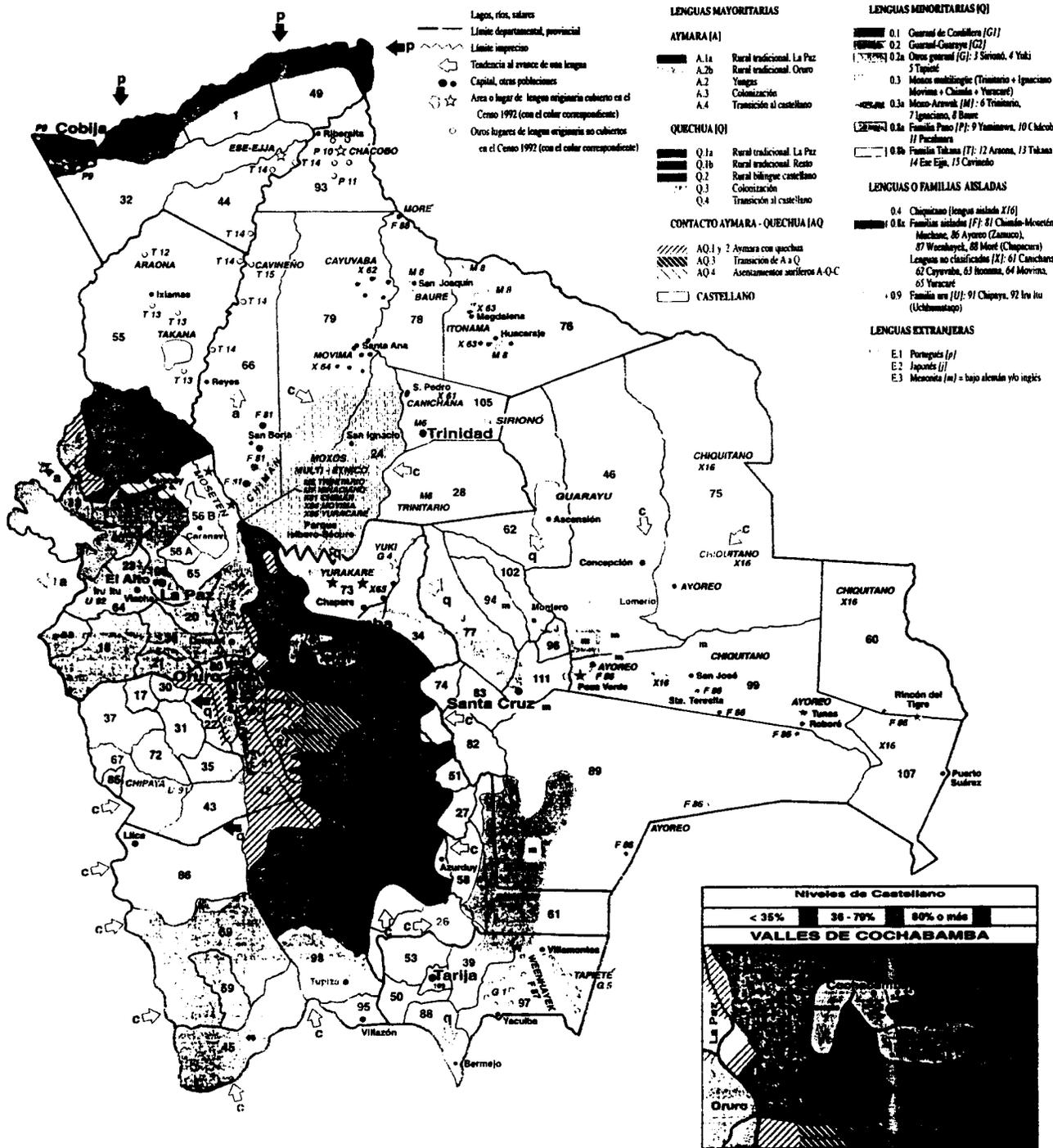
**Elaborado por:
María del Carmen O de Daroca
Ruth Vera Monje**

La Paz, Septiembre de 1996

INDICE

- 1. INTRODUCCION**
- 2. ASPECTOS METODOLOGICOS**
- 3. MARCO POBLACIONAL**
- 4. TERRITORIO E IDENTIDAD CULTURAL**
- 5. CONTEXTO SOCIOECONOMICO DE BOLIVIA**
- 6. CONDICIONES GENERALES DE SALUD EN BOLIVIA**
- 7. DIMENSION ETICA DE LA SALUD DE LOS GRUPOS INDIGENAS**
- 8. PERCEPCION EMICA DE LA SALUD**
- 9. LA MEDICINA TRADICIONAL Y SU EVOLUCION HISTORICA**
- 10. SISTEMAS DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS**
- 11. PROYECCIONES CULTURALES DE LA SALUD**
- 12. REFLEXIONES PARA LA ACCION Y RECOMENDACIONES**
- 13. BIBLIOGRAFIA**
- 14. ANEXOS**

LENGUAS EN BOLIVIA



Provincias enumeradas por orden de mayor a menor pobreza, según escala de UDAPSO

1 Abuná	POO	21 Guaberto Villarreal	LPZ	41 Challapala o Avareo	ORU	80 A Sandoval	SCZ	80 Tomás Barrón	ORU	100 Paratallón Delencé	ORU
2 Angur	CBA	22 Saucari	ORU	42 Sabatán Pagador	ORU	81 Luis Calvo	CHO	81 Rafael Bustillo	PTS	101 Quillacollo	CBA
3 Tapacari	CBA	23 Los Andes	LPZ	43 Ledisao Cabrera	ORU	82 Guaymas	SCZ	82 Vallegrande	SCZ	102 O. Sarinasaban	SCZ
4 Chercas	PTS	24 Mendi	BEN	44 Madre de Dios	POO	83 Nor Chichas	PTS	83 Florida	SCZ	103 Tomás Frías	PTS
5 Franz Tamayn	LPZ	25 Cornelio Saavedra	PTS	45 Sud Lipéz	PTS	84 Inga	LPZ	84 Antonio Quijara	LPZ	104 Ortopiza	CHO
6 Bolívar	CBA	26 Sud Cinti	CHO	46 Nuffo de Chávez	SCZ	85 Sud Yungas	LPZ	85 Mejillones	ORU	105 Cercado	BEN
7 Muñecas	LPZ	27 Torina	CHO	47 Campero	CBA	86 Beni	EN	86 Daniel Campos	ORU	106 Cercado	ORU
8 Chuytas	PTS	28 Marbán	BEN	48 José María Linares	PTS	87 Añashuay	ORU	87 Poopó	ORU	107 Germán Busch	SCZ
9 Alanco de Ibañez	PTS	29 Yamparáez	CHO	49 Gral. F. Román	POO	88 Eñabani Arco	CBA	88 Arca	CBA	108 Marilló	LPZ
10 Beatriza Saavedra	LPZ	30 Nor Carangas	ORU	50 Avilés	TJA	89 Nor Lipéz	PTS	89 Constancia	SCZ	109 Cercado	CBA
11 Azurduy	CHO	31 Carangas	ORU	51 Belisario Boto	CHO	90 Capatza	CBA	90 Nicolás Suárez	POO	110 Cercado	CBA
12 Gral Ribao	PTS	32 Manuripi	POO	52 Tiraque	CBA	71 Araca	CBA	91 G. Jordán	CBA	111 Andrés Ibañez	SCZ
13 Camacho	LPZ	33 Gral. José M. Pando	LPZ	53 Méndez	LPZ	72 Litoral	ORU	92 Purusa	CBA	No NIVELES	%
14 Zudáñez	CHO	34 Caracazo	CBA	54 Lencopas	LPZ	73 Chaparro	CBA	93 Yaca Diez	BEN		
15 Nor Cinti	CHO	35 Sud Carangas	ORU	55 Abel Iturralde	LPZ	74 M. Caballero	SCZ	94 Sarah	SCZ		
16 Mizque	CBA	36 Aroma	LPZ	56A Nor Yungas	LPZ	75 Velasco	SCZ	95 Mercedes Omas	PTS	110 a 111 BAJA	0.0 - 14%
17 San Pedro de Tolosa	ORU	37 Sajama	ORU	56B Caranavi	LPZ	76 Incaz	BEN	96 Warnes	SCZ	82 a 109 REGULAR	14.1 - 28%
18 Pajapes	LPZ	38 Inquisivi	LPZ	57 Menco Kapac	LPZ	77 Ichilo	SCZ	97 Gran Chichas	TJA	83 a 91 MEDIANA	28.1 - 42%
19 Ayopaya	CBA	39 O'Connor	TJA	58 Hernando Siles	CHO	78 Mamoré	BEN	98 Sud Chichas	PTS	13 a 62 ALTA	42.1 - 56%
20 Loaysa	LPZ	40 Omisuyos	LPZ	59 Enrique Baldivieso	LPZ	79 Yacuma	BEN	99 Chusillos	SCZ	1 a 12 EXTREMAS	56.1 - 70%

Elaboración: Xavier Albó, 1995
Dibujo: Sayuri Tejerina, Alfonso Rocha y Jesús Paz

Fuentes: Censo 1992 (INE) y Alvaro Díez Astete, Jürgen Riestler, Kathy Mihotek et al. 1995 *Mapa étnico, territorial y arqueológico de Bolivia*. Santa Cruz: CIMAR, Universidad Gabriel René Moreno.

SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

1. INTRODUCCIÓN

El Centro Latino Americano de Demografía ha estimado que aproximadamente 40 millones de indígenas forman parte de la población actual de latinoamérica, este número es similar al que habitaba el continente a la llegada de los españoles hace 500 años.

Estudios sobre la pobreza en América muestran que las poblaciones indígenas son grupos particularmente vulnerables, especialmente marginados de los servicios más elementales, con muy pocas posibilidades de insertarse en los modelos de desarrollo y con un constante dilema de incorporarse al mundo globalizado o quedar al margen del proceso y mantener su identidad.

Bolivia es el país de América del Sur con la mayor proporción de población indígena , 4.900.000 de los 7.100.000 habitantes son indígenas, es decir un 70% de su población.(1)

Frente a una población mayoritariamente indígena , mestiza y pluricultural como la boliviana, identificar grupos indígenas es una tarea por demás difícil, sin embargo bajo los criterios de Lengua, Territorio y Autoidentidad se han agrupado los grupos etnolingüísticos más importantes del país.

Más compleja aún es la tarea de analizar la situación de salud de los grupos indígenas; especialmente cuando no se es parte de ellos y se está inmerso, por cultura y formación, en una perspectiva que puede deformar la apreciación de esta realidad y llevarnos a concepciones eclécticas y dualidades entre la cosmovisión nativa de la vida y la concepción modernista de la salud, atrapadas ambas en ideologías eurocéntricas y funcionalistas.

Por una parte, como paradigma de la medicina occidental está la formación médica cartesiana y dualista, que divide el alma del cuerpo la psicología de la fisiología y encadena los fenómenos en función de leyes de causa- efecto; en el otro extremo, está la cosmovisión holística de la vida en las culturas originarias. Ambas posiciones extremas impiden la convergencia en una nueva reinterpretación cultural, dentro del dinamismo propio de las culturas que se encuentran en constante formación.

Teniendo en cuenta que el objetivo del presente documento es motivar la atención de las autoridades y los planificadores nacionales y locales de las políticas de salud, sobre las condiciones en las cuales transcurren los procesos de la salud y enfermedad de los grupos indígenas; así como de plantear alternativas de atención que respondan a diferentes necesidades y problemas de diferentes personas; la opción de profundizar en el análisis desde una perspectiva más filosófica, epistemológica y antropológica está limitada a otro momento de análisis.

Por otra parte, considerando que el país está en vías de realizar una nueva Reforma en Salud, el análisis y discusión del tema indígena es prioritario, tal y como se muestra en el presente documento y se entrega como tema de reflexión.

Siguiendo las directrices marcadas por la Organización Panamericana y Mundial de la Salud y desde la perspectiva de Salud para todos en el Año 2000 propuesta en Alma Ata, durante la última década se ha iniciado a nivel internacional un diálogo sobre la salud de los grupos indígenas que comenzó en Begin con el tratamiento de la medicina tradicional y continuó en Winnipeg donde se preparó una serie de recomendaciones para los gobiernos miembros.

Se ha instado a los países a poner especial atención en concertar acciones que marquen un cambio hacia la equidad y a dar solución a la actual situación de discriminación y olvido de los grupos indígenas que aun siguen luchando por su supervivencia y mantiene vivos sus antiguos conceptos sobre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad en relación directa e inviolable con la biodiversidad de su entorno.

Finalmente en la perspectiva del siglo XXI y cuando el consenso de la comunidad internacional ha decidido declarar el Decenio de los Pueblos Indígenas, ningún espacio debe ser desaprovechado para abordar el tema de la salud y la calidad de vida de las comunidades indígenas.

2. ASPECTOS METODOLOGICOS

La identificación de los grupos indígenas del país se hizo tomando como variables la lengua, el territorio y la autoidentidad.

Siguiendo la clasificación hecha por X. Albó, el país se divide en tres grandes grupos lingüísticos: Aymaras, Quechuas y Guaraníes, al interior de los cuales existen varios subgrupos con características culturales diferentes.

En relación al territorio, se tuvo que recurrir a la convencional división administrativa del país en departamentos, provincias, cantones y municipios, se tomó a la comunidad como unidad básica de organización.

Lengua y territorio sirvieron para contextualizar a los diferentes grupos etnolingüísticos del país.

La variable de autoidentidad sirvió para personalizar algunos grupos étnicos con características específicas en cuanto a su problemática de salud.

Para analizar la situación de salud al interior de los grupos se tomaron dos perspectivas: émica y ética. En ambos casos se recurrió a fuentes secundarias de información. La visión émica es solo una reinterpretación de su cosmovisión en salud recogida de algunos testimonios personales de informantes claves o a través de talleres de análisis de su realidad.

En la perspectiva ética se recurrió a aquello que nos es máspreciado para el análisis desde esta óptica: las estadísticas. Se tomaron algunos indicadores tales como, la mortalidad, la desnutrición infantil, la fecundidad, el acceso a los servicios básicos y de salud y la presencia de algunas enfermedades epidémicas y endémicas, como la malaria, chagas y tuberculosis.

Las principales fuentes de información de estos indicadores fueron los datos del censo de 1992, del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 94), así como estadísticas de la dirección de Epidemiología de la Secretaría Nacional de Salud para 1995.

Se hizo un análisis descriptivo desde ambas perspectivas, se confrontaron las diferencias y similitudes existentes y se hicieron algunas reflexiones para la acción que pretenden ser cuestionadoras de la situación y propositivas para tomar acciones en los diferentes niveles de decisión.

3. MARCO POBLACIONAL

(Extractado de X. Albó. "Bolivia Plurilingüe". UNICEF, CIPCA , La Paz 1995)

Tres son los grandes grupos lingüísticos que conforman el marco de la población indígena: aymara, quechua y guaraní, existen también otros grupos poblacionalmente minoritarios que han sido incluidos. Todos ellos tienen características de identidad, además de la lengua, que permite marcar diferencias culturales en sus estilos de vida.

La Bolivia Aymara tiene una población aproximada de 1.237.658 habitantes, constituye el 23,5% del total de la población. Dentro de este grupo se pueden identificar cinco categorías: 1) Aymara Rural Tradicional Andino, 2) Rural Yungas Tradicional, 3) Grupos de colonización mas allá de los Yungas, 4) Rural de transición al Castellano y 5) Ciudades Aymaras.

El primer grupo "Aymara Tradicional Andino", cubre un total de 592.691 personas, es el más homogéneo en cuanto a permanencia lingüística, el 94% habla aymara pero solo el 27% son monolingües aymara, tienen un grado de escolaridad relativamente alto y una buena conexión con las ciudades), son los más representativo como grupo de la identidad aymara. Abarca 24 provincias altiplánicas de La Paz, Oruro y Potosí (ver cuadro 1). Toda el área esta ocupada por ayllus o comunidades originarias.

El grupo "Yungas Tradicional", desde épocas precolombinas, como parte de la estrategia andina de acceso simultaneo a pisos ecológicos complementarios fue tradicionalmente ocupada por los aymaras . Posteriormente en la colonia fue lugar de haciendas cocaleras, es un área muy expuesta a la economía de mercado y de mestizaje más antiguo.

El área de "Colonización Aymara" está más abajo de los Yungas y se abre a las zonas tropicales poco habitadas que han sido objeto de asentamientos dirigidos o espontáneos, cubre toda la provincia de Caranavi, las zonas más bajas de Sur Yungas y Larecaja en La Paz además de, la provincia Ballivian en el Beni.

La zona "Aymara de transición al Castellano", se ubica en la frontera con Chile y va desde el norte del salar de Coipasa hasta el sur del salar de Uyuni. abarca las provincias de Mejillones en Oruro, Daniel Campos y Nor Lipez en Potosí.

Las principales ciudades aymaras están situadas en el corazón del área tradicional y son La Paz y el Alto que junto con Viacha forman el área metropolitana del país.

La Bolivia Quechua con una población de 1.805.843 habitantes constituye el 34 % de la población boliviana. Se distinguen en ella cinco categorías: 1) Quechua Rural Tradicional 2) Rural Bilingüe 3) Colonización 4) Rural de Transición al Castellano y 5) Ciudades Quechuas.

El quechua rural tradicional, es el conjunto más numeroso de todo el país (813.050 habitantes), 97% habla quechua y 50% son monolingües para el quechua, tienen como característica general un pobre conocimiento del castellano. Cubre total o parcialmente los sectores rurales de 35 provincias ubicadas principalmente en 4 departamentos: Chuquisaca (6 provincias), La Paz (6 provincias) Cochabamba (12 provincias), Potosí (8 provincias), situadas en su mayoría en los valles interandinos y parte del altiplano hacia el sur del país. (Ver cuadro 2)

Dentro de este grupo socio-lingüísticamente existen tres grupos : Quechua de Apolo, de Chuquisaca y Potosí y Cochabamba.

El Quechua de Apolo se sitúa al norte de La Paz y se caracteriza por ser un enclave quechua en el mundo aymara, con persistencia de la presencia aymara en las tierras altas y la presencia quechua en los valles y tierras bajas. Su origen está en los asentamientos precoloniales, entre puna y valle. En algunos casos se trata de colonos estables (mitmakunas) y otros temporales desde los ayllus.

En los valles al norte del río Cazani prevalecen los mitma del Señorío Qulla con persistencia del Pukina sustituido por el quechua, en la actualidad corresponde a la parte quechua de la provincia Muñecas y Saavedra, donde los Kallawayas manejan una lengua ritual relacionada al Pukina.

Uno de los misterios de la región es la existencia de los Kallawayas en algunos pueblos ayllus de la provincia Saavedra. Estos médicos itinerantes tienen su idioma propio "MACHAY JUYAY", conocido también como Idioma Secreto de los Incas. Los pueblos con mayor tradición Kallawaya son: Chajaya, Kankaya, Inca Roca, Wata Wata, Chari y Curva. Sobre ellos volveremos a hablar al hacer referencia a la medicina tradicional, sin embargo y a pesar que en el censo de 1992 solo se registran en esta zona 8 médicos tradicionales o herbolarios, algunos antropólogos y etnohistoriadores han documentado hasta 144 herbolarios.

El norte de la actual provincia Franz Tamayo, en sus tierras bajas fue el habitat de los indios "CHUNCHOS", algunos de sus grupos étnicos más conocidos desde la colonia son los "Lecos", "Uchupiamonas" y "Moxos de montaña". Esta fue también un área de penetración en tiempo del Inka y en la actualidad en la región se habla el quechua con una variedad más cercana a la del Cuzco.

La zona **Quechua de Chuquisaca y Potosí** es más homogénea, con altos niveles de quechua. En Chuquisaca la mayoría son monolingües y sólo aquellos lugares con mayor vías de acceso ubicados en los caminos troncales tiene un mayor conocimiento del castellano. En Potosí si bien el conocimiento del quechua es tan alto como en Chuquisaca no existe tanta homogeneidad en cuanto al bilingüismo y se consideran tres zonas:

- a) Norte de Potosí: con niveles de monolingüismo quechua similares a los de Chuquisaca.
- b) La parte central del departamento con niveles intermedios de acceso al castellano y
- c) La periferia más bilingüe de Quijarro y Nor Chichas.

En la zona Quechua de Cochabamba se observa que si bien en todo el departamento la lealtad al quechua es alta, existen diferencias entre los valles centrales y la periferia. En el conjunto de la parte andina y quechua de Cochabamba se distinguen de acuerdo a la menor o mayor presencia del castellano las siguientes áreas:

- a) Periferia suboccidental: hacia La Paz, Oruro y el Norte de Potosí con un bajo nivel de castellano.**
- b) Periferia oriental: hacia el Chapare, Santa Cruz, Chuquisaca y parte del Norte de Potosí donde más de la mitad de la población habla castellano.**
- c) Valles centrales y zona intermedia con mayor nivel de bilingüismo.**

En la zona quechua bilingüe se distinguen a su vez subgrupos de acuerdo a los factores que condicionan su bilingüismo:

- a) La franja quechua de Oruro (área minera, comercial y ferroviaria)**
- b) El sur de Potosí (influencia Argentina y Chilena)**
- c) Partes de los valles centrales de Cochabamba (procesos de urbanización con fuerte mestizaje cultural).**

En las áreas de colonización quechua, que son zonas de expansión agrícola de gran heterogeneidad, se distinguen dos áreas principales:

- a) Chapare-Chimoré (área de producción de coca)**
- b) Norte de Santa Cruz (insertados en una cultura camba castellana)**

La zona rural de transición al castellano va de norte a sur desde:

- a) Santa Cruz en las provincias Caballero y Campero de Cochabamba.**
- b) Al sur oeste de Chuquisaca (provincias Boeto, Tomina y Azurduy)**
- c) Con Tarija al sur de Chuquisaca (provincias nor y sur Cinñi)**
- d) Con Argentina, al sur de Potosí (provincias sur Chicas y Modesto Omiste)**

Las ciudades quechuas en su mayoría se encuentran en el área tradicional quechua y comprenden ciudades secundarias y ciudades mayores como Sucre, Cochabamba y Potosí.

Antes de abandonar el área quechua- aymara es importante hacer referencia a algunos grupos minoritarios descendientes de los URUS, llamados asimismo como sobrevivientes de la era Chullpa, anterior a la llegada del sol.

Son tres los grupos que en la actual Bolivia se reconocen con la identidad de URUS y uno más en el Perú.

- a) Chipaya (provincia Atahullpa, Oruro) es el único que mantiene y usa su lengua ancestral. su ubicación actual al parecer es parte de una reducción colonial.
- b) Muratos: Viven en diversas ubicaciones en torno al lago Poopó (Provincias Poopó, Challapata y sur Carangas del departamento de Oruro), son pescadores y aunque reconocen su ancestro urus, mantienen sobre todo algunos términos relacionados con su actividad recolectora.
- c) Iru Utu: Es una pequeña comunidad a orillas del río Desaguadero en la jurisdicción de Jesús de Machaca, hablan aymara pero algunos conocen su lengua originaria.
- d) Urus de la Bahía de Puno se encuentran en el Perú.

De estos cuatro grupos el más significativo es el CHIPAYA que ocupa los cantones de Chipaya y Ayparavi de la provincia Atahullpa. Tienen rasgos muy propios en la indumentaria, la vivienda, la relación con el río y el lago; sin embargo lo mas propio es su lengua que no llaman ni uru ni chipaya sino "Puquina". Según el censo de 1992 son 1087 personas de las cuales el 96% habla puquina aunque existe mas de un 80% que conoce el castellano y cerca de un 50% que habla también aymara.

La Bolivia Guaraní es la más compleja por la diversidad de situaciones en las que se encuentra desde el punto de vista lingüístico, social y geográfico. Según datos del censo de 1992 existen por lo menos 49.618 hablantes de la lengua guaraní. (Ver cuadro 3)

En el Primer Censo Indígena del Oriente, Chaco y Amazonia, realizado entre 1994-95, se encontró que la población indígena en las tierras bajas de 160.546 personas. Ajustando estos datos con los del censo del 92 en localidades mayores de 2.000 habitantes se estima una población global de 198.746 habitantes, de los cuales 85.988 corresponden al Oriente, 40.697 al Chaco y 72.061 a la Amazonia.

Dentro de este universo han sido censados 27 grupos y subgrupos étnicos y otros 6 de menos de 100 personas. Se han identificado 1.603 asentamientos grupales y unas 567 viviendas aisladas. (Ver cuadro No 4)

4. TERRITORIALIDAD E IDENTIDAD CULTURAL

La identidad cultural es un concepto que transcurre en un tiempo histórico, en un tiempo particular, el del mito e implica fundamentalmente la concepción que el grupo tiene del tiempo y el espacio.(3)

La territorialidad no es solo la tierra el entorno o el ecosistema es la materia viva de una identidad histórica y cultural que revive su procedencia readecuándose en el tiempo.

Los actuales pueblos originarios de América ávidos de reencontrar su identidad y en la necesidad de afirmar antiguas solidaridades, ocultas en los implacables procesos de dominación y conquista, no cesan de inventar nuevos mitos enriqueciendo constantemente la dinámica cultural, a pesar de los sistemáticos procesos de desestructuración a los que se encuentran sometidos.

Las raíces de la identidad aymara se remontan a la era preincaica a un tiempo que la historia ha venido a denominar como intermedio entre los dos grandes imperios de los Andes, el Tiawuanacata y el Incaico. Es en este tiempo donde los señoríos aymaras tuvieron su apogeo.

Los Canchis, Canas, Collas, Pacajes, Lupacas, Charcas, Carangas, Quillacas, Chuis, Soras Uma, Caracaras, Chichas son los principales señoríos aymaras. Todos ellos ordenados en dos mitades con una dicotomía simétrica y equilibrada: los de arriba "urcusuyu , las tierras altas o lo masculino y los de abajo "Umasuyu", las tierras bajas o lo femenino.(3)

El paso del sistema aymara al incaico significa una nueva lógica de orden espacial en torno a un doble eje horizontal y vertical que lo estructura según el principio de un doble desdoblamiento que se puede apreciar de dos maneras: dos veces dos mitades en torno a dos ejes o cuatro cuartos que se juntan en la punta.

En menos de un siglo este orden cambió dos veces y el territorio ocupado por estas culturas, que con los Incas era el "Collasuyo" (Región de las medicinas) luego de la conquista española fue denominado Charcas.

Estos procesos interpuestos en tiempos relativamente cortos y en espacios multiétnicos han estructurado en la actualidad una identidad andina muy fuerte con rasgos de las diferentes culturas donde el mestizaje es la base cultural y donde la persistencia de la lengua sea esta aymara, puquina o quechua constituye uno de los principales aspectos para estructurar su nueva identidad de grupo.

En las tierras bajas la situación es más compleja y si bien el grupo guaraní es el más numeroso existen al interior del territorio diferentes grupos étnicos que forman un verdadero mosaico puricultural.

Los guaraníes provenientes del Paraguay por distintos flujos migracionales dieron origen a un nuevo guaraní conocido como Chiriguano quien sobre un substrato guaraní ha asimilado elementos importantes de los Chané. Los nuevos guaraní-chiriguanos manifiestan una serie de procesos en la forma como las comunidades se hacen se deshacen y se rehacen y que muestran que el concepto mismo de comunidad entre ellos es algo dinámico no ligado a un lugar geográfico, es un concepto móvil, que parece algo difuso si se lo compara con otras áreas rurales del país. Algunos de los factores que parecen tener influencia sobre esto son: el mantenimiento del equilibrio ecológico, las catástrofes naturales, la presión de los patrones y otros grupos de poder, tensión en la comunidad, la presencia local de instituciones, las relaciones laborales.

La actual República de Bolivia se estructura sobre una base unitaria y en su división política incluye nueve departamentos que a su vez se dividen en provincias y cantones. Esta nueva forma de estructurar el espacio ha determinado que las estructuras originarias de señoríos y ayllus del área andina, y de nacionalidades, capitánías, en las tierras bajas queden divididas o fragmentadas por límites que para los pueblos indígenas hasta la fecha resultan arbitrarios y difíciles de asimilar.

Por otra parte, la nueva ley de Participación Popular que ha establecido al municipio como la unidad territorial administrativa básica, condiciona una nueva forma de organización territorial con mecanismos propios de acción.

Existen en el país 311 municipios que corresponden a las secciones de provincia, de estos algunos se caracterizan por su mayor proporción de población indígena (ver cuadro 5), y han sido declarados municipios indígenas. Esta ley, por primera vez otorga personería jurídica a las organizaciones indígenas y reconoce a las autoridades originarias.

Sin embargo esta pérdida constante de la territorialidad de los pueblos originarios lleva también a la pérdida de la memoria colectiva expresada simbólicamente en el mito. Cuando ambas cosas se pierden ya no se reconoce la identidad social, por esta razón la demanda de territorios étnicos es estratégica e implica demandar su derecho a tener una identidad.

Dentro de este nuevo contexto y en la dinámica de cambio constante a los que están sometidos los pueblos indígenas emerge con fuerza cohesiva en el área rural el concepto de comunidad y se constituye en el núcleo primario de la organización campesina e indígena, llámese este tenta, ayllu, brecha o colonia.

5. CONTEXTO SOCIOECONOMICO DE BOLIVIA

La actual sociedad Boliviana compuesta por un abanico multiétnico se debate entre la postergación y el modernismo, entre la república y las nacionalidades, entre el bienestar y la pobreza.

Algunas de las variables del desarrollo humano ubican a Bolivia en los últimos sitios, sin embargo el país ha avanzado en algunos aspectos en relación a la salud y la educación; por ejemplo hay un mayor acceso a los servicios de salud, al agua potable y saneamiento básico.

Datos del Censo de 1992 muestran que un alto porcentaje de la población vive en condiciones de pobreza, con insatisfacción de sus necesidades básicas. La proporción de hogares pobres (incidencia o extensión de la pobreza), es de 69.8% (923.530 hogares), en términos de población, equivale al 70.5% de los bolivianos (4.074.141 personas).(5)

Más de la tercera parte de los hogares se encuentra en extrema pobreza. El 31.7% de las familias viven en condiciones de indigencia y el 5.1% en condiciones de marginalidad.

Las condiciones de vida de la población en su generalidad son malas, una buena parte presentan carencias o inadecuaciones en saneamiento básico, espacios de vivienda, educación, salud, insumos energéticos. El 73.9% de los hogares no disponen en forma adecuada a los servicios de agua, sanitarios y/o de eliminación de excretas, 69.2% viven en condiciones de hacinamiento, 65.7% muestran algún rezago educativo en asistencia escolar, años reprobados y/o analfabetismo. El 53.4% de las familias no atienden su salud en forma apropiada, 52.6% de las viviendas no cuentan con energía eléctrica. (8)

En el área rural la pobreza afecta al 94 % de los hogares, la mayor parte de estos se encuentran en condiciones de extrema pobreza, el 56.9% son indigentes (1.416.782 personas) y 11.1% tienen una condición de marginalidad (265.118 personas). El 93.7% de las viviendas no cuentan con adecuados servicios de agua, sanitarios y/o de eliminación de excretas, 93,5% no tienen energía eléctrica, 84.7% presentan algún rezago educativo y en el 83.7 % la calidad de la vivienda es mala.(8)

Dentro de los indigentes del área rural, el 48% son bilingües y el 26% monolingües de un idioma nativo, en el caso de los pobres en condición de marginalidad más de la mitad habla solo un idioma nativo. En este mismo grupo el 53.3% de los mayores de seis años no tiene ningún nivel de instrucción y solo el 41% llegó a algún nivel del ciclo básico. La rama más importante de actividad en estos dos grupos es la agricultura.

Debido a que la mayoría de los pobladores de las áreas rurales son indígenas, las diferencias en las condiciones de vida entre las áreas rurales y urbanas, muestran de alguna manera la discriminación a la que se encuentran sometidas las poblaciones originarias.

6. CONDICIONES GENERALES DE SALUD EN BOLIVIA

La situación de salud de los bolivianos comparada con la de los países vecinos u otros de la América es de alta precariedad, algunos indicadores como la esperanza de vida, la mortalidad general, infantil y materna y las tasas de fecundidad tienen niveles muy por encima de la media latinoamericana.

Esta situación de ninguna manera es homogénea, pues existen grupos poblacionales al interior de los cuales estos indicadores tienen promedios muy similares a los de cualquier país del llamado primer mundo. En otros grupos poblacionales mayoritarios las condiciones de salud están muy por debajo del promedio nacional y muestran las grandes diferencias existentes en el país.

Muchos son los factores que condicionan la formas de vivir, enfermar y morir dentro de la sociedad boliviana, pero los que tienen un mayor peso son los económicos y culturales.

La condiciones de pobreza en las que vive la población son una de las grandes limitantes para alcanzar un buen estado de salud. El perfil epidemiológico de la población en general, muestra como principales causas de enfermedad y muerte a las enfermedades infecciosas y/o transmisibles endémicas o epidémicas; las que a su vez están condicionadas a las pobres condiciones de saneamiento básico, la falta de servicios de agua, disposición de excretas y desechos, la precariedad de las viviendas, la contaminación ambiental, las deficiencias alimentarias, las deficiencias de los sistemas de salud y educación.

Son marcadas las diferencias de acuerdo al lugar de residencia, entre las áreas urbanas y rurales, entre las diferentes ecoregiones (altiplano valle y llano) y al interior de los nueve departamentos (ver cuadro No 6).

CUADRO No 6

PRINCIPALES INDICADORES SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR RESIDENCIA	Esperanza de vida	Tasa de Mortalidad General por mil	Tasa de mortalidad Infantil por mil	Tasa de mortalidad <5 años por mil	tasa de mortalid Materna por cien mil
Bolivia	60	17	87	132	339
Urbano	65*	16	69	104	262
Rural	53*	21	106	162	563
Altiplano	57	20	96	142	591
Valles	59	16	101	158	286
Llanos	62	12	53	84	166
La Paz	60	17	82	128	602
Oruro	58	18	104	142	602
Potosí	56	25	131	131	602
Chuquisaca	58	19	105	158	293
Cochabamba	58	17	107	170	293
Tarija	62	12	71	108	293
Santa Cruz	65	16	50	80	110
Beni	62	13	69	102	110
Pando	62	9	69	102	110

Fuente: Elaboración propia con datos de ENDSA 94 y del censo de 1992

Algunas variables socioeconómico como el PIB per/capita, el tipo de ocupación, el acceso a los servicios básicos y de salud, el nivel de instrucción, el idioma son los principales factores intervinientes y los que hacen la diferencia entre un contexto y otro.

Es evidente la brecha existente entre las áreas urbanas y rurales en desmedro de estas últimas, del altiplano y el valle respecto al llano y entre los distintos departamentos. Un ejemplo de los extremos son los casos de los departamentos de Santa Cruz y Potosí. Santa Cruz que tienen los mejores indicadores de salud, el mayor PIB per capita, el gasto en salud per capita mas alto, en cambio Potosí presenta los peores indicadores de salud, el PIB per capita no alcanza ni a la mitad del promedio nacional y tiene el gasto en salud mas bajo.

Al establecer relaciones entre las distintas variables socioeconómicas y las condiciones de salud vemos como se cierra un círculo de pobreza- ruralidad- subdesarrollo-inaccesibilidad física y cultural a bienes y servicios- incremento de la morbimortalidad. Dentro de este círculo vicioso pareciera estar atrapada una gran proporción de la población indígena del continente en general y de Bolivia en particular.

Al interior de una misma población las mujeres y los niños por ser los más vulnerables biológicamente a las condiciones socioambientales son los que frente a situaciones adversas tienen los más altos niveles de morbimortalidad.

Las diferencias en relación a la cobertura y el acceso diferenciado que tiene la población a los servicios de salud, de acuerdo al contexto en el que vive son significativas. (ver cuadro No 7)

CUADRO No 7

COBERTURAS DE ATENCION Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGUN RESIDENCIA

Lugar de residencia	Medic. por 1000 /hab	Camas por 1000/h	Cobert. vacuna (PAI%)*	Cobert. Atención prenatal por %**	Cobert Parto Inst. por %	Uso de anti concep por %	Poblac acceso a Serv salud por %
Bolivia	5.1	1.7	36.6	49.5	42.3	43.6	44.6
Urbano			44.4	67.3	61.7	55.0	
Rural			28.4	29.9	20.9	31.3	
Altiplano	4.3	1.2	34.4	39.3	29.3	43.6	46.5
Valle	5.8	2.0	32.0	50.9	46.7	42.2	52.5
LLano	4.5	1.5	45.1	66.6	61.2	52.0	51.4
La Paz	5.9	1.4	29.2	41.6	29.5	46.5	35.7
Oruro	5.7	2.2	26.1	36.4	34.2	39.1	42.4
Potosí	1.3	1.3	56.0	33.7	26.0	36.3	61.3
Chuquisaca	6.5	2.7	36.0	42.3	30.7	35.5	49.5
Cochabamba	4.3	1.6	26.3	53.2	51.0	41.2	46.7
Tarija	6.5	1.7	51.2	53.4	51.7	54.9	61.3
Santa Cruz	4.7	1.7	47.9	71.4	66.1	54.0	64.5
Beni	4.8	1.7	25.8	42.3	36.6	67.9	54.5
Pando	3.9	1.2	25.8	42.3	36.6	67.9	35.2

Fuente: Elaboración propia con datos OPS/OMS en base a SNIS, ENDSA 94

* Esquema completo de vacunación

** Atención prenatal por médico

7. DIMENSION ETICA DE LA SALUD DE LOS GRUPOS INDÍGENAS

Siguiendo la propuesta de la reunión de Winnipeg para definir el concepto de salud, diremos que ésta expresa relaciones dinámicas entre componentes inseparables, en lo individual (físico, mental, espiritual y emocional) y lo colectivo (político, económico, cultural y social) y entre lo natural y lo social.

Para interpretar las condiciones de salud desde esta perspectiva es necesario contar con información relacionada a cada uno de estos componentes, sin embargo de la manera como se recoge y se estructura la información en el país, se hace difícil establecer relaciones que permitan conocer, de una manera más integral, la verdadera situación de salud de las poblaciones indígenas.

En general los diferentes grupos indígenas, tanto en lo individual como en lo colectivo están sujetos a constantes agresiones y deprivaciones físicas causadas por los desequilibrios en su entorno ambiental y social, expresados a través de diferentes cuadros patológicos que conforman su perfil epidemiológico, su estructura poblacional, su esperanza de vida, fecundidad, mortalidad y sus flujos migracionales.

En cuanto a su salud mental (espiritual y emocional), el constante avasallamiento de su cultura, la desestructuración de su sistema cultural, la desvalorización de sus mitos, la obligación de insertarse en contextos ajenos a su cosmovisión y las exigencias de un mundo individualista y desarrollista, crea condiciones de stress y violencia que ponen en riesgo su estabilidad emocional y los conducen a situaciones de escape como el alcoholismo, el coceo (acullicu), el suicidio entre otros. Lamentablemente no contamos con estadísticas que permitan establecer comparaciones con lo que sucede entre los indígenas y los no indígenas.

En el económico, se ha visto que la pobreza es una condición generalizada, pero no solo como un concepto estático, medido a través de la insatisfacción de necesidades básicas sino como una dinámica permanente que dificulta su inserción en los distintos procesos económicos, empleo, salario, crédito etc.

En lo político la participación de los grupos indígenas en las decisiones nacionales ha sido nula, con una pérdida casi total de poder para decidir incluso sobre los aspectos más cotidianos de su vida, tales como su territorio, su autosuficiencia, la autodeterminación de sus propios sistemas de atención a la salud.

A pesar que este problema es generalizado, es posible establecer diferencias de magnitud entre los diferentes grupos étnicos, esto simplemente con el afán de priorizar a aquellos grupos con mayor riesgo de sobrevivencia.

Tomando el marco poblacional propuesto, vemos que entre la población rural aymara, el área más deprimida es la aymara tradicional, en ella existen provincias y municipios donde los niveles de pobreza y la falta de servicios básicos alcanzan a más del 90% de los habitantes, éstas son también las provincias con mayor porcentaje de población indígena monolingüe y analfabeta.

Las provincias Franz Tamayo, Camacho y Muñecas del norte paceño son las que tienen un mayor porcentaje de población indígena mono o bilingüe quechua-aymara, son también las que presentan los mayores porcentajes de población analfabeta y se encuentran entre las provincias más pobres de Bolivia. (Ver Cuadro 8)

En toda el área aymara del departamento de la Paz la mortalidad infantil está por debajo de la media del área rural (106 x mil) en cambio en todas las provincias del departamento de Oruro y Potosí que integran esta área la mortalidad infantil está entre 120 y 135 x mil.

La desnutrición infantil severa y moderada en niños menores de cinco años es más alta que el promedio nacional en las provincias de Inquisivi, Tamayo y Omasuyos del departamento de la Paz. Las tasas más altas de fecundidad se registran en Tamayo y Villaruel, con más de 7 hijos por mujer.

El acceso a los servicios de salud se ha clasificado según el tipo de servicios en: servicios de medicina occidental que incluyen los de la Secretaría de Salud, la Seguridad Social y las ONGs, automedicación en las farmacias, medicina tradicional y los que no acceden.

En toda el área aymara con excepción de las provincias que incluyen las ciudades capitales de departamento (Murillo en La Paz y Cercado en Oruro), más del 10% de la población acude a la medicina tradicional, en Tamayo, Camacho, Muñecas y Aroma de La Paz y San Pedro de Totora, Litoral y Norcarangas de Oruro este porcentaje es mayor al 30%. El acceso a los servicios de la medicina Occidental van del 11 al 65%, las que menos acceden a este servicio son las provincias del norte Paceño. Los mayores porcentajes de personas que no acceden a ningún tipo de servicios (más del 30%), se encuentran en Los Andes, Pacajes y Pando de La Paz. En cambio los que más recurren a la automedicación son los de Tamayo, Nor Yungas y Larecaja. (Ver cuadro 8 A).

En general se puede decir que las poblaciones aymaras tienen una condición de salud similar a la del área rural en general y a las del altiplano en particular, donde la mayoría de la población se encuentra asentada. La opción de atención en los servicios de medicina occidental, al parecer tienen una buena aceptación, sin embargo también el porcentaje de personas que utilizan la medicina tradicional es alto.

Las poblaciones que ostentan los peores indicadores de salud y vida son aquellas con menores posibilidades de comunicación es decir las que son monolingües a un idioma nativo. Este aspecto limita su acceso no solo a los servicios de salud si no sobre todo a la educación.

La población quechua es sin duda la que tiene los peores niveles de salud de Bolivia, nueve de las diez provincias más pobres se encuentran en ella, siendo el Norte de Potosí, la periferia occidental y sur de Cochabamba y algunas provincias de Chuquisaca las más deprimidas. De las 36 provincias que constituyen el marco poblacional de este grupo indígena, 23 provincias tienen más del 20 % de población monolingüe para el quechua, llegando en Charcas de Chuquisaca este porcentaje al 89 % y en Arque de Cochabamba al 60%,. En 20 provincias el nivel de analfabetismo supera el 40% y en 12 de ellas más del 90% de la población tiene alguna carencia de servicios básicos.(Ver cuadro 9).

La Mortalidad infantil supera la media rural en Iturrealde, de La Paz, Zudañez y Azurduy de Chuquisaca, Charcas e Ibañez en Potosí y Ayopaya, Bolívar y Arque de Cochabamba. La desnutrición infantil duplica en algunos lugares la media nacional con más del 24 %.(Ver cuadro 9A)

En relación al acceso a los servicios de salud vemos un fenómeno similar al del área aymara, es decir que existe un buen acceso a los servicios de medicina occidental. En algunas provincias como Oropeza y T. Frias el 70% de la población opta por estos servicios, en tanto que en otras como Tapacará solo el 11% lo hace.

La preferencia por la medicina tradicional es muy alta especialmente en las provincias del norte de Potosí, 85% en Charcas, 70% en A. Ibañez, 69% en Bilbao y 52% en Chayanta; algo similar sucede en la periferia sur de Cochabamba en las provincias Bolívar y Arque donde más del 55 % de la población opta por la medicina tradicional. En estas dos provincias se encuentra también el mayor porcentaje de personas que no acceden a ningún tipo de servicios (14 y 20 %). (Ver cuadro 9 A)

En relación a la salud de los grupos étnicos de las tierras bajas, la situación de salud y pobreza de las provincias donde estos se asientan (Ver cuadros 10 y 10 A) es similar al área rural en general y en alguna de ellas es mucho mejor. Las provincias más deprimidas de esta área corresponden Luis Calvo, H. Siles en Chuquisaca y O Connor en Tarija, que forman parte de la región del Chaco Boliviano territorio de las etnias Guaraní Chiriguanas.

Estos datos no son representativos de la situación de los indígenas de estas zonas, puesto que ellos son poblaciones minoritarias. De acuerdo a los datos del censo indígena del Oriente Chaco y Amazonia, entre estas etnias la tasa de fecundidad es la más alta de Bolivia el promedio de la zona es 8.5, dos puntos por encima de la media rural. La mortalidad infantil de la zona de los llanos tiene un promedio de 53 x mil, en tanto que entre las etnias llega al 100 x mil, duplicando la cifra para las poblaciones que viven en el mismo contexto. Algo similar sucede con la mortalidad Materna que para los llanos es de 218 x cien mil, en tanto que para los

indígenas de tierras bajas está en 395 x cien mil. El nivel de analfabetismo en los grupos étnicos es menor al promedio del área rural, sin embargo se observa una importante variabilidad por etnia, llegando en algunos casos las tasas de analfabetismo a un promedio del 70%.

El porcentaje de asentamientos que dispone de servicios de salud tanto de medicina tradicional como institucional es bajo (28% en el Oriente, 32% en el Chaco y 22% en la Amazonia. Las enfermedades de mayor prevalencia según declaración de los propios indígenas son la diarrea (mayor en Oriente y Amazonia), el paludismo en la región del Chaco, las enfermedades respiratorias en las tres áreas.

En relación a las enfermedades endémicas y epidémicas, las étnias asentadas en la las regiones de la Amazonia, el Oriente y el Chaco están expuestas constantemente a enfermedades tales como: la malaria que es considerada hiper endémica en todo el departamento de Pando, norte de Beni (provincia Vaca Diez) y en Oconor en Tarija y de alta endemia en Santa Cruz (Chiquitania), en el Chaco de Tarija y Chuquisaca y en el norte de La Paz. (ver mapa 1)

Otra enfermedad endémica que afecta en gran magnitud a las poblaciones indígenas especialmente del área quechua y de las etnias de las tierras bajas es la enfermedad del Chagas que tiene altas prevalencias en los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y Tarija y gran parte de Santa Cruz. (ver mapa 2)

La leishmaniasis, fiebre amarilla y fiebre hemorrágica son otras enfermedades endémicas selváticas que afectan a las etnias de las tierras bajas, todas estas enfermedades están relacionadas con las condiciones ambientales insalubres que son el común denominador de los hábitats donde se asientan las poblaciones indígenas.

La tuberculosis, íntimamente relacionada a la pobreza, es tal vez la más importante de las enfermedades transmisibles en Bolivia, sus tasas son las más altas de toda la región, los departamentos más críticos son la Paz, Santa Cruz y Cochabamba, y afecta con mayor rigor a las personas que migran a nuevas áreas de colonización como son los Yungas y el Norte Cruceño donde las incidencias son de 5 a 8 veces superiores a las nacionales.

La vulnerabilidad de los grupos indígenas ha sido puesta en manifiesto durante la epidemia del cólera, donde los grupos de maticos y guaraníes han sido los más afectados con una elevada letalidad. Las enfermedades gastro intestinales y en especial las diarreas agudas que son la primera causa de muerte en la infancia y son los niños de las áreas rurales los que tienen un mayor número de episodios por año y los que reciben menor atención durante estos. También las enfermedades inmuno prevenibles en especial el tétanos neonatal y el sarampión

afectan con mayor rigor a los niños indígenas que tienen bajas coberturas de inmunización en relación a los de las áreas urbanas.

En el caso de la mujer a todos los problemas mencionados se agregan los derivados de su función reproductiva, los embarazos a muy temprana edad, la multiparidad, los cortos espacios intergestacionales, la condición de embarazada y lactante durante el mayor tiempo de su vida reproductiva, las deficiencias en la atención del parto su poco acceso a la planificación familiar significan un incremento del riesgo de mortalidad materna muy grande.

La situación de dependencia y sometimiento al hombre es mayor para la mujer indígena, por razones culturales, sin embargo esta condición la lleva a enfrentar una mayor violencia física y sexual, malos tratos, abuso sexual que añadidos a su mayor riesgo reproductivo la sitúan como un grupo de alta vulnerabilidad biológica y social.

8. LA PERCEPCION EMICA DE LA SALUD

Somos un pueblo que expresa su forma de ver el mundo sin reducirlo o fraccionarlo, tenemos cosas difíciles de interpretar en términos occidentales, el hombre la naturaleza y la cultura no se contraponen, el hombre es parte de un todo y recrea constantemente su entorno con ritmo propio a pesar de las desventajas y la desestructuración de sus bases originarias.(25)

Los mitos, los símbolos y los ritos son la esencia cultural de las sociedades originarias, intervienen en todos los actos cotidianos de su vida, la caza, la siembra, la recolección, la cosecha, el matrimonio, los nacimientos y la muerte.

Entre los grandes mitos de todos los pueblos originarios está el de la concepción de la vida y su relación con la muerte. En las culturas Andinas y Chaco Amazónicas, la vida y la muerte pasan por el sacrificio, mediante el cual, mirando la muerte se pretende descubrir lo que es la vida, ambas son sagradas, la vida como un acto de creación repetido y la muerte como regeneración y retorno.

La vida esta a su vez sujeta al dilema de fuerzas interpretadas como espíritus. Estas fuerzas intervienen en la dicha o la desdicha, en la salud o la enfermedad en lo positivo o en lo negativo. El bienestar tiene que ver con la pureza, la magia ayuda a mantener alejando a los malos espíritus. Los ritos de purificación e iniciación son parte de esto. Los muertos permanecen con los vivos, la vida y la muerte son parte de ciclos vitales definidos con antelación.

La calidad de vida depende del equilibrio y comunicación con la naturaleza, las penurias y enfermedades devienen cuando no se han leído bien las señales, cuando no se ha pedido el permiso de los espíritus de los árboles, animales, ríos, montes, cuando no se han hecho sacrificios.

La manera de pensar la salud y la enfermedad son genuinamente culturales y en la cosmovisión holística del Andino y del Chaco Amazónico, estas son parte de un proceso cotidiano de la totalidad de la vida, con una comprensión de los procesos vitales inseparable de su propia esencia.

Dentro de esta cosmovisión, el ser humano integra el medio ambiente, el hombre y la naturaleza son inseparables. La experiencia de la enfermedad y la muerte tienen características sobrenaturales. Alrededor del concepto AYAYU o "Alma", giran el concepto Salud, Enfermedad. Lo místico y lo físico no son dimensiones aisladas, si no que viven en constante comunicación. Por eso cuando se produce una enfermedad, es considerada como el resultado de un cambio de lo FASTO a lo NEFASTO.

La cosmología nativa no tiene en su imaginario cultural algo parecido al concepto analítico de enfermedad o la consideración dualista de salud- enfermedad. La enfermedad suele percibirse como algo que hace reaccionar el cuerpo a través del frío o del calor, frente a lo mítico y lo natural.

En el conjuro de la enfermedad intervienen dimensiones mágicas, físicas, cósmicas y ambientales propias del entorno, solo la presencia de esta globalidad le da al enfermo la seguridad que no se ha dejado de lado ninguno de los factores intervinientes.

Sin embargo la cosmovisión de las culturas andinas y Chaco amazónicas no es un concepto estático, en una dinámica de evolución se transforma cotidianamente, readecuándose a cada situación sin perder la perspectiva de su cultura originaria. Esta es una de las grandes fortalezas que le han permitido su permanencia en el tiempo y su adecuación espacial.

Se puede ver como las diferentes poblaciones originarias han ido incorporando progresivamente el concepto de la enfermedad, podemos decir que en la actualidad prácticamente todos los pueblos manejan éste concepto, aunque no siempre lo hacen desde la perspectiva somática y biológica de las culturas occidentales. Tampoco, les es fácil, dentro de la lógica funcionalista de causa efecto, relacionar una causa directa a un efecto, en todo momento aparece la multicausalidad " el enfoque Holístico", que en muchos casos no les permite establecer las prioridades para la acción.

Ejemplos concretos de lo anterior son las siguientes interpretaciones de su condición de salud manifiesta en el marco de los procesos de autodiagnostico realizados en diferentes contextos.

En la unidad étnica de los Karankas, la visión comunitaria de la salud caracteriza claramente la existencia de dos sistemas de salud: el occidental y el propio de medicina tradicional.(20)

Sobre el sistema occidental representado por las postas sanitarias que existen en las cuatro markas (pueblos) las opiniones se centran en los siguientes criterios:

- . Existe una ruptura radical con los conceptos propios de salud
- . Hay un carácter autoritario de estos servicios que choca con los valores culturales propios.
- . El sistema es ineficiente para resolverles sus problemas y hay enfermedades que los occidentales no conocen.
- . Desconfianza de los comunitarios
- . Inaccesibilidad económica a los servicios.

Finalmente la organización espacial del sistema de salud institucional no está enlazada en la lógica de organización socioespacial y política originaria y por el contrario la interfiere.

La concepción de las enfermedades entre los originarios es totalizadora, para ellos en el cuerpo existen tres niveles correspondientes a las Kimsa Ch`iwiqa o kimsa jañayu ajayu:

Primer nivel: Jakkhir ch`iwiqa (sombra de vida) jañayu

Segundo nivel: Jiwañ usu chiwiqa (sombra de enfermedad o desequilibrio) ajayu.

Tercer nivel: Jiwañ ch`iwiqa (sombra de muerte) amaya.

Dentro del concepto causal de las enfermedades estas casi siempre son externas (espíritus malignos). Se tiene también un concepto cíclico espacial de las enfermedades(espacios y tiempos malignos, reductos de los Ñanqhanaka /ñaxunaka). Una clasificación de las enfermedades según categorías: junt`u-thaya (calor-Frío) y manqha patxa (interno -externo). En este último concepto se asigna una influencia particular a los vientos que impactan sobre la salud de los seres humanos.

Los medicamentos y /o tratamientos son también clasificados de acuerdo a las siguientes categorías: panpa qullanaka-jach`a qullanaka (según la eficiencia), urqu-qachu (según el género), y junt`u qallanaka thaya qullanaka (según frío o calor).

Frente a ello surgen dos instancias en el tratamiento de las enfermedades: Una lógica racional del diagnóstico y una lógica integral de la curación.

Las enfermedades se originan en las rupturas de las interrelaciones entre el cuerpo, y el entorno, las cuales son interpretadas adecuadamente por su propio sistema de salud, que caracterizan de la siguiente manera:

- . Su compatibilidad y enlace orgánico en los otros conceptos y valores culturales carangueños.**
- . Su integración y funcionalidad dentro del conjunto de relaciones sociales y rituales colectivas, así como de las interrelaciones de estas sociedades con la naturaleza.**
- . Les resuelve sus problemas y les da confianza.**

A su vez, se pueden percibir las diferencias conceptuales sobre la salud y enfermedad de parte de los trabajadores de los servicios de salud institucionales en el testimonio del director del centro de salud de Huachacalla.

"Acá en Wachaqalla las enfermedades predominantes son las diarreas, desnutrición las de la vejez y las infecciones respiratorias" y al hablar sobre los comunarios dice" por falta de conocimientos ellos se abocan a su cultura nomás, no saben que sus enfermedades pueden ser curadas científicamente, ellos piensan que un epiléptico esta poseído, ya es demasiada incultura"

La conceptualización de salud en los pueblos Chaco Amazónicos se refleja en la expresión de Vicente Pessoa (vicepresidente de la CIDOB), " Nosotros somos lo que comemos y bebemos, antes teníamos agua pura que beber y comida del monte que cazar...Ahora el agua esta contaminada y que vamos a comer si cada vez hay menos que cazar y ni tierra tenemos ya".. " las aguas están contaminadas con el mercurio que los Caray ponen para sacar oro y por el barbecho ya ni peces hay en los ríos"(26).

Lo anterior nos muestra claramente que es imposible pensar la salud de las étnias, sin pensar en el territorio, el agua, la tierra de cultivo, los bosque y sus conservación.

A través de autodiagnósticos comunitarios se han identificado además de las prioridades anteriores la ausencia de recursos capacitados en la comunidad para atender sus problemas prioritarios, la falta de seguridad alimentaria de los grupos, el agua potable y para riego, la articulación de las dos medicinas.

Aunque pareciera que existen diferencias entre los conceptos aymara-quechuas y los de las étnias de las tierras bajas, estas son básicamente cuantitativas, entre las primeros, los mitos y ritos son más elaborados, pero en los aspectos conceptuales

tienen simbolismos similares y la diferencia radica en los ecosistemas que incorpora figuras de entornos diferentes.

9. LA MEDICINA TRADICIONAL: UN NUEVO ENFOQUE

El actual territorio de la República de Bolivia durante el Imperio de los Incas fue denominado como Collasuyo (tierra de las Medicinas) y es cuna de una importante cultura médica originaria.

Cuando se menciona a la medicina tradicional en Bolivia se tiende a focalizar el análisis en los logros alcanzados por la Medicina Kallawaya que es, sin duda, la expresión más desarrollada de la Medicina Andina, pero no la única.

Los kallawayas son un grupo étnico, originalmente asentado en las faldas de los Andes Orientales, actualmente se ubican en la provincia Bautista Saavedra del departamento de la Paz, en seis comunidades /pueblos de los alrededores de Charazani.

Constituían probablemente un Señorío que manejaba su propia lengua además del aymara y el quechua. Por las características tan especializadas del grupo, llama la atención que ninguno de los cronistas de la colonia, ni de la época post colonial, haga referencia de ellos, salvo en 1766 cuando el canónigo Martín Landaeta, cura de la localidad de Ambaná describe a los indios de Charazani como viajeros que deambulaban por los caminos cargados de grandes sacos de mate. Recién en 1920 Valdizan y Maldonado en su obra Medicina Popular Peruana hablan de los kallawayas como médicos empíricos.

Su nombre se cree que proviene de una planta (Louis Giroult) la Kalawala o Calaguala (muy eficaz contra las fiebres tropicales). Se dice que hay dos variedades de esta planta. La Inka Kalawala que curaría el paludismo y la Jatum Kalawala (la grande) que tomada en chicha causa efectos alucinógenos y se la relaciona a los rituales shamanicos.

Los kallawayas son médicos itinerantes de los Andes y es de destacar el nomadismo de este grupo al servicio de una práctica profesional médica que les ha valido el reconocimiento no solo en Bolivia si no en otros países limítrofes. Únicamente los hombres estaban iniciados en la practicas curativas y en la farmacopea vegetal, animal y mineral. También es importante mencionar que a pesar de su vocación curativa, en ningún momento los kallawayas dejaron de ser agricultores.

Según la concepción Kallawaya el hombre se compone de tres elementos vitales: el alma o Athun ajayu, el cuerpo astral o anímico que es el juchchui ajayu y el cuerpo material donde se encarnan ambos ajayus.

Aquello que se conoce como medicina tradicional no es exactamente medicina en el sentido occidental de la palabra, si no una serie de ritos destinados a brindar bienestar y placer. Las hierbas están relacionadas a símbolos mágicos y a fuerzas intervinientes de la naturaleza, el uso de las plantas medicinales no se puede disociar del todo cultural que interpreta los síntomas del cosmos, la naturaleza y los cuerpos. Una escritura corporal danzante, rítmica, conformadora de los ritos establece una comunicación entre los hombres, la naturaleza y el cosmos. En esta relación ceremonial se busca influir persiguiendo determinados beneficios.

Dos conceptos engloban la esencia misma de su práctica: "la magia (mito, símbolo y rito) y la herbolaria". El uso de las plantas medicinales se basa en el conocimiento de los principios activos de las plantas constituyendo su farmacopea vegetal una de las mas importantes del mundo. Sus conocimientos son tanto botánico-ecológicos como farmacológicos.

Sin embargo la magia, la herbolaria y el usos de recursos naturales con fines curativos, no son patrimonio exclusivo de la medicina kallawaya, constituyen la base de la medicina tradicional en general y han sido usados por los hombres en todas las culturas.

La reputación de los Kallawayas es tan importante en toda el área que, desde hace unos 20 años aparecieron por toda el área Andina y en otras regiones de Bolivia y el Perú los "nuevos kallawayas", impostores o falsificadores, que recorren diferentes pueblos engañando a la gente crédula y desprestigiando a los auténticos kallawayas.

La práctica de la medicina tradicional en Bolivia es tan antigua como lo son las culturas originarias, sin embargo a pesar que existieron esfuerzos aislados por sistematizar estos conocimientos (el caso del Instituto de Medicina Natural del Qullasuyu), no fue hasta después de 1982, luego de la apertura democrática, que se abrió un espacio para legitimar y propiciar la organización de los curanderos y médicos tradicionales. Es así que en enero de 1983 se funda SOBOMETRA (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional), la cual es reconocida mediante resolución suprema de enero de 1984.

Esta apertura a la medicina tradicional no ha cambiado el concepto que de ella tienen los profesionales en salud: rechazo total en unos casos y tolerancia indiferente en otros. Pocos son los que han hecho un genuino esfuerzo por conocer, Interpretar e interrelacionar los conocimientos que de ella provienen.

Los mayores progresos realizados han sido en el conocimiento de las propiedades terapéuticas de algunas plantas medicinales y su utilización complementaria con la farmacopea internacional. Sin embargo, incluso en este tópic, son los investigadores extranjeros o criollos que patentan y registran como suyos los conocimientos milenarios sobre las propiedades terapéuticas de ciertas plantas, sin otorgar ningún crédito a los pueblos originarios, verdaderos descubridores de los mismos.

En el campo de la Salud Pública, se han dado algunos esfuerzos para relacionar los sistemas formales y no formales (tradicionales) de salud. La capacitación de trabajadores de la medicina tradicional, especialmente de las parteras empíricas es uno de los más importantes. Sin embargo, esta interrelación ha sido siempre planteada en términos de subordinación de la medicina tradicional a la medicina occidental, sin establecer sistemas integrados, aún cuando solo se haga referencia a la atención primaria de salud.

Ninguna de las anteriores medidas ha servido a los pueblos originarios para mejorar sus condiciones de salud, el área rural que es donde se encuentran la mayoría de las comunidades indígenas sigue muy limitada en la atención de su salud y en muchos casos ni una ni otra forma de medicina es accesible para ellos.

Un aspecto que ha influido en forma negativa para el crédito de la medicina tradicional es que al haberse legalizado su práctica han proliferado en las ciudades los charlatanes, con un concepto de medicina tradicional "Internacionalizada" que de pronto importa la acupuntura de la China, la magia Europea del Tarot , el embrujo del Budú o cualquier otra práctica que está más alejada de nuestra cultura que la propia medicina occidental y cuyo único referente común con la medicina tradicional andina es la relación de lo cósmico, espiritual y físico integrado para conjurar la enfermedad.

Sin embargo la sabiduría popular de alguna manera ha sabido encaminar las cosas en su verdadera dimensión y darle a cada una de ellas un espacio en su vida de acuerdo a la realidad de cada comunidad y a su cultura.

La autosuficiencia comunitaria en salud es un concepto integrador que algunos grupos étnicos están manejando con un verdadero sentido práctico de la vida.

Uno de estos casos es el de la Comunidad de Chuñawi (21), cercana al lago Titicaca que no tiene especialistas de salud a tiempo completo, ni posta sanitaria en su territorio. (tienen un buen acceso carretero a otros lugares donde existen servicios de salud pero no concurren a ellos).

En esta comunidad la salud es en primera instancia responsabilidad de la familia dentro de una red de parientes naturales o ficticios de progresiva complejidad. Conforme la complejidad del problema la red de salud comunitaria se extiende incluso hasta alcanzar a diferentes familias o a la persona de la comunidad con más experiencia en el tema. Esta red permite incorporar técnicas curativas extendidas. La salud es atendida con flexibilidad, de manera que sus miembros puedan resolver los problemas de salud sin descuidar sus responsabilidades en otros campos.

Se promueve el trabajo intergeneracional, dentro del cual los mayores garantizan la continuidad con el pasado rico en experiencias y los jóvenes contribuyen con el usos de drogas modernas como parte de un conocimiento adquirido en el contacto con el mundo de fuera. De esta manera la comunidad incorpora en las curaciones de igual manera las hierbas medicinales como los preparados farmacológicos modernos. Las ideas centrales son:

- . Que la familia y no los especialistas son responsables de la salud de los individuos.
- . Que en la comunidad existan los conocimientos necesarios para resolver sus problemas prioritarios de salud
- . Que en el contexto de su propia cultura integren los conocimientos proporcionados por ambas medicinas y los utilicen en favor de su salud.

10. SISTEMAS DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

En base al patrimonio cultural de la medicina tradicional, los pueblos andinos antes de la llegada de los españoles, contaban con sus propios medios de atender la salud, que incluso en la época de la colonia sirvió a los españoles para atender sus enfermedades.

El cuidado de la salud formaba parte de una dinámica social, condicionada por las peculiaridades de su cultura y su entorno, constituyendo un sistema con distintos niveles de complejidad.

A nivel de las Comunidades existía una serie de recursos locales originarios especializados en atender a los enfermos y solucionar los conflictos de la convivencia diaria. Estos expertos eran identificados y distinguidos al interior de sus comunidades, sin embargo no se dedicaban en forma exclusiva a la atención de la salud, entre ellos los especialistas que gozaban de mayor reputación eran los que podían comunicarse directamente con sus divinidades como los Yatiris, Aysiris y Cabilderos.

Dentro de esta red interna existía una atención Comunitaria, la curación de las enfermedades la realizaban los parientes, allegados o personas con mayor experiencia que conocían ciertas técnicas curativas y las propiedades de ciertas plantas, animales o tierras. Lo peculiar es que el conocimiento no estaba restringido solo a los especialistas, si no que era del dominio familiar y comunitario.

Además de esta red interna, existían diferentes especialistas provenientes de otra zonas que en forma itinerante visitaban las Comunidades. Las visitas de estos médicos tradicionales tenían una temporalidad definida ligadas a la cosecha. En su paso por las Comunidades no solo practicaban curaciones , sino que además inter cambiaban productos, tanto con fines alimentarios como curativos.

En síntesis podemos decir que el modelo de atención a la salud en los pueblos quechua- aymaras tenía como características principales las siguientes:

- a) Acceso a especialistas locales y multiregionales.
- b) El conocimiento de técnicas curativas era de dominio general.
- c) Las estructuras de comportamiento y los modelos de percepción y pensamiento eran compartidos por toda la población, independientemente sean estos especialistas en curaciones o personas comunes.
- d) Existían recursos humanos con funciones bien establecidas propios de la Comunidad.
- f) Se practicaban curaciones domésticas familiares y atención la atención del parto.

El eje articulador del sistema de salud originario lo constituye un conjunto de "expertos", con un sistema no solo jerárquico si no de redes de expertos en las familias, estancias, ayllus y markas. Algunos de estos son: los arsuyuri, yatiri, turkiri, milluchiri y otros mas.

Con el correr del tiempo y los diferentes procesos de colonización y transculturación, este sistema se ha ido desestructurando con una notable disminución del numero de especialistas locales que en algunas comunidades ya son inexistentes o en muchos casos no tienen funciones definidas.

El conocimiento popular de las técnicas de curación (ritos, uso de hierbas etc) ha disminuido considerablemente entre las familias y las visitas de especialistas de fuera de la comunidad se han hecho cada vez menos frecuentes.

Todos estos aspectos, han influido para que un gran porcentaje de la población indígena campesina no tenga acceso ni posibilidades de atender su salud o su

enfermedad. La introducción de los servicios de medicina occidental o Institucional en el área rural son recientes e incluso actualmente no llegan a las poblaciones indígenas dispersas. En aquellos lugares donde existen servicios de salud institucionales, las poblaciones indígenas tienen dificultad y temor de demandarlos, las principales razones son el miedo a no comprender y ser comprendidos y el costo de los mismos.

En general las poblaciones han creado su propia dinámica de interacción entre los servicios de salud occidentales y los tradicionales, es muy común escuchar en las comunidades indígenas e incluso en las ciudades que las personas clasifican que tipo de enfermedades debe consultar con unos y otros.

Dentro de la sabiduría popular existe una lógica de ordenamiento que hace que en una primera instancia, frente a cualquier enfermedad, se trate de darle solución en la familia, recurriendo a " medicina casera" o a preparados farmacológicos cuando se los tiene ha mano; el siguiente paso de resolución en el caso de las poblaciones indígenas es recurrir a sus propios especialistas en "medicina Tradicional " y solo cuando estos no solucionan el problema acuden a los servicios de la "medicina occidental". Una nueva opción que pareciera estar incrementándose en el área rural es la recurrir a las farmacias en forma directa por "automedicación".

En los últimos años se ha hecho incapie dentro de los sistemas de salud pública en la implementación de los "sistemas locales de salud", los diferentes modelos sanitarios propuestos, han tenido en teoría muy clara esta opción, sin embargo en la practica los servicios locales de salud tienen muy poca autonomía de gestión y el modelo de atención es universal sin tener en cuenta los aspectos culturales de la salud.

En relación a extensión de los servicios de salud, se ha visto también un considerable incremento de centros de salud y postas sanitarias por toda el área rural, sin embargo, aunque muchas veces estos responden a demandas de la las propias comunidades, en la mayoría de los casos están subutilizados, abandonados y no les resuelven sus problemas de salud.

En los últimos años la Secretaría Nacional de Salud, la Subsecretaría de Asuntos Étnicos con el apoyo de la cooperación internacional y en coordinación con las organizaciones indígenas del oriente, chaco y Amazonia han desarrollado una serie de acciones como ser: autodiagnosticos comunitarios, un plan de salud y el inventario de los recursos físicos, humanos y proyectos.

Todas estas acciones han permitido fijar la atención en estos grupos étnicos que como se ve en los cuadros 11a, 11 b, 11 c, cuentan con muy pocos recursos para la atención de su salud. Cuando se analiza su situación en forma desagregada, por cada grupo étnico, se encuentra que algunos tienen condiciones tan malas como las de las comunidades quechuas o aymaras del resto del país. (ver anexo 12)

Un otro aspecto positivo al desarrollo de modelos de salud adaptados a las poblaciones indígenas, está dado por la ley de participación popular, que asigna recursos por municipios y otorga a los niveles locales la posibilidad de realizar la programación de los mismos, en base a sus condiciones locales y no a programaciones preestablecidas desde los niveles centrales.

11. PROYECCIONES CULTURALES DE LA SALUD

La utopía de construir un sistema culturalmente aceptable en una compleja y abigarrada sociedad como la boliviana implica proyectar la salud en una dimensión filosófica cultural y ética, que partiendo del principio mismo de la confrontación, con reconocimiento mutuo de ambas esferas del conocimiento, integre la diversidad.

La superación de los sistemas en contradicción debe lograr una síntesis histórica, dinámica con capacidad de transformación y actualización histórica, que responda a las exigencias de una sociedad compleja, que sea capaz de contener las diferencias, la diversidad y la pluralidad de opciones, estratégicas y prácticas.

El sistema de salud debe ser representativo de la complejidad, ser reflexivo y autoreferente, tener capacidad autocrítica y aprender de sus propias experiencias.

12. REFLEXIONES PARA LA ACCION Y RECOMENDACIONES

Son muchos los aspectos relacionados a los pueblos indígenas sobre los cuales habría que reflexionar y a pesar de que somos conscientes que no se puede hablar

de salud sin hablar del agua, de la tierra, del ecosistema y de la sociedad en la cual se desarrollan los procesos de la salud o la enfermedad; en esta ocasión pretendemos puntualizar aquellos aspectos relacionados con la salud de los pueblos indígenas que consideramos deberían ser profundamente, discutidos y concertados para diseñar acciones que reviertan la actual situación de salud entre las poblaciones originarias de Bolivia.

En cuanto a las recomendaciones, en primer lugar sintetizaremos aquellas que provienen de las propuestas internacionales relacionadas al tema y luego plantearemos algunos puntos que en la realidad del país, pueden ser la base para elaborar las políticas y desarrollar acciones.

Partiendo de aquello que para nadie es desconocido podemos decir que:

-Es evidente que la situación de Salud en los Pueblos Indígenas de Bolivia, vista a través de los diferentes indicadores y desde las distintas perspectivas, es mucho más precaria que la de otras poblaciones rurales del mismo contexto.

-Es importante destacar que entre los distintos grupos etnolingüísticos del país, son las poblaciones quechuas (mayoritarias en número), las que se encuentran en las peores condiciones de pobreza y salud. Dos aspectos son más evidentes como factores causales de esta situación: los altos niveles de monolingüismo y de analfabetismo que en ella se observan. Ambos limitan el acceso de estos grupos a la información y a los servicios básicos y les cierran el círculo de pobreza y morbimortalidad.

-La actual situación de salud de los pueblos indígenas es la resultante de un proceso histórico de dominación y colonización permanente a lo largo de 500 años, cuyas manifestaciones más evidentes son la pobreza generalizada, la marginación, discriminación y en muchos casos su lenta extinción.

-En los últimos años y en especial desde el comienzo del llamado "Decenio de los pueblos indígenas", tanto a nivel internacional como nacional se han iniciado procesos tendientes a conocer mejor su cultura y las condiciones de vida y salud de estas poblaciones.

-Sin embargo frente a la evidencia de su dramática situación económica y social, son muy pocas las acciones desarrolladas por el Estado para revertir los procesos que las condicionan.

-En el campo de la salud se observa el divorcio cultural entre las dos visiones de la salud y la enfermedad: la occidental y la tradicional.

-Es posible también percibir que la cosmovisión de las Culturas Andinas y Chaco amazónicas no es un concepto estático y que en una dinámica de evolución, se transforma cotidianamente, readecuándose a cada situación sin perder la perspectiva de su cultura originaria. Esta es una de las grandes fortalezas de las culturas originarias, que le han permitido su permanencia en el tiempo y su adecuación espacial.

-En los últimos tiempos y a medida que los pueblos originarios han tenido un mayor contacto con los sistemas de salud occidental han ido incorporando progresivamente el concepto de la enfermedad, en la actualidad prácticamente todos los pueblos manejan este concepto, aunque no siempre lo hacen desde la perspectiva somática y biológica de las culturas occidentales.

-Por el lado de la ciencia occidental existe una gran soberbia al negar otras lógicas para llegar al conocimiento. Es este, un primer motivo de choque entre la percepción occidental y la autóctona de la salud y la enfermedad, a la vez que es una clara evidencia de la capacidad que tienen las culturas originarias para adaptarse al cambio e incorporar a su cosmovisión un nuevo enfoque occidental de la salud y la enfermedad.

-Se evidencia también, la rigidez de la medicina occidental para valorar este enfoque cultural, asimilarlo a su práctica y no solo subordinarlo a ella como se ha hecho hasta la fecha.

-Un ejemplo del conflicto entre ambas percepciones es la segmentación que hace la cultura occidental del individuo frente a la percepción global de los originarios. Es así que desde la perspectiva occidental, el corazón es un órgano y la persona que está enferma del corazón tiene problemas con ese órgano. Para el aymara o el quechua el "sonqo" puede ser uno o más órganos o expresar el todo de su cuerpo. Cuando una persona dice que le duele el corazón, más que un síntoma, expresa un sentir profundo que motiva la interrelación con el médico o con el curandero.

-En lo referente a sistemas de atención, el tratamiento y manejo de las enfermedades, dentro de la medicina tradicional está dado por prácticas ancestrales que las administra el Jampiri, Yatiri, Chaman o CURANDERO de acuerdo a la tradición, y si bien, no se puede negar sus conocimientos, en muchos casos están limitados para afrontar y dar respuestas al nuevo perfil de problemas de salud, no inmerso en su cultura. Sin embargo, tampoco los servicios de Salud al alcance de los grupos indígenas están preparados para resolver los problemas de salud de estas poblaciones, ya sea por no poder interpretarlos adecuadamente o por carecer de los medios para hacerlo.

-Los vacíos e ineficiencias de ambos sistemas se reflejan en las malas condiciones de salud de estos grupos. Sin embargo el análisis sería muy simplista si pensáramos que son solo las diferencias de enfoques de la salud y modelos de atención, los causantes de las malas condiciones de salud de los grupos indígenas.

-Una visión más integradora y equilibrada no debe ocultar las dimensiones sociales, económicas y políticas del proceso salud-enfermedad, ni tampoco el substrato cultural que modela estas relaciones, donde las respuestas del grupo a los imperativos del ambiente social y económico son mediatizadas por sus propios valores culturales.

-El análisis de las relaciones entre la medicina tradicional y la medicina moderna no puede ser un fenómeno aislado de creencias, enfermedades, tecnologías y recursos interactuando en una sociedad ideal o utópica, debe integrarse en el concepto más amplio de la sociedad dentro de su diversidad y de las estructuras económicas y los sistemas culturales.

-Otra carencia en relación al tema, es la inexistencia de estudios, y de modelos de evaluación definidos, que permitan comparar la eficiencias entre los sistemas médicos occidentales y los sistemas médicos tradicionales.

-Tampoco se tiene claridad en conceptos tales como: cultura médica tradicional o medicina tradicional, sistema médico tradicionales y se carece de una clara normalización para el ejercicio de la práctica médica tradicional. Su interpretación tiene grandes matices de subjetividad dependiendo de quien y para que se haga uso de ellos.

-La diversidad etnocultural del país obliga a repensar el modelo sanitario universal en actual aplicación y considerar **MODELOS MULTIPLES de atención en Salud, que respeten las particularidades de cada grupo étnico.**

-En la planificación de Políticas de Desarrollo económico-social del país, los pueblos indígenas han sido a veces referentes pero nunca actores ni si quiera en las políticas locales que corresponden a sus territorios.

-La actual ley de Participación Popular y la propuesta Reforma del Sistema Nacional de Salud son espacios claves para cambiar las actuales condiciones de salud y vida de los grupos indígenas.

Para el delineamiento de políticas dirigidas a los pueblos originarios, a nivel internacional se recomienda considerar los siguientes aspectos:

- **Fomento a su auto desarrollo, recuperando su derecho a la tierra donde habitan.**
- **Dotación de los medios y recursos que les permita la satisfacción de sus necesidades básicas, revalorizando el saber indígena.**
- **Fortalecer su propia visión de la Salud, reconociendo sus necesidades.**
- **La respuesta a sus necesidades en Salud, no debe ser motivo para una planificación aislada, si no mas bien, propiciar el trabajo conjunto, que superen obstáculos comunes y establezcan una relación intercultural basada en la reciprocidad, el respeto mutuo y la convivencia.**
- **El impulso a la investigación y producción de información sistemática adecuada y suficiente, que oriente la programación.**
- **El reconocimiento de la diversidad étnica entre pueblos para la formulación de propuestas que respondan a situaciones de cada grupo indígena con amplia participación de los actores.**

En el diseño de las estrategias debemos tener en cuenta:

- **La necesidad de un abordaje integral**
- **El derecho a la autodeterminación**
- **El derecho a la participación sistemática**
- **El respeto y la revitalización de su cultura**
- **La reciprocidad de relaciones.**

(Recomendaciones de la reunión de Winnipeg -Abril 1993).

Algunos LINEAMIENTOS GENERALES para el diseño de una política de salud indígena son:

Transformación de los Servicios de Salud con modelos diferenciados de aplicación.

La promoción de la Salud como instrumento para mejorar la calidad de vida.

La formación de recursos humanos inmersos en el cambio.

La priorización de áreas y grupos étnicos, de mayor complejidad y necesidad de abordaje.

Formulación y promulgación de los aspectos legales que respalden sus derechos.

Asignación prioritaria de recursos económicos para asegurar la sostenibilidad de los programas hasta conseguir la autogestión

Los puntos importantes que deben ser abordados con prioridad están enfocados a conjuncionar el esfuerzo mancomunado y la responsabilidad compartida del Gobierno, los Organismos Nacionales e Internacionales, O N Gs. y Comunidad en general.

En el caso específico de Bolivia, siguiendo los lineamientos de política anteriores y enmarcándolos en el contexto y la realidad nacional consideramos que las acciones a desarrollar pueden clasificarse en los siguientes grandes grupos:

a) Económicas : La ley de Participación Popular otorga un monto por habitante año, como recursos de coparticipación, dirigidos a la salud, la educación y la infraestructura básica. La propuesta sería que en aquellos municipios con mayor concentración de población indígena, como una justa reivindicación a miles de años de postergación, incrementen esta cifra, para mejorar sus condiciones de salud y vida.

b) Culturales: Promover a nivel de las instancias formadoras de recursos humanos que trabajan en salud (universidades, escuelas de salud y otras) la discusión sobre las formas de integración de las dos medicinas y la incorporación de los conocimientos sobre la cultura médica tradicional en los contenidos curriculares de todas las carreras.

Obligar al estudio de las lenguas nativas a los profesionales de la salud y coordinar con la reforma educativa la aceleración de la educación Bilingüe a las poblaciones con mayor porcentaje de monolingüismo.

A nivel de la comunidad formación de recursos humanos adaptados a cada contexto con los conocimientos suficientes para resolver los principales problemas de salud.

c) Legales y normativos: Normar y legislar la práctica de la medicina tradicional estableciendo claramente los alcances y funciones de los que la practican.

d) Organizativos: Proponer e implementar modelos y servicios de atención alternativos adaptados a la realidad sociocultural del grupo al que van dirigidos.

Desarrollar modelos y mecanismos de evaluación que permitan evaluar el impacto de las dos medicinas y coordinar con las instituciones proveedores de información, para que se considere de manera especial a los municipios indígenas, con el fin de tener información desagregada a ese nivel que permita evaluar el impacto de las acciones.

En el diseño y formulación de las actividades y políticas de cada una de estas áreas, por derecho propio deben ser actores principales los pueblos indígenas, sin paternalismo y con el respeto que ellos merecen.

13. Bibliografía

- 1. Albó, Xavier. "Bolivia Plurilingüe" Guía para planificadores y educadores. UNICEF- CIPCA. Cuadernos de Investigación 44. Volúmenes 1, 2, 3, La Paz 1995**
- 2. Albó Xavier, Los guaraní-Chiriguanos. "La comunidad Hoy". CIPCA. Cuadernos de Investigación 32. La Paz 1990**
- 3. Bouysse Cassagne Therese. "La identidad Aymara" Aproximación Histórica(Siglos XV,XVI) Hisbol La Paz 1987**
- 4. Saignes Thierry. "Los Andes Orientales. Historia de un Olvido". IFFA, CERES. Cochabamba, Bolivia, Octubre 1985**
- 5. Iriarte Gregorio. "Análisis Crítico de la Realidad". C.A.E.P., CEPROMI, Cochabamba- Bolivia, Enero 1996.**
- 6. Censo Indígena del Oriente, Chaco y Amazonia 1994-95. Documento Preliminar. SNAEGG, INE, CIDOP, PNUD. 1995**
- 7. Alba Fernández, Juan José. "Entre la Supervivencia y la Muerte: Los Campo Jampiris de Campero", COOPI, OPS/OMS; Central campesina de Campero. Cochabamba 1996**
- 8. Ministerio de Desarrollo Humano. "Mapa de Pobreza". Guía para la acción social. UDAPSO, INE; UPP, UDAPE, 2da Edición .La Paz, enero 1995**
- 9. Ministerio de Desarrollo Humano.UDAPSO-PROVIAN. SECRETARIA NACIONAL DE SALUD- UPAN "Mapa de la Desnutrición". La Paz, diciembre 1994**
- 10. Haquim David. "Bolivia: Tendencias de la Situación Alimentaria Nutricional". Cuadernos de Desarrollo Humano. No 1 Ministerio de Desarrollo Humano. UDAPSO. La Paz Noviembre 1995**
- 11. Ministerio de Hacienda INE. "Indicadores Sociodemográficos por Provincias". Censo 92 INE, LA Paz- Bolivia, diciembre 1995.**
- 12. Prada Alcoreza, Raul. "Disquisiciones interpretativas en torno al taller piloto Subregional andino de salud para los pueblos indígenas" OPS/OMS. Santa Cruz de la Sierra- Bolivia, marzo de 1994**

13. OPS/OMS. " Situación de Salud en Bolivia". Reunión de Evaluación Conjunta de la Cooperación OPS/OMS en Bolivia. La Paz, mayo 1995
14. Pooley, C. Murillo, D. " Análisis de los Servicios de Salud en las Principales Ciudades de Bolivia". UDAPSO. La Paz- Bolivia, Junio 1993
15. Instituto Nacional de Estadísticas INE. " Encuesta Nacional de Demografía Y Salud ENDSA 1994" La Paz- Bolivia, octubre 1994
16. Instituto Nacional de Estadísticas INE. " Encuesta Nacional de Demografía Y Salud ENDSA 1994". Informe de Nutrición. La Paz- Bolivia, diciembre 1995
17. Cabiases, Fernando. "Medicina Tradicional ". Legislación y relaciones políticas en el área Azteca, maya y Andina. Antigua- Guatemala, octubre 1994
18. Terán, C., Malo, M. " Políticas de Salud y Pueblos Indígenas". Universidad Andina Simón Bolívar. Subsede Ecuador. Abya Yala 1995
19. Molina, R., Portugal, J. "Consulta de Base en los Ayllus del Norte de Potosí y Sur de Oruro". Etnias y participación 2. PROADE- ILDIS. La Paz-Bolivia, febrero 1995
20. Ayllu Sartañi "Perspectivas de Descentralización en Karankas. La visión Comunitaria". Etnias y Participación 1. PROADE-ILDIS. La Paz-Bolivia 1995
21. Pérez Crespo; Carlos. "Autosuficiencia Comunitaria en Salud. Un Caso entre los Aymaras de La Paz". State University of Ney York. (Poligrafiado) CIPCA 1984
22. Girault, Louis. "La Cultura Kallawaya", CIPCA. La Paz, 1974
23. Reunión Preparatoria Latinoamerica y el Caribe. Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. " Acta final. Recomendaciones y relaciones de los grupos de trabajo. Declaración de Cochabamba". Cochabamba-Bolivia, mayo 1994
24. CORDECH. UDAPSO. "Mapa de Indicadores Sociales por secciones de provincia Chuquisaca. La Paz, 1995
25. Cardozo, G. "Medicina y Cosmovisión". UNICEF-PROANDES. La Paz-Bolivia, octubre de 1993.

26. **Secretaría Nacional de Salud, OPS/OMS. "Plan de Salud de los Pueblos Indígenas del Oriente, Chaco y Amazonia". La Paz- Bolivia 1995.**
27. **CEPAL. " Estudios Sociodemográficos de los Pueblos Indígenas". Notas sobre economía y Desarrollo. Santiago de Chile, julio 1995.**
28. **Secretaría Nacional de Salud, OPS/OMS. Iniciativa de Salud de los pueblos Indígenas. "Inventario y Mapeo de los Servicios de Salud y Proyectos en las Zonas de Pueblos Indígenas". La Paz- Bolivia, noviembre 1995.**

14. ANEXOS

1. Cuadros sociodemográficos

2. Indicadores sociales y de salud

3. Mapas

4. Servicios de salud

ANEXO 1

CUADRO No 1
GRUPO LINGUISTICO RURAL TRADICIONAL AYMARA

PROVINCIA	POBLACION (MILES)	SABEN AYMARA %	NO SABEN CASTELLAN %	SABEN AYMARA Y QUECHUA
LA PAZ (Subgrupo A a				
a) NORTE				
F. Tamayo*	1.2	98	41	16
Camacho	53.5	97	44	
Munecas*	4.2	99	43	
b) CENTRO NORTE				
Omasuyos	73.7	96	36	
Manco Kapac	20.5	93	30	
Larecaja*	22.9	95	36	
Los Andes	62.2	97	35	
c) CENTRO SUR				
Ingavi*	59	95	27	
Murillo*	38.2	93	23	
Pacajes	43.4	94	22	
Pando	4.6	97	15	
Aroma	65.7	94	19	
Villarroel	11.7	97	22	
d) ESTE-VALLES				
Loayza	35.8	94	18	
Inquisivi*	36.3	89	19	
ORURO (Subgrupo a-1				
e) NORESTE				
Sajama	7.9	90	11	
San Pedro de Totora	4	90	20	2
f) SUDOESTE				
Litoral	2.1	76	15	5
Atahualpa*	2.5	77	4	
g) CENTRO				
Nor Carangas	4.9	97	16	13
Carangas (Centro)	7.6	94	16	11
Sud Carangas	4.3	96	21	34
Ladislao Cabrera	7.4	91	14	18
h) ESTE				
Barrc	5	82	13	6
Saucari	5.6	83	11	31
Cercado*	13.2	77	13	23
POTOSI				
Daniel Campos*	1.4	93		

Fuente: X. Albo * Bolivia Plurilingue. CIPCA 1995

* Solo una parte de la provincia

CUADRO No 2
GRUPO LINGUISTICO RURAL TRADICIONAL QUECHUA

PROVINCIA	POBLACION (MILES)	SABEN QUECHUA %	NO SABEN CASTELLANO %	SABEN QUECHUA Y AYMARA
A) NORTE DE LA PAZ				
F Tamayo*	15.2	94	33	4
Munecas*	9.2	75	57	1
Saavedra	10	89	53	27
Larecaja*	8.8	60	7	4
B1) CHUQUISACA a)				
Oropeza*	44.5	98	59	
Yamparaes	31.3	99	65	
Zaudanez	31	97	66	
Tomina *	13.9	94	52	
Azurduy*	17.4	98	71	
b) Nor Cinti*	42.1	95	48	
B 2) POTOSI				
C) NORTE DE POTOSI				
Bilbao	10	99	60	
Ibanez*	2.1	98	81	
Charcas*	14.7	99	65	
Chayanta*	54.4	99	68	
D) AREA CENTRAL				
Frias*	35	98	54	
C, Saavedra	72.7	98	53	
Linares	52.5	98	45	
E) TRANSICION BILING				
Nor Chichas	41	96	31	
Quijarro*	17.1	90	19	
C) COCHABAMBA				
a) PERIFERIA OCCIDEN				
Ayopaya	54.6	97	54	
Tapacari*	10.4	99	68	
b) PERIFERIA SUR				
Arque	18.2	99	75	
Bolivar	7.1	97	63	
Mizque	28	95	61	
c) PERIFERIA ORIENTA				
Tiraque	19.3	99	53	
Carrasco*	32.5	98	49	
Campero*	25.7	93	44	
d) HACIA VALLES CENT				
Capinota	24.4	96	38	
Chapare*	34	97	33	
Esteban Arze	29.7	97	50	
Arani	23.3	97	47	
e) VALLES CENTRALES				
Cercado*	17.1	83	13	
Quillacollo*	84.7	87	19	
Punata	47.4	94	23	
Jordan	27.5	95	19	

Fuente: X. Albo * Bolivia Plurilingue. CIPCA 1995

* Solo una parte de la provincia

**CUADRO No 3
OTROS GRUPOS LINGUISTICOS MINORITARIOS**

GRUPOS LINGUISTICOS	DEPARTAMENTO	PROVINCIA
Guarani -chiriguano	Santa Cruz Chuquisaca Tarija	Cordillera Hernando Siles Luis Calvo O Connor Gran Chaco
Guarayo (Guarani)	Santa Cruz	Guarayos
Moxos Interetnico	Beni	Moxos Yacuma Marban Cercado
Chiquitano	Santa Cruz	Velazco Nuflo de Chave Chiquitos
Chimane Mosenen	Beni La Paz	Ballivian Sud Yungas
Tacana Ese- Ejja Chacobo Misionero (Guarani)	La Paz Pando Beni Beni	Iturrealde Manuripi Vaca Diez Cercado
Ayoreo	Santa Cruz	Chiquitos Sandoval Cordillera Busch
Weenheyek	Tarija	Gran Chaco

CUADRO No. 4
POBLACION INDIGENA CENSADA EN LAS TIERRAS
BAJAS DE BOLIVIA
SEGUN GRUPO ETNICO AL QUE PERTENECEN

GRUPO ETNICO	POBLACION TOTAL	HOMBRE	MUJERES
TOTAL	160.546	83.699	76.847
Chiquitano	48.524	25423	23101
Guarani	39.593	20147	19446
Mojeno	19.759	10404	9355
Guarayo	7.317	3752	3565
Movima	6.535	3563	2972
Chiman	5.967	3164	2803
Ittonoma	5.211	2776	2435
Tacana	5.135	2728	2407
Reysano	4.190	2210	1980
Yuracare	3.339	1670	1669
Juaquinlano	2.462	1278	1184
Weenhayek	2.081	1079	1002
Cavineno	1.752	908	844
Moseten	1.191	636	555
Loretano	1.106	611	495
Ayoreo	946	504	442
Cayubaba	794	394	400
Chacobo	772	413	539
Baure	592	308	284
Canichana	583	319	264
Esse Ejja	475	236	239
Siriono	419	221	198
Yaminahua	161	88	73
Machineri	155	90	65
Yuqui	138	71	67
Chama	115	54	61
More	108	50	58
Otros (1)	1.126	602	524

Fuente: el Censo Indígena del Oriente, Chaco y Amazonia 1994-95

CUADRO N 5
PROVINCIAS Y MUNICIPIOS CON MAYOR CONCENTRACION DE POBLACION
INDIGENA SEGUN DEPARTAMENTOS AREA GUARANI Y OTROS

SANTA CRUZ	A IBANES	COTUCA, EL TORNO
	WARNES	WARNES
	CHIQUITOS	SAN JOSE. PAILON, ROBORE
	SANTIESTEBAN	SAAVEDRA
	VELASCO	SAN IGNACIO, SAN MIGUEL, SAN RAFAEL
	NUFLO CHAVEZ	CONCEPCION, SAN JAVIER
	SANDOVAL	SAN MATIAS
	G. BUSCH	PUERTO SUAREZ
	GUARAYOS	ASENCIAON, URUBICHA
CORDILLERA	LAGUNILLAS, CHARAGUA, CABEZAS CAMIRI, CUEVO, GUTIERREZ BOYUIBE	
BENI	CERCADO	TRINIDAD, SAN JAVIER
	VACA DIEZ	RIBERALTA, GUAYARAMERIN, VILLABELLA
	BALLIVIAN	SAN BORJA, REYES, SANTA ROSA RURRENABAQUE
	YACUMA	SANTA ANA, EXALTACION
	MOXOS	SAN IGNACIO,
	MARBAN	SAN ANDRES, LORETO
	MAMORE	SAN JOAQUIN, SAN RAMON
ITENES	MAGDALENA, BAURES, GUARACA JE	
PANDO	N. SUAREZ	PORVENIR, BOLPEBRA
	MADRE DE DIOS	GONZALO MORENO SAN LORENZO
TARIJA	GRAN CHACO	YACUIBA, VILLA MONTES CARAPARI
	O CONNOR	ENTRE RIOS
CHUQUISACA	LUIS CALVO	VILLA V. GUZMAN, HUACAYA, MACHARETI, MUYUPAMPA
	HERNANDO SILES	HUACARETA, MONTEAGUDO

FUENTE: MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, SECRETARIA NACIONAL DE ETNIAS, GENERO Y GENERAC
SUBSECRETARIA DE ASUNTOS ETNICOS, 1996

CUADRO N 5

PROVINCIAS Y MUNICIPIOS CON MAYOR CONCENTRACION DE POBLACION
INDIGENA SEGUN DEPARTAMENTOS AREA AYMARA-QUECHUA

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	MUNICIPIO
LA PAZ	MURILLO	PALCA, MECAPACA, ACHOCALLA
	OMASUYOS	ACHACACHI, ANCORAYMES
	CAMACHO	PUERTO ACOSTA, MOCOMOCO QUIABAYA, COMBAYA
	IOS ANDES	PUCARANI, LAJAS, BATALLAS PUERTO PEREZ
	AROMA	SICASICA, UMALA, AYOAYO
	G. VILLARROEL	SAN PEDRO DE CURAGUARA PAPELPAMPA, CHACARILLA
	J.M. PANDO	SANTIAGO DE MACHACA, CATACORA
	SAAVEDRA	CHARAZANI, CURVA
	F. TAMAYO	APOLO, PELECHUCO
POTOSI	A. IBANEZ	SACACA, CARIPUYO
	BILBAO	ARAMPAMPA Y ACACIO
COCHABAMBA	CAMPERO	AIQUILE
	AYOPAYA	AYOPAYA, MOROHATA
	E. ARZE	ANZALDO
	ARQUE	ARQUE, TOCOPAYA
	TAPACARI	TAPACARI
	CARRASCO	TOTORA, PUERTO VILLARROEL
	MIZQUE	MIZQUE, VILAVILA, ALALAY
	BOLIVAR	BOLIVAR
ORURO	CARANGAS	CORQUE, CHOQUECOTA
	SUR CARANGAS	ANDAMARCA, BELEN, CORQUE
	ATAHUALPA	CHIPAYA
	L. CABRERA	SALINAS DE GARCIMENDOZA
	POOPO	POOPO, PAZNA, ANTEQUERA
	SAJAMA	CURAGUARA DE CARANGAS, TURCO
	ABAROA	CHALLAPATA, QUILLACAS
	CERCADO	CARACOLLO, EL CHORO
CHUQUISACA	OROPEZA	YOTALA, POROMA Y SUCRE QUILAQUILA
	AZURDUY	AZURDUY
	ZUDANEZ	PRESTO
	TOMINA	TOMINA, SOPACHUY
	YAMPARAES	TARABUCO, YAMPARAES
	NOR CINTI	SAN LUCAS
	SUD CINTI	CULPINA

FUENTE: MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, SECRETARIA NACIONAL DE ETNIAS, GENERO Y GENERACION
SUBSECRETARIA DE ASUNTOS ETNICOS, 1996

ANEXO 2

CUADRO No 8

BOLIVIA AYMARA: INDICADORES SOCIO DEMOGRAFICOS

DEPARTAMENTO/ PROVINCIA/AREA	INDICADORES SOCIALES Y DEMOGRAFICOS						
	TOTAL	% MONO LINGUES		INCIDEN	INTENS D	ANALFAB	SERVICIO
	POBLACION	QUECHU	AYMARA	POBREZA	POBREZA	%	BASICOS
AYMARA RURAL TRADICIONAL							
A) LA PAZ- NORTE							
F. TAMAYO	17619	22.31	3.28	96.20	63.40	40.80	95.90
CAMACHO	53486	0.30	31.03	97.80	56.30	46.30	98.60
MUNECAS	17820	15.30	18.60	37.80	61.30	54.30	98.90
B) LA PAZ- CENTRO NORTE							
OMASUYOS	73703	0.02	30.77	93.30	49.40	37.00	95.60
MANCO KAPAC	20554	0.03	25.47	92.50	47.30	37.90	90.30
LARECAJA	68762	0.01	11.28	91.10	48.50	23.40	91.40
LOS ANDES	62185	0.02	28.80	97.50	51.41	36.10	97.30
C) LA PAZ- CENTRO SUR							
INGAVI	78059	0.02	18.06	88.00	47.60	26.80	90.70
PACAJES	43351	0.02	18.80	95.20	53.30	26.50	98.30
MURILLO	1157102	0.06	2.06	55.20	33.60	9.50	58.50
J.M. PANDO	4577	0.04	12.37	95.20	49.70	21.50	92.90
AROMA	65730	0.04	15.71	95.40	49.30	22.80	96.60
G. VILLARROEL	11685	0.02	17.76	93.30	41.50	29.20	99.90
D) LA PAZ- ESTE VALLES							
LOAYZA	35807	0.05	15.40	96.70	52.40	27.10	99.50
INQUISIVI	57345	0.64	11.35	89.10	52.20	25.30	92.10
LA PAZ- YUNGAS TRADICIONAL							
NOR YUNGAS	62847	0.20	5.57	92.00	47.60	18.40	87.10
SUR YUNGAS	51930	0.10	4.73	89.40	46.70	21.00	89.00
E) ORURO- NORESTE							
SAJAMA	7891	0.10	9.25	93.50	50.30	23.20	94.70
SAN PEDRO DE TOTORA	4040	0.90	16.29	97.20	52.00	27.10	99.60
F) ORURO- SUR OESTE							
LITORAL	2087	0.00	8.58	91.50	40.00	19.80	93.90
ATAHUALPA	3567	0.00	2.19	94.10	43.00	13.50	98.20
G) ORURO- CENTRO							
NOR CARANGAS	4900	0.00	12.75	95.90	49.70	31	99.5
CARANGAS	7642	0.01	12.71	92.70	51.30	30.3	98.8
SUR CARANGAS	4316	0.00	11.26	97.00	48.70	33.1	99.5
L. CABRERA	7363	0.08	9.04	95.70	48.00	22.6	94.7
H) ORURO- ESTE							
BARRON	5045	0.01	9.87	95.20	39.20	24.2	98.3
SAUCARI	5569	0.14	8.76	93.50	54.00	27.1	99.6
CERCADO	213755	1.23	0.79	58.40	32.20	10.4	75.6
POTOSI							
DANIEL CAMPOS	4630	0.01	1.75	81.80	37.40	9	92.7

fuente:elaboracion propia en base a: Mapa Pobreza, UDAPSO 1995, MAPA Desnutricion , UPDAPSO, 1994

INE : indicadores sociales , CENSO 1992

CUADRO No 8 A

BOLIVIA RURAL AYMARA: INDICADORES DE SALUD

DEPARTAMENTO/ PROVINCIA/AREA	INDICADORES DE SALUD			ACCESO A SERVICIOS DE SALUD			
	MORTAL INFANTIL	DESNUT. INFANTIL	TASA FECUND	MED. OCCIDENT SNS/SS/ONG/ SP	AUTOME FARM.	MED. TRADIC.	NO ACCEDE
AYMARA RURAL TRADICIONAL							
A) LA PAZ- NORTE							
F. TAMAYO	91.00	18.63	7.20	11.83	18.20	31.70	6.44
CAMACHO	68.00	8.94	5.30	19.05	2.14	34.90	16.20
MUNECAS	85.00	19.18	5.90	28.18	1.10	31.00	3.00
B) LA PAZ- CENTRO NORTE							
OMASUYOS	86.00	19.18	4.70	17.41	0.55	4.00	2.20
MANCO KAPAC	73.00	10.68	5.20	23.98	3.40	26.67	22.00
LARECAJA	91.00	7.76	5.90	34.07	13.30	9.50	13.30
LOS ANDES	68.00	9.29	5.50	21.67	3.40	26.00	33.30
C) LA PAZ- CENTRO SUR							
INGAVI	77.00	13.36	4.80	32.70	3.92	18.50	22.60
PACAJES	82.00	16.79	5.60	18.30	1.99	19.90	32.50
MURILLO	62.00	9.92	3.50	57.20	9.24	3.20	1.50
J.M. PANDO	82.00	14.66	5.60	24.60	3.27	35.20	30.80
AROMA	90.00	13.14	6.10	26.20	4.52	20.70	26.40
G. VILLARROEL	88.00	7.92	7.10	22.60	6.60	28.40	17.40
D) LA PAZ-ESTE VALLES							
LOAYZA	69.00	12.93	5.60	21.70	2.89	23.60	20.60
INQUISIVI	94.00	20.27	6.70	32.70	3.00	18.80	18.30
LA PAZ- YUNGAS TRADICIONAL							
NOR YUNGAS	72.00	9.89	5.40	31.90	15.66	6.40	20.10
SUR YUNGAS	72.00	10.99	5.60	47.60	8.28	8.10	17.40
E) ORURO- NORESTE							
SAJAMA	130.00	11.65	6.00	24.00	1.29	32.40	23.70
SAN PEDRO DE TOTORA	130.00	8.46	6.60	28.60	0.59	15.10	8.40
F) ORURO- SUR OESTE							
LITORAL	135.00	9.46	6.10	42.50	1.10	31.30	4.60
ATAHUALPA	135.00	8.53	6.10	47.80	2.60	23.00	10.30
G) ORURO- CENTRO							
NOR CARANGAS	120		6.3	37.00	2.40	31.50	9.40
CARANGAS	135	11.17	6.3	35.30	2.20	16.90	11.50
SUR CARANGAS	120		6.3	41.70	2.50	18.90	15.60
L. CABRERA	145	6.19	6.1	45.00	3.68	17.20	19.00
H) ORURO- ESTE							
BARRON	130		6.6	40.70	7.33	20.00	19.10
SAUCARI	130	11.55	6.5	29.60	3.60	15.00	8.70
CERCADO	95	8.24	4.4	65.90	8.40	4.40	11.70
POTOSI							
DANIEL CAMPOS	120	6.76	6	61.40	1.29	12.27	11.80

fuerite:elaboracion propia en base a: Mapa Pobreza, UDAPSO 1995, MAPA Desnutricion , UPDAPSO, 1994

INE : indicadores sociales , CENSO 1992

CUADRO No 9

BOLIVIA RURAL QUECHUA: INDICADORES SOCIO DEMOGRAFICOS

DEPARTAMENTO/ PROVINCIA/AREA	INDICADORES SOCIALES Y DEMOGRAFICOS						
	TOTAL POBLACION	% MON QUECHU	LINGUES AYMARA	INCIDEN POBREZ	INTENSID POBREZ	ANALFAB %	SERVICI BASICOS
RURAL TRADICIONAL QUECHU							
A) NORTE DE LA PAZ							
ITURRALDE	8,226	0.37	0.04	92.60	47.30	14.80	81.50
SAAVEDRA	9,995	32.40	4.68	96.40	58.60	49.20	97.70
F. TAMAYO	17,619	28.13	3.80	96.20	63.40	40.80	95.90
LARECAJA	68,762	0.81	4.62	91.10	48.50	23.40	91.40
MUNECAS	17820	23.07	27.61	97.80	61.30	54.30	98.90
B1) CHUQUISACA A)							
OROPEZA	176,298	18.40	0.02	53.00	39.60	22.80	50.50
YAMPARAES	31263	31.69	0.01	95.00	50.40	62.70	97.10
ZUDANEZ	30982	31.65	0.27	95.20	57.70	64.70	95.50
TOMINA	35443	17.86	0.01	92.70	52.20	51.70	94.50
AZURDUY	23492	24.98	0.03	97.30	58.00	65.40	98.10
B) CHUQUISACA							
NOR CINTI	65866	15.79	0.02	94.00	56.00	52.30	93.30
B2) POTOSI							
C) NORTE DE POTOSI							
CHARCAS	25,620	89.52	0.81	98.80	61.90	61.30	99.70
A. IBANEZ	19,218	21.35	7.07	96.60	58.80	51.00	98.70
BILBAO	8,130	59.65	0.02	98.20	57.00	5.90	99.70
CHAYANTA	72647	52.70	0.10	97.10	59.60	64.60	99.30
D) POTOSI-AREA CENTRAL							
FRIAS	144804	12.50	0.02	58.40	36.00	22.70	68.30
SAAVEDRA	52402	42.51	0.02	94.40	51.80	55.80	97.30
LINARES	51689	37.28	0.03	94.30	47.70	46.50	97.40
E) POTOSI-TRANSICION							
NOR CHICHAS	40707	25.40	0.00	91.00	46.00	41.70	98.00
QUIJARRO	36580	8.45	0.42	71.70	42.00	23.70	93.00
C) COCHABAMBA							
A) PERIFERIA OCCIDENTAL							
AYOPAYA	54,597	37.43	0.16	94.70	54.00	48.20	98.10
TAPACARI	19,202	42.82	8.63	98.20	63.70	59.40	99.90
B) PERIFERIA SUR							
MIZQUE	27,959	48.40	0.05	94.90	54.30	52.10	95.80
BOLIVAR	7,081	47.40	0.06	97.80	61.50	56.10	99.90
ARQUE	18,249	60.40	0.05	97.60	65.70	66.20	99.70
C) PERIFERIA ORIENTAL							
TIRAQUE	31315	30.79	0.03	96.40	46.30	33.30	93.00
CARRASCO	77,814	23.10	0.04	95.20	49.80	30.70	92.00
CAMPERO	30,358	29.61	0.01	91.70	49.50	38.70	93.40
HACIA LOS VALLES CENTRALE							
CAPINOTA	24444	30.70	0.02	87.30	44.60	39.20	90.50
CHAPARE	121073	14.80	0.04	87.60	42.20	23.00	86.30
E. ARZE	28,717	38.80	0.01	90.70	45.40	41.40	93.60
ARANI	23331	37.20	0.01	89.70	43.00	37.90	93.60
D) CORAZON DE VALLES CENT							
CERCADO	424,861	1.30	0.12	44.80	29.00	7.00	59.90
QUILLACOLLO	145,197	7.80	0.04	67.30	33.20	15.70	76.20
JORDAN	27,505	15.70	0.01	84.50	33.70	23.80	83.60
PUNATA	47,402	19.40	0.02	82.10	33.90	25.50	85.10

fuente:elaboracion propia en base a: Mapa Pobreza, UDAPSO 1995, MAPA Desnutricion , UPDAPSO, 1994

INE : Indicadores sociales , CENSO 1992

CUADRO No 9 A
BOLIVIA RURAL QUECHUA: INDICADORES DE SALUD

DEPARTAMENTO/ PROVINCIA/AREA	INDICADORES DE SALUD			ACCESO A SERVICIOS DE SALUD			
	MORTAL INFANTIL	DESNUT. INFANTIL	TASA FECUND	MEDICINA OCCI SNS. SS, ONGS,	AUTOME FARM.	MEDICIN NO TRADICI	NO ACCEDE
RURAL TRADICIONAL QUECHUA							
A) NORTE DE LA PAZ							
ITURRALDE	100.00	13.25	7.7	45.33	4.92	13.76	14.3
SAAVEDRA	98.00		5.9	16.09	1.75	57.62	15.1
F. TAMAYO	91.00	18.63	7.2	15.45	23.02	41.01	6.4
LARECAJA	91.00	7.76	5.9	32.4	11.93	4.56	13.3
MUNECAS	85.00		5.9	27.17	1.47	40.07	17.1
B1) CHUQUISACA A)							
OROPEZA	69.00	13.63	4.8	73.9	6.21	11.66	7.6
YAMPARAES	112	18.64	6.6	54.12	1.01	33.85	5.9
ZUDANEZ	103	17.94	7	33.45	3.97	49.43	6.6
TOMINA	88	17.64	7.5	60.51	1.93	28.16	4.7
AZURDUY	112	15.19	7.8	40.56	1	41.75	3.3
B) CHUQUISACA							
NOR CINTI	103	12.44	7	25.06	6.96	44.92	5.7
B2) POTOSI							
C) NORTE DE POTOSI							
CHARCAS	119.00	21.36	5.9	17.54	0.79	85.29	7.6
A. IBANEZ	123.00	34.96	6.3	14.53	0.8	70.32	0.9
BILBAO	105.00	24.84	5.9	27.56	3.64	69.92	13.2
CHAYANTA	129	24.89	6.6	48.36	3.75	52.7	7.6
D) POTOSI-AREA CENTRAL							
FRIAS	99	18.24	5.5	70.6	2.14	9.04	5.2
SAAVEDRA	135	18.4	6.8	44.13	2.45	29.29	11.4
LINARES	129	16.86	6.1	57.46	0.66	23.06	10.6
E) POTOSI-TRANSICION							
NOR CHICHAS	105	15.31	6.4	64.73	2.07	16.36	7.4
QUIJARRO	119	11.9	6	45.35	6.92	14.84	9.8
C) COCHABAMBA							
A) PERIFERIA OCCIDENTAL							
AYOPAYA	111.00	10.30	7.4	19.67	3.03	27.54	14.1
TAPACARI	78.00	24.51	6.3	11.63	1.22	57.55	11.6
B) PERIFERIA SUR							
MIZQUE	93.00	11.47	6.6	59.13	1.39	25.31	11.6
BOLIVAR	106.00		6	29.09	4.35	57.15	14.7
ARQUE	108.00	24.89	5.7	15.48	2.71	56.41	20.5
C) PERIFERIA ORIENTAL							
TIRAQUE	97	21.89	6.9	60.78	10.55	10.19	6.6
CARRASCO	90.00	12.49	6.3	51.1	9.2	10.4	10.7
CAMPERO	79.00	14.77	6.6	55.69	6.64	14.25	6.1
HACIA LOS VALLES CENTRALES							
CAPINOTA	95	12.75	6.5	68.16	7.95	18.55	9.7
CHAPARE	86	14.55	5.5	64.44	9.03	5.23	9.5
E. ARZE	95.00	13.58	6.3	58.99	3.25	11.61	8.9
ARANI	109	16.52	6.8	26.16	4.53	8.28	10.4
D) CORAZON DE VALLES CENT							
CERCADO	54.00	6.91	3.8	75.96	5.55	0.81	7.7
QUILLACOLLO	87.00	10.86	4.8	83.28	2.64	2.28	7.5
JORDAN	96.00	14.58	5.4	63.59	42.41	2.69	7.8
PUNATA	85.00	15.28	5.5	35.83	1.08	2.67	5.5

fuentes: elaboración propia en base a: Mapa Pobreza, UDAPSO 1995, Mapa Desnutrición, UDAPSO, 1994
INE: Indicadores sociales, CENSO 1992

CUADRO 10

BOLIVIA RURAL GUARANI Y OTROS GRUPOS DE LAS TIERRAS BAJAS

DEPARTAMENTO/ PROVINCIA/AREA	INDICADORES SOCIALES Y DEMOGRAFICOS						
	TOTAL POBLACION	% MONO LINGUES		INCIDENCIA POBREZA	INTENSIDA POBREZA	ANALFAB %	SERVICIO BASICOS
		guarani	otros				
GUARANI-CHIRIGUANO							
CORDILLERA/SANTA CRUZ	88628	4.40	0.20	71.80	40.10	16.50	67.00
LUIS CALVO/CHUQUISACA	17251	2.30	0.30	90.50	47.10	28.00	86.70
HERNANDO SILES/CHUQUISAC	35255	1.00	0.20	87.50	49.90	37.40	86.70
GRAN CHACO/TARIJA	74612	0.06	0.90	68.90	37.60	15.50	71.20
O CONNOR/TARIJA	17663	1.10	0.30	90.80	51.00	34.80	90.10
GUARAYOS							
GUARAYOS/S. SANTA CRUZ	20902	8.90	0.80	95.60	44.40	17.80	97.60
MOXOS INTERETNICO							
YACUMA/BENI	25068	0.00	0.75	78.90	42.60	16.50	81.80
MOXOS/BENI	17602	0.00	2.59	92.00	53.90	29.10	94.80
MARBAN/BENI	11950	4.00	0.10	97.10	49.40	20.60	98.30
CHIQUITANO							
VELASCO/SANTA CRUZ	49929	0.05	0.10	86.30	42.00	19.10	89.00
NUFLO CHAVEZ/SANTA CRUZ	61008	0.01	0.80	94.20	48.30	26.90	90.20
CHIQUITOS/SANTA CRUZ	42519	0.03	0.23	68.10	33.90	9.60	73.30
CHIMANE-MOSETEN-OTROS							
BALLIVIAN/BENI	47420	1.00	3.43	89.20	46.70	18.00	95.70
VACA DIEZ/BENI	84651	0.00	0.28	75.90	36.70	9.30	81.80
CERCADO/BENI	63128	0.00	0.10	58.20	33.40	7.20	72.10
G. BUSCH/SANTA CRUZ	25426	0.00	0.08	55.40	33.80	6.60	58.10
MANURIPI/PANDO	7360	0.00	0.00	97.40	48.00	21.80	96.20

fuente:elaboracion propia en base a: Mapa Pobreza, UDAPSO 1995, MAPA Desnutricion , UPDAPSO, 1994

INE : indicadores sociales , CENSO 1992

CUADRO 10 A
BOLIVIA GUARANI Y OTROS GRUPOS DE LAS TIERRAS BAJAS

DEPARTAMENTO/ PROVINCIA/AREA	INDICADORES DE SALUD			ACCESO A SERVICIOS DE SALUD			
	MORTAL INFANTIL	DESNUT. INFANTIL	TASA FECUND	MEDICINA OCCI SNS, SS, ONGS,	AUTOME FARM.	MEDICIN TRADICIO	NO ACCEDE
GUARANI-CHIRIGUANO							
CORDILLERA/SANTA CRUZ	40.00	11.32	6.50	64.40	9.80	1.90	5.20
LUIS CALVO/CHUQUISACA	85.00	11.25	6.80	63.30	2.60	12.30	8.50
HERNANDO SILES/CHUQUISAC	89.00	10.60	6.90	65.20	3.60	17.50	5.30
GRAN CHACO/TARIJA	58.00	5.89	5.30	66.40	3.00	4.75	4.20
O CONNOR/TARIJA	70.00	8.47	7.10	59.70	3.00	24.90	7.30
GUARAYOS							
GUARAYOS/SANTA CRUZ	60.00	13.62	8.20	70.10	3.90	2.60	3.50
MOXOS INTERETNICO							
YACUMA/BENI	78.00	15.02	6.40	76.10	5.10	7.70	1.20
MOXOS/BENI	112.00	11.76	8.10	49.10	17.90	11.90	3.20
MARBAN/BENI	90.00	10.77	8.20	64.60	4.60	7.80	10.90
CHIKUITANO							
VELASCO/SANTA CRUZ	62.00	12.81	7.90	63.30	2.30	2.30	0.90
NUFLO CHAVEZ/SANTA CRUZ	85.00	9.61	7.60	67.50	6.90	3.40	2.10
CHIKUITOS/SANTA CRUZ	65.00	8.15	6.50	67.80	5.60	0.60	1.40
CHIMANE-MOSETEN-OTROS							
BALLIVIAN/BENI	94.00	6.55	6.30	56.30	5.50	3.80	11.90
VACA DIEZ/BENI	101.00		6.10	72.10	5.20	0.30	4.00
CERCADO/BENI	73.00	6.28	4.90	68.40	4.10	0.80	6.30
G. BUSCH/SANTA CRUZ	55.00	13.81	5.50	61.40	4.70	0.70	2.20
MANURUPI/PANDO	74.00	2.75	7.70	75.80	4.30	0.00	3.60

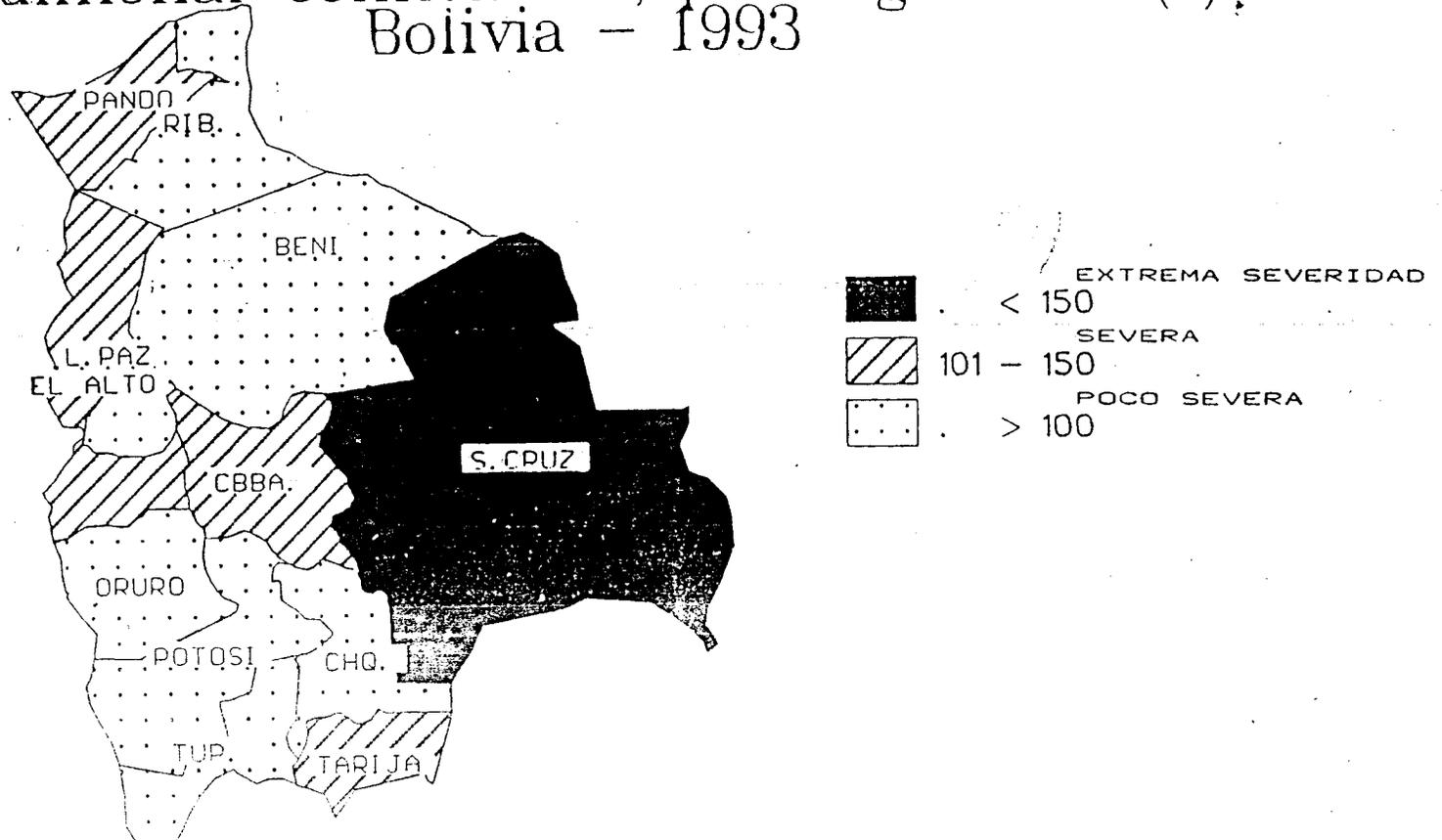
fuelle:elaboración propia en base a: Mapa Pobreza, UDAPSO 1995, MAPA Desnutrición , UPIAPSO, 1994

INE : Indicadores sociales , CENSO 1992

ANEXO 3

FIGURA 9

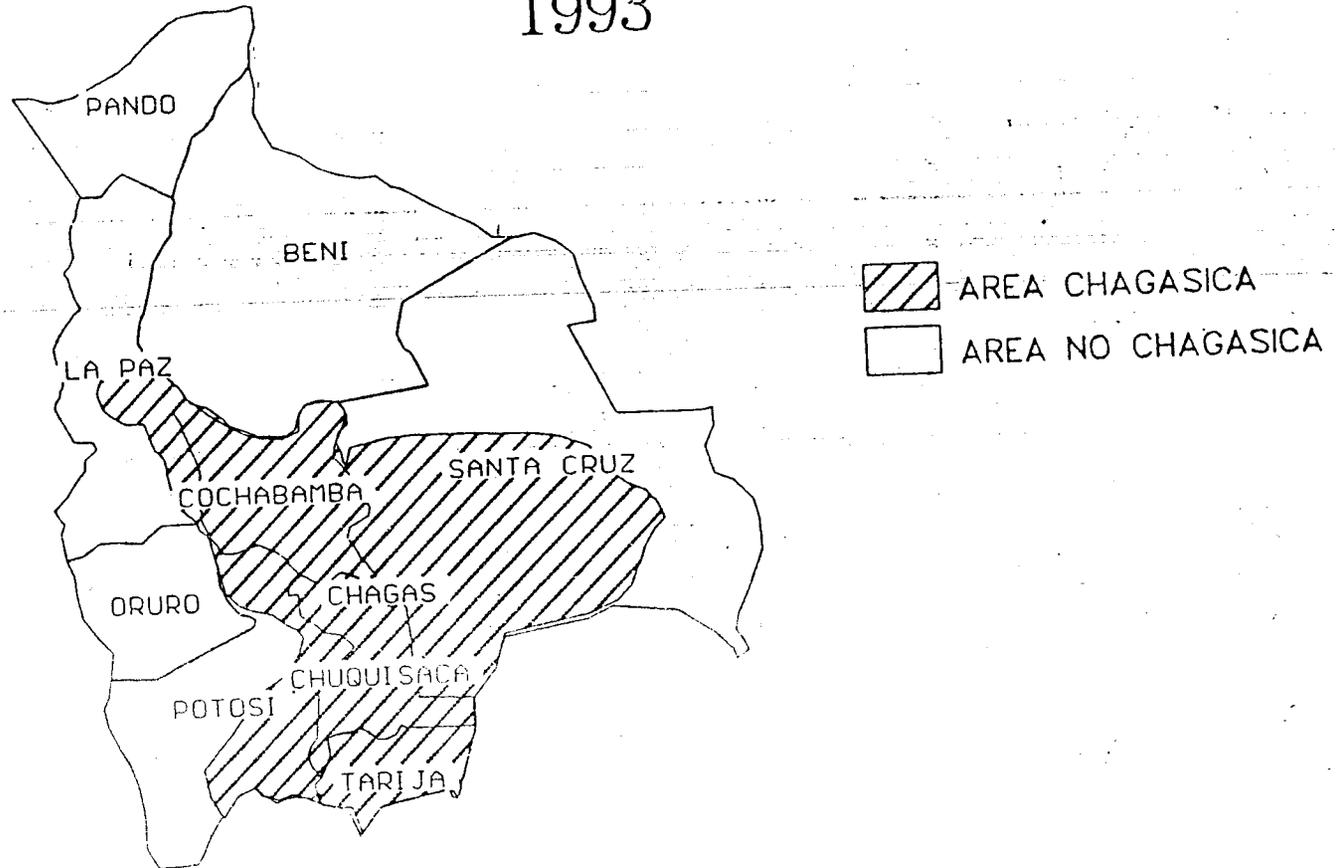
Tasa de incidencia de la Tuberculosis Pulmonar confirmada, por regionales (1), Bolivia - 1993



FUENTE: PROG. TBC/SECRETARIA NAL. DE SALUD
(1) TODO EL PAIS EN COMPARACION CON LA REGION DE LAS AMERICAS ES DE MUY ALTO RIESGO PARA TUBERCULOSIS.

FIGURA 5

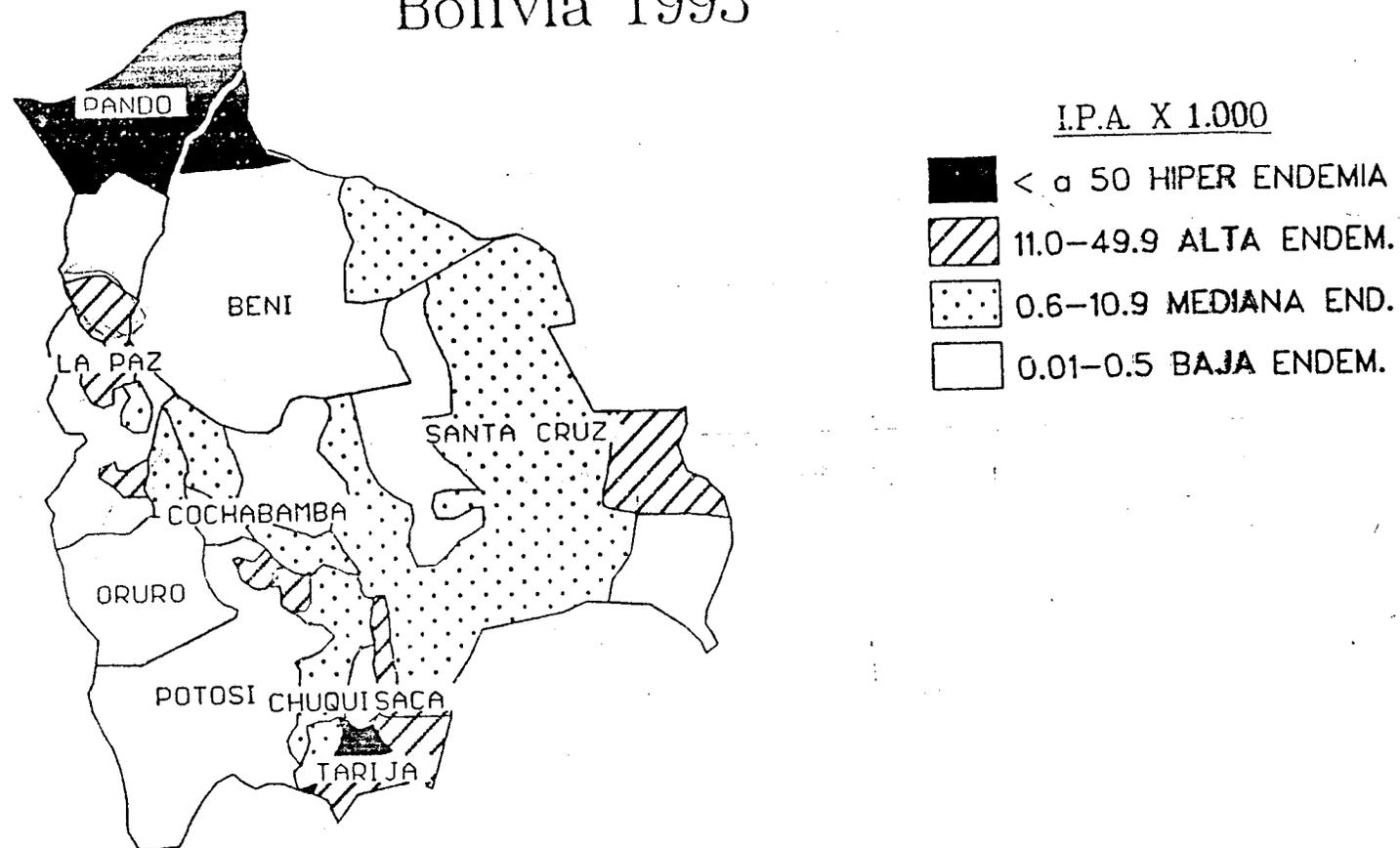
Area de Transmision Vectorial de Chagas en Bolivia 1993



FUENTE: SECRETARIA NAL. DE SALUD

FIGURA 4

Mapa Epidemiológico de Malaria por Rangos de Riesgo Endémico Bolivia 1993



FUENTE: SECRETARIA NAL. DE SALUD

ANEXO 4

CUADRO No 11 A

**EXISTENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
SEGUN NUMERO DE ASENTAMIENTOS DE PUEBLOS INDIGENAS**

ZONA	PROVINCIA	TOTAL ASENTAMIEN	POBLACION TOTAL	SERVICIOS DE SALUD FORMAL			RECURSOS HUMANOS COMUNITARIOS		
				TIENE	NO TIENE	S/INFOR.	PROMOTOR	CURANDERO	PARTERA
C H A C O	Cordillera	174	24.056	37	77	60	46	19	35
	Gran Chaco	49	3.861	12	17	20	4	6	8
	O Connor	29	1.639	6	17	6	7	2	2
	Hernando Siles	52	2.548	1	15	36	3	7	2
	Luis Calvo	63	3.542	6	16	41	6	5	4
	TOTAL	367	35.646	62	142	163	66	39	51
				17%	39%	44%	42%	25%	33%

FUENTE: Inventario y Mapeo de Servicios de Salud y proyectos en las Zonas de Pueblos Indigenas

DRO No 11 B

**EXISTENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
SEGUN NUMERO DE ASENTAMIENTOS DE PUEBLOS INDIGENAS**

ZONA	PROVINCIA	TOTAL ASENTAMIEN	POBLACION TOTAL	SERVICIOS DE SALUD FORMAL			RECURSOS HUMANOS COMUNITARIOS		
				TIENE	NO TIENE	S/INFOR.	PROMOTOR	CURANDERO	PARTERA
O R I E N T E	San I.de Velazco	130	20.846	33	88	9	49	10	21
	Nuflo Chaves	78	10.546	19	56	3	30	8	22
	Guarayos	11	6.235	3	7	1	--	1	2
	Andres Ibanez	46	6.728	9	20	17	5	--	7
	Angel Sandoval	24	3.277	2	18	4	--	5	14
	Chiquitos	32	2.877	11	20	1	13	5	12
	Warnes	24	3.261	4	19	1	1	2	5
	TOTAL	345	53770	81	228	36	98	31	83
				24%	66%	10%	46%	15%	39%

FUENTE: Inventario y Mapeo de Servicios de Salud y proyectos en las Zonas de Pueblos Indigenas

CUADRO No 11 C

**EXISTENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
SEGUN NUMERO DE ASENTAMIENTOS DE PUEBLOS INDIGENAS**

ZONA	PROVINCIA	TOTAL ASENTAMIE	POBLACION TOTAL	SERVICIOS DE SALUD FORMA RECURSOS HUMANOS COMUNITARIO					
				TIENE	NO TIENE	S/INFOR.	PROMOTOR	CURANDER	PARTERA
A M A Z O A	Cercado	26	4.036	7	19	--	3	11	13
	Marban	58	7.482	16	37	5	11	8	39
	Moxos	44	8.699	7	34	3	11	10	28
	Itenez	22	4.063	6	16	--	--	5	12
	Mamore	28	6.452	4	20	4	2	8	8
	YAcuma	55	6.779	7	45	3	8	7	25
	J. Ballivian	117	11.128	8	91	18	9	10	42
	Vaca Diez	19	4.036	2	17	--	2	2	--
	N. Suarez	4	488	1	3	--	--	1	1
	Madre de Dios	7	902	2	4	1	3	2	2
	TOTAL	380	54.065	60	286	34	49	64	170
			16%	75%	9%	17%	23%	60%	

FUENTE: Inventario y Mapeo de Servicios de Salud y proyectos en las Zonas de Pueblos Indigenas

CUADRO N° 12

ETNIA	UBICACION GEOGRAFICA	POBLACION ESTIMADA	ESTIMACION DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD: (HIJOS POR MUJER)	ESTIMACION DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR MIL NACIDOS VIVOS)
Areona	Al nor-este del río Madidi, entre el río Manuripi y el río Madre de Dios.	93	4.3	192
Baure	Entre el río Machupo y el río Baures, afluentes del río Itenes.	4,957	7.6	136
Canichana	Entre el río Mamore y el río Machupo. Aprovechando las aguas del río Irupuro, del río Cocharcas del río Molina y de los arroyos Yotaré, San Salvador, San Juan, Ma... la, de la Cruz, Carbón.	1,018	5.1	135
Cavineño	Al nor-este de las Lagunas Huatunas, entre la confluencia del río Madidi con el río Beni y el territorio que se extiende hasta el río Benicito.	2,108	6.4	117
Cayubaba	Al nor-este de la Laguna Rogaguado, entre esta laguna y el río Yata; siguiendo el curso del río.	48	4.2	203
Chacobo	Entre el río Ivon y el río Yata, al nor-este del río Benicito.	855	5	147
Chlman	Al oeste del río Apere, entre este río y el río Quilibey, pasando la serra- nía de Eva-Eva.	4,234	7	126
Esse-Ejja	Entre el río Madre de Dios y el río Ortho, llegando a la confluencia de estos ríos con el río Madera.	1,876	5.7	109
Guarasegwe	Al este del río Paragua, entre este río y el río Tarvo.	35	4	214
Guarayo	Al este del río San Pablo, pasando el río Agua Caliente y el río Zapecos de concepción.	9,794	8.9	168
Ignaciáno	Al nor-este del río Secure, pasando el río Tijimichi, llegando a las corrientes del río Apere.	13,826	8.9	154
Itonoma	Al norte de la Laguna San Luis, entre el río Itonoma y el río Itenes, pasando, el río Baures y el río San Martín.	4,724	7.3	131

More	<i>Al norte del río Machupo, entre este río y el río Mamore; llegando a la confluencia del río Mamoré y el río Itenes.</i>	372	4.8	158
Moseten	<i>Al este del río Cotacajes, pasando los ríos Santa Elena y Alcamachi, siguiendo el curso del río Cotacajes en dirección norte, remontando las Serranías de Sejeruma y Tacuaral; desplazándose en las márgenes del río Beni hasta llegar a su afluente: el río Tulchi.</i>	1,274	5.4	102
Movima	<i>Entre el río Apere y el río Mamoré, llegando a la confluencia entre ambos ríos. Aprovechando las aguas del río Rapulo y de los arroyos San Salvador y Yotará.</i>	2,038	6	112
Moxeño	<i>Comprende la expansión territorial bañada por la red fluvial que alimenta el río Isiboro. El mismo río se convierte en afluente del río Secure, remontando sus aguas hacia el norte. Otra red fluvial, que incorpora a los ríos Isiboro y Secure, culmina sus aguas en el río Mamore. Hacia el norte otra red fluvial lleva su corriente hacia el río Mamoré; el río Senero recoge aguas del río Queraye, del río Itarecoco, del río Tijimuchi, del río Ichinigua, del río Ichiniguata, del río Machicure.</i>	5,966	7.8	106
Nahua	<i>Al norte de río Madre de Dios, entre este río y el río Manuripi, pasando los ríos Curichón Hidalgo y Paramichel.</i>			
Pacahuara	<i>Entre el río Madera y el río Abuná, aprovechando las aguas del río Negro y del río Pacahuaras. Llegando a la confluencia del río Madera y el río Abuná.</i>	14	3.9	225
Reyesaño	<i>Al nor-este del río Maniqui, aprovechando las aguas del río Caripo y río Yacuma. Llegando a las orillas del río Beni, a las alturas de la laguna Yusala. Al sud de Curuchi del Rosario.</i>	1,026	5.3	124

Sriono	<i>Al sud-este del río Machupo, pasando el río Itonoma, aprovechando la Laguna San Luis, cruzando el río San Miguel y el río Blanco hasta llegar a las orillas del río San Joaquín.</i>	1,143	5.1	113
Tacana	<i>Al nor-este del río Tulchi, remontando el curso del río Beni, hasta llegar a las orillas del río Madidi.</i>	6,643	8.3	145
Toromona	<i>Al nor-oeste del río Madidi, remontando el río Heet hasta su confluencia con el río Madre de Dios.</i>			
TrinHario	<i>Expandiéndose a partir de las confluencias de los ríos Secure, Tijimuchi, Muco, Matiquipiri, Tamuco, con el río Mamoré.</i>	23,200	9.5	159
Yaminahua	<i>Al norte del río Tahuamanu, aprovechando las aguas del río Titi manu, llegando a las corrientes del río Acre.</i>	251	4.7	169
Yucarare	<i>Al nor-oeste del río Chapare, aprovechando las aguas de los ríos Salbasuma Chipirichto, Namayumujo, Bomarrasama, Eteramasama, Chinchitoso, pasando las corrientes del río Isiboro, hasta llegar a las orillas del río Tayota.</i>	3,013	6.7	121
Yuqui	<i>Al este del río Ichilo, remontando el río Chore, hasta llegar al río Yapacaní. Desplazándose por el norte hasta encontrar las confluencias del río Ichilo y el río Yapacaní con el río Grande.</i>	151	4.5	180
Chiquitanos		40,478	7.3	
Guaraníes		50,000		
Ayoreo		2,796	5.5	
		181,933		

Estimaciones para 1.990

Ministerio de Planeamiento - PNUD. Diagnóstico etnoeducativo y etnotecnológico del Oriente Boliviano y del Norte 1987-1990

Lic. Raúl Prada Alcoreza

INFORME DE TRABAJO
DOCUMENTACION RECOPIADA
SOBRE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS

Elaborado por:
Rita Paola Moreno

La Paz, septiembre, 1996

INFORME DE TRABAJO

DOCUMENTACION REFERENTE A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS

I. INTRODUCCION

El objetivo del trabajo fue obtener información científica y técnica sobre la salud de los Pueblos Indígenas, de las fuentes disponibles en centros de información bibliográfica existentes en la ciudad de La Paz.

Para este propósito se contó con el patrocinio de la OPS/OMS y con el apoyo técnico de los bibliotecarios de los Centros de Documentación visitados.

El trabajo fue realizado por el equipo profesional de la Sociedad Hombre Nuevo, durante dos meses y medio.

II. METODOLOGIA DEL TRABAJO

Dentro de los requerimientos estipulados en los términos de referencia del contrato, para la definición de la metodología a seguir, se realizó una reunión de concertación con funcionarios de la OPS/OMS a fin de optimizar recursos en la búsqueda de la información.

Para la identificación de las fuentes existentes de información sobre Salud de los Pueblos Indígenas se consultaron varias personas y en consenso con la responsable del centro de documentación de OPS/OMS y la responsable del Programa Dra. Janet Aguirre se elaboró un listado de posibles Centros bibliograficos.

Una vez identificadas las fuentes se elaboraron fichas de identificación para cada una de las bibliotecas visitadas y fichas bibliográficas para obtener la Información deseada.

Para el levantamiento de información, se visitaron los centros de documentación por lo menos tres veces. se llenaron las fichas y luego se compatibilizó la información existente con el fin de evitar las duplicaciones.

Una vez recolectada la información se trabajó con el personal del centro

Una vez recolectada la información se trabajó con el personal del centro de documentación de OPS/OMS, para vaciar las fichas en una base de datos bajo el formato Micro Isis Lilacs, además de realizar la sistematización de la información y generar el presente informe de conclusiones.

Se tuvieron reuniones de consulta con personeras de varias Instituciones para conocer las opiniones sobre la creación de redes de Información . Las instituciones y personas visitadas son las siguientes: Fondo Indígena, Secretaría Nacional de Salud, Secretaría de Asuntos Etnicos, de Género y Generacionales., CIDOB. CETSUTCB.

Se buscó el contacto con otras más como el PNUD, SOBOMETRA pero no se lograron entrevistas.

2.1. RESULTADOS

Del total de Centros de Documentación visitados el 40% no cuentan con información sobre el tema y si la tienen no se encuentra debidamente registrada o adecuadamente fichada. En el 11% no tuvimos acceso a la información, ya sea porque estaban en inventario, traslado u otro problema interno. Solo en el 49% de los centros esperados se pudo obtener la información.

REGISTRO DE LOS CENTROS DE INFORMACION VISITADOS

No.	Biblioteca	No.Dctos	.Observaciones
1	MUSEF	10	
2	CARITAS	13	
3	SOBOMETRA	4	
4	CIDEM	4	
5	FIDA	1	
6	SNS	2	
7	UNICEF	9	
8	CRUZ ROJA	7	
9	CONGRESO	8	
10	PROCOSI	12	
11	CIPCA NACIONAL	23	
12	FAC. ANTROPOLOGIA Y ARQUEOLOGIA	9	
13	UMSA BIBLIOTECA CENTRAL	2	
14	OPS/OMS	7	
15	FAC. BIOQUIMICA Y FARMACIA		sin/información
16	FAC. DE HUMANIDADES		sin/información
17	CSUTCB		sin/información
18	CIENCIAS SOCIALES		sin/información
19	UNIVERSIDAD CATOLICA		sin/información
20	ERBOL		sin/información
21	UNIVERSIDAD ANDINA		sin/información
22	CORDINADORA DE PUEBLOS INDIGENAS		sin/información
23	UNESCO		sin/información
24	MUNICIPAL LA PAZ		sin/información
25	CEDOIN		sin/información
26	FAC. DE MEDICINA		sin/información
27	UNITAS		sin/atención
28	UDAPSO		sin/atención
29	FENASON		sin/atención
30	SECRETARIA DE ASUNTOS ETNICOS		sin/atención

En algunas instituciones visitadas se presentaron las siguientes situaciones:

- Biblioteca de Ciencias Sociales (UMSA). No tienen información sobre el tema de salud aunque si tienen sobre asuntos indígenas.

- **Biblioteca de la Universidad Católica:** Existe Información sobre salud y sobre indígenas pero no sobre salud de los indígenas

- **FENASONGS:** Nos informaron que todos sus documentos se hallan en deposito

- **Secretaría de Asuntos Etnicos:** Todavía no esta organizado su centro de documentación su material esta amontonado sin orden, es difícil revisarlo.

2.2. DESCRIPCION DE LA INFORMACION OBTENIDA POR DOCUMENTO Y AUTOR

MUSEF

Responsable: Sr. Hugo Daniel Ruíz
Teléfono: 358559
Dirección: Ingavi No. 916
Fax:
Correo Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

La institución se ocupa de archivar, publicar, llevar servicios, simposios, encuentros, sobre la etnografía y folklore de los pueblos Indígenas de Bolivia.

Sobre la medicina indígena, cuentan con material bibliográfico en el fichero pueblos indígenas y también con documentos de encuentros, simposios que aún están en proceso de codificación.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Experiencia en un centro rural del altiplano
Bocangel Nelly y Daysi
2. Primer seminario nacional de ONG´s sobre la problemática de salud en Bolivia
Federación Nacional de Asociaciones No Gubernamentales en Salud (FENASOG)

3. Los sistemas locales de salud
Organización Panamericana de Salud (OPS)
4. Los indios aymaras
Monasterios J. E.
5. Plantas medicinales de Collasuyo Bolivia
Patzí Gonzales Felix
6. Kallaguayas curanderos itinerantes de los Andes
Girault Luis
7. La cultura de los Incas
Lara Jesús

8. Plantas medicinales de Bolivia
Oblitas Poblete
9. La materia médica en el Incanato
Chavez Velasquez Nancy
10. Los campesinos herbolarios kallaguayas
Ranaboldo Claudia

Secretaría Nacional de Salud

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

Cuenta con muy poca información sobre pueblos indígenas.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Plantas medicinales de los guaraníes
Gallo Toro Victor
2. Salud de los pueblos indígenas
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

UMSA Facultad de Humanidades

Responsable: Bibliotecaria
Teléfono:
Dirección: Monoblock Central - UMSA
Fax:
C. Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

Es una biblioteca especializada en temas históricos, pedagógicos, de literatura y lingüística, sin embargo, se encontraron algunos documentos nacionales que tocan dicho tema.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Introducción al mundo kallaguaya
Rossig Ina
2. Mitos, supersticiones y supervivencias populares de Bolivia
Paredes M. Rigoberto
3. La cultura de los incas
Lara Jesús

UMSA Farmacia y Bioquímica

Responsable: Sánchez Verónica
Teléfono: 369621- int. 20
Dirección: Miraflores bajo, Av. Saavedra No.2246
Fax:
C. Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

Si bien no realizan trabajos específicos sobre el tema indígena; cuentan en su biblioteca con algunos documentos y publican los trabajos realizados por los alumnos de la Carrera.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Plantas medicinales
Fost Over Pío
2. Clasificación de las plantas medicinales usadas en la farmacopea kallaguaya
Reyes Chavez Gonzalo
3. La medicina natural al alcance de todos
Lazaeta Acharán Manuel
4. Compilación bibliográfica de especies vegetales usadas en la medicina tradicional boliviana
Loza Azurduy Ursula
5. Metabolismo fosfolípico en plaquetas de nativos quechuas y aymaras
Mosedaca de la Barra Rolando
6. Contribución al estudio lipídico en nativos del altiplano
Gonzales F. Isabel
7. Deficiencia de la lactancia como síndrome diarreico en niños con mestizaje aymara
Balanza Erquisia Elfride

8. **Plantas medicinales uso y dosificación de las 184 plantas más usadas en América Latina**
Hernandez Magaña Rafael; Gally Jordán Mireya
9. **Existencia de la enfermedad de Chagas en el Alto Beni y Carangas**
Inofuentes Vargas Sarela

UMSA Biblioteca Central

Responsable: Eliana Martinez Asbun
Teléfono:
Dirección: Monoblock Central Av. Villazón Planta baja
Fax:
C. Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

Existe escasa bibliografía sobre el tema, puesto que las bibliotecas especializadas de la Universidad se encargan de compilar ese material, igualmente sobre el tema salud. Existen algunas publicaciones, pero no son tan actualizadas.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Para la vida: saber para salvar
Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF)
2. Informe anual
Ministerio de Higiene y Salubridad

PROCOSI

Responsable: Benavidez Navía Francisco
Teléfono: 416061
Dirección: 20 de octubre No 2164
Fax: 314188
C. Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

PROCOSI no ha realizado trabajos de investigación específicos en relación al tema, sin embargo cuenta con información importante consistente en documentos, textos, cartillas, manuales, etc.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Uforan, Ufir, Qolla naka. Medicina que hay en nuestro jardín
Zalles A. Jaime, De Lucca Manuel
2. Renacer de la Patria
CIDEM
3. La educación popular y la medicina popular boliviana en los últimos
20 años
Luengo Blanca
4. Las plantas medicinales de los kallaguayas
Bastien Joseph
5. Manual de plantas y preparados medicinales
Cajías Jirón Martha
6. Acerca de la integración de los subsistemas de salud empírico
tradicional
Consejo Nacional De Población (CONAPO)
7. La medicina natural en Bolivia
Kongeling Norsk Revolutionary (Noruega) (KNA)
8. Utilidad de las plantas medicinales
Centro de Estudios Agrarios
9. Plantas medicinales
Acción Cultural Loyola (ACLO)
10. La medicina mágica en los valles de Cochabamba
Cummings Peter
11. Plantas simples para enfermedades comunes
SEAPAS
12. Plantas medicinales
Instituto de Educación para el Desarrollo Rural (INEDER)

BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL

Responsable: Bernal Hugo
Teléfono: 359816
Dirección: Ex Banco Central
Fax:
C. Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

Aunque no está dentro de sus funciones específicas el trabajar este tema, esta biblioteca tiene a disposición una bibliografía variada que incluye el tema indígena y salud.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Anuario 1993
Ministerio de Desarrollo Humano
2. Monografía de la coca
Loza Gregorio
3. Plan decenal de acción para la niñez y la mujer
Presidencia de la República de Bolivia
4. Coca en Bolivia
Cortes William, Masuan Mauricio
5. Medicina tradicional: el rol del kallaguaya dentro de la comunidad
Palleca Gilberto
6. Pobreza y salud para Bolivia
OPS/OMS
7. Dimensiones geográficas y demográficas de la salud en Bolivia
Bartlema Jhon
8. Dimensiones culturales de la salud en Bolivia concepto de salud
enfermedad a través de un estudio de la diarrea en la región
Andina
Molina Rivero Ramiro

CARITAS

Responsable: Roberto Barja
Teléfono: 342402
Dirección: Pichincha Edi. Juan Pablo II No 560
Fax: 390992
C. Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

Realizan variados proyectos en el país área de salud, producción y educación en todo el país. Llevan a cabo los siguientes programas Salud Familiar, Supervivencia infantil, Leishmaniasis, Malaria, Sida, Capacitación comunitaria para la salud materno infantil y Proyecto materno infantil.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Estudio sobre el área de pobreza en Bolivia
Morales Rolando
2. Areas de pobreza rural en Bolivia
Morales Rolando

3. Programa de allmentos
Caritas
4. Antecedentes del trabajo promocional enCaritas Bolivia
Caritas
5. Recetas de cocina boliviana
Caritas/UNICEF
6. Proyecto capacitación comunitaria para la salud reproductiva
Caritas
7. Proyecto capacitación y servicios comunitarios para la salud materna e infantil
Caritas
8. Develpment activitu proposal
Caritas
9. Programa complementario de supervivencia infantil
Caritas
- 10.Tuberculosis
Prieto Virgilio
- 11.Qué es el cólera
Prieto Virgilio
- 12.Infecciones respiratorias agudas
Antezana David
- 13.EDA
Antezana David

CIPCA Nacional

Responsable: Bibliotecaria Sra. Lola
Teléfono: 813597
Dirección: El Alto Av. 5 de Marzo No 888
Fax: 813773
C. Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

Como institución, brinda información sobre las ciencias sociales, a la par de trabajar en las distintas regiones rurales del país, en las que incorporan los temas de medicina tradicional (Indígena).

DOCUMENTOS EXISTENTES

- 1. Los campesinos herbolarios kallaguayas**
Ranaboldo Claudia
- 2. Introducción al mundo kallaguaya**
Rossing Ina
- 3. Medicina que hay en nuestro Jardín**
Zalles A. Jaime, De Lucca Manuel
- 4. Diccionario enciclopédico flora medicinal boliviana**
De Lucca Manuel, Zalles Jaime
- 5. La mesa blanca kallaguaya**
Rossig Ina
- 6. Estudios sobre los kallaguayas**
Berg Menacho, Alzereca Claros
- 7. Los jampirirs de Racaypampa**
Tarifa Alba
- 8. Testimonio kallaguaya del siglo XVIII**
Costa Arduz Rolando
- 9. Medicina andina popular**
Mallku Askjami Rufino, Limachi Paxsi
- 10. Mitos supersticiones y supervivencias populares en Bolivia**
Paredes Rigoberto
- 11. De los árboles, frutos, plantas y otras cosas medicinales que tiene este reino**
Loza Avila Gregorio
- 12. Las plantas medicinales de los kallaguayas**
Bastien Joseph
- 13. Mountain of the condor**
Bastien Joseph
- 14. Un herbolario de chajaya devela sus secretos**
Saucedo Mario
- 15. La piedra mágica**
Otero Gustavo Adolfo
- 16. El embarazo y las tradiciones en Bolivia**
Cajías Lupe
- 17. La persistencia de la medicina en Bolivia**
Ranaboldo Claudia
- 18. Pobreza y salud en Bolivia**
Varios
- 19. Plantas medicinales de los guaranies**
Gallo Toro Victor
- 20. Los Andes y la medicina**
Ryn Zdzislaw

21.La senda de los kallaguayas

Van Kessel Juan

22.Autosuficiencia comunitaria en salud un caso sobre los aymaras de

La Paz

Peres Crespo Carlos

23 Kallaguaya: curanderos itinerantes de los andes

Girault Luis

SOBOMETRA

Responsable: Alvares Walter

Teléfono: 350164

Dirección: Figueroa S/N Zona Challapampa

Fax:

C. Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

Se realizaron distintos congresos, seminarios, cursos, etc. sobre la medicina natural y particularmente sobre medicina kallawuaya, de los que participaron parteras, naturistas, kallawayas, jampirirs, etc.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. La piedra mágica

Otero Gustavo Adolfo

2. El gran libro de las plantas medicinales: la salud mediante las fuerzas curativas de la naturaleza

Pahlow M.

3. La medicina popular peruana

Valdizan Hermilio, Maldonado Angel

4. Kallaguaya. Curanderos itinerantes de los andes

Girault Luis

FIDA

Responsable: Galvez Germán

Teléfono: 356628

Dirección: Av. Arce No 2132

Fax:

C. Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

Presentan apoyo técnico y financiero a diferentes instituciones estatales sobre todo en el campo del Desarrollo Rural. Uno de los pocos programas con componente de salud en ejecución es el proyecto Catarista- San Juan del Oro.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Ejecución de proyectos de desarrollo rural
FIDA/CAF

CRUZ ROJA

Responsable: Bazán Ana Rosa
Teléfono: 323642
Dirección: Av. Camacho
Fax:
C. Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

Varios de los trabajos referidos a este tema existentes en su centro de documentación provienen de otras instituciones o autores, a pesar que la Cruz Roja tiene como objeto prestar apoyo a las poblaciones de más vulnerabilidad como los pueblos Indígenas y campesinos -lo está planteado en sus propuestas de trabajo futuro-.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Cuidado la diarrea produce deshidratación
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
2. Para la vida el reto de comunicación
UNICEF/OPS/UNESCO
3. En el área rural: tres barreras contra la salud reproductiva
Jimenes Eddy
4. Promoción del desarrollo de la mujer estudio de los clubes de madres de la Cruz Roja boliviana
Sánchez Antonio
5. Medicina tradicional
Jimenes Alberto
6. Utilización de la kiswara en el tratamiento de la artritis
Strauss Wilma

7. Historia de la medicina tradicional andina desde el kollasuyo
Nina Jhonny

UMSA Facultad de Antropología - Arqueología

Responsable: Suarez G. Bernardo
Teléfono: 390238
Dirección: Av. 6 de agosto
Fax:
C. Electrónico:

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

No realizaron trabajos específicos sobre el tema de salud de los Pueblos Indígenas. Sin embargo, desde 1991 se llevan a cabo dos proyectos de investigación en Antropología y dos en Arqueología, varios ya fueron publicados en Textos antropológicos como Migrantes nor-potosinos en La Paz.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Lo que puede el sentimiento
Debbits Ineke
2. La coca andina, visión indígena de una planta satanizada
Boldo Joan
3. Wachu, wachu: cultivo de la coca e identidad en los yungas de La Paz
Spedding Alison
4. Medicina andina farmacopea y rituales
Lira Jorge
5. Cambio cultural en torno a la salud en migrantes aymaras hacia la ciudad de el Alto, urbanización Villa Adela
Bellido Gomes Aurora
6. Bibliografía sobre medicina tradicional del área andina
Instituto Nacional de Integración
7. Bolivia mágica farmacopea y plantas alimenticias bolivianas
Zalles Jaime
8. Los Jampiris de Racaypampa
Alba Juan José
9. Sociedad y salud
Barrona de Infante Nohemy

CIDEM

Responsable: Machicao Ximena
Teléfono: 315249
Dirección: Av. Villazón No. 1970
Fax:
C. Electrónico: cidem

TRABAJOS RELACIONADOS CON EL TEMA

Se realiza trabajo de información y capacitación a mujeres del área rural, así como a migrantes a las ciudades, sobre todo en la temática de los derechos de las mujeres.

DOCUMENTOS EXISTENTES

1. Proyecto hacia la reducción de la morbilidad nativa en Bolivia
Secretaría Nacional de Salud
2. Encuesta nacional de demografía y salud
Instituto Nacional de Estadística
3. Proyecto mujer educación y vida
Camarlinchi Laura
4. En el área rural: tres barreras contra la salud reproductiva
Jimenez Eddy

III. SELECCION DE LOS 25 MEJORES DOCUMENTOS

Los criterios para seleccionar los 25 mejores documentos fueron: resultados de investigaciones realizadas en el País; un contenido que refleje la percepción étnica de la comunidad con relación a la salud y enfermedad; datos estadísticos sobre ubicación geográfica de las culturas aymara, quechua, guaraní y otras; datos demográficos, organización social, métodos curativos, e históricos sobre la salud de los pueblos indígenas.

Se seleccionarán los siguientes:

1. Desarrollo y fortalecimiento de los "sistemas locales de salud" salud de los pueblos indígenas
OPS/OMS
2. Inventario y mapeo de servicios de salud y proyectos en zonas de pueblos indígenas
Secretaría de Salud

3. **"Bolivia Plurilingüe" Guía para planificadores y educadores**
Albo Xavier
4. **Los guaraní-chiriguanos. La comunidad hoy**
Albo Xavier
5. **Censo Indígena del Oriente, Chaco y Amazonía 1994-95**
SNAEGG, INE, CIDOP, PNUD
6. **La senda de los kallaguayas**
Van Kessel Juan
7. **Los andes y la medicina**
Ryn Zdzisslaw
8. **Censo indígena del Oriente y Amazonía**
Secretaría Nacional de Asuntos Etnicos de Género y Generacional
9. **Fortalecer las comunidades**
Urioste Fernandez Miguel
10. **Medicina andina: farmacopéa y rituales**
Lira Jorge
11. **Lo que puede el sentimiento**
Debbits Ineke
12. **Historia de la medicina tradicional andina desde el kollasuyo**
Nina Jhonny
13. **La persistencia de la medicina en Bolivia**
Renaboldo Claudia
14. **Mountain of the condor**
Bastien Joseph
15. **Mitos supersticiones y supervivencias populares en Bolivia**
Paredes Rigoberto
16. **Areas de pobreza rural en Bolivia**
Moreles Rolando (Caritas)
17. **La medicina natural en Bolivia**
Kaongeling Norsk Revolutionary (KNA)
18. **Las plantas medicinales de los kallaguayas**
Bastien Joseph
19. **Introducción al mundo kallaguaya**
Rosing Ina
20. **Los campesinos herbolarios kallaguayas**
Renaboldo Claudia
21. **Salud de los pueblos indígenas**
OPS/OMS
22. **Kallaguaya: curanderos itinerantes de los andes**
Girault Luis
23. **La cultura de los incas**
Lara Jesús

- 24. Plantas medicinales de Bolivia
Oblitas Poblete Enrique
- 25. La piedra mágica
Otero Gustavo Adolfo

IV. SUGERENCIAS PARA CENTRALIZAR LA INFORMACION

En el análisis de los centros de documentación visitados se ha podido comprobar que no cuentan con el equipo adecuado que les permita incorporarse en una red de informática. Muchos de ellos ni siquiera poseen una computadora, los registros se hacen en cardex, en forma manual, sin embargo existe mucho interés dentro de los mismos de poder tener interconexiones y sistematizar la información existente.

En el análisis institucional sobre las posibilidades de formar una red de información se ha podido constatar que ninguna de ellas cuenta con las condiciones mínimas para aglutinar la información existente y poder constituirse en la base de una red de información.

En este sentido sugerimos que la OPS/OMS tome el liderazgo ya que su Centro de Documentación cuenta con los recursos técnicos y económicos para cumplir dicha función y difundir la información existente en boletines, cartillas, seminarios y otras formas de difusión que esté al alcance de las instituciones y personas interesadas en la solución de la problemática de la Salud de los Pueblos Indígenas.

Es importante que el centro de documentación de OPS/OMS trate de conseguir por lo menos una fotocopia o un ejemplar de los trabajos que fueron fichados y registrados y que se devuelva el resumen de la información a los centros que colaboraron brindando la información que disponen.

CENTRO DE DOCUMENTACION PWR-BOLIVIA

BIBLIOGRAFIA SOBRE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS

000001

Au: Bocangel A., Nelly; Bocangel, Daysi.

Ti: Experiencias en un centro medico rural del altiplano/sss.

Fu: La Paz : URQUIISO; 1989. <10> p.

Re: Este documento presenta la experiencia del centro médico "Frank Beck" de Ancoraine en el departamento de La Paz. Presenta los aspectos generales de la salud en el área y entre los programas de salud que estudia el hospital "Frank Beck, también muestra la promoción de la salud como un programa de mediano alcance y realizan asistencia patológica regional mostrando la tuberculosis, salmonelosis, afecciones traumatológicas y otras; las páginas que nos interesan son desde la 45 a la 54 (AU).

Ub: BO DA125 B664e; B02.1.

000002

Au: Bolivia. Federación Nacional de Asociaciones no Gubernamentales en Salud (FENASONGS).

Ti: Primer seminario nacional de Asociaciones no gubernamentales sobre la problemática de salud en Bolivia/sss.

Fu: La Paz; FEMASONGS; 1988. 109 p.

Re: Este trabajo recopila las presentaciones de los ASONG de Cochabamba, Santa Cruz, La Paz, se extraen conclusiones sobre las condicionantes de proceso salud-enfermedad, sobre las respuestas del Estado a políticas sociales a la diarrea y sobre la respuesta de las ASOGS a las determinaciones y condicionantes de la diarrea se dan las propuestas de líneas de dirección para las ONGs (AU).

Ub: BO DA125 F331p; B02.1.

000003

Au: Organización Panamericana de Salud.

Ti: Los sistemas locales de salud/sss.

Fu: Washington; OPS; 1991. <119> p.

Re: El documento presenta el tema de los sistemas locales de salud en países en vías de desarrollo y Bolivia. Analiza conceptos importantes a la problemática, métodos y experiencias concretas: las páginas que nos interesan son la 5, 7 y 49 (AU).

Ub: DA125 O631; B02.1.

000004

Au: Monast, J. E..

Ti: Los indios aimaras/sss.

Fu: Buenos Aires; Carlos Lohlé; 1972. 402 p.

Re: La obra contiene sobre todo una reflexión de 14 años de peregrinaje del autor, en las tierras de Carangas-Oruro en donde se sorprende de la forma que creen en Dios los aimaras de estas regiones. Fundamenta que es un amalgama de lo antiguo con lo nuevo, de lo cristiano con lo antiguo. El erotismo religioso (AU).

Ub: DA125 M7461; B02.1.

000005

Au: Patzi Gonzales, Felix.

Ti: Plantas medicinales de Qollasuyo Bolivia / castellana/sss.

Fu: La Paz ; QUBOL; 1967. 75 p.

Re: El texto enfoca sobre "Las plantas medicinales del Qollasuyo Bolivia" con el lema "que la alimentación sea tu única medicina y tu medicina sea tu alimentación". Para la dieta alimenticia es importante conocer los fundamentos de la medicina natural cósmica. El trabajo fue editado con el fin de ayudar y que esté al alcance de lo sanos y enfermos de los quechuas , aymaras y castellanos hablantes. Las plantas registradas tienen su nombre oficial y nativo (AU).

Ub: BO DA125 P315p; B02.1.

000006

Au: Girault, Luis.

Ti: Kallaguaya: Curanderos itinerantes de los andes/sss.

Fu: La Paz; UNICEF/OPS/OMS; 1987. 670 p. ilustr.

Re: Se trata de una investigación sobre las prácticas medicinales y mágicas de los Kallaguayas. La obra está elaborada en base a los resultados de las informaciones directas (en colecciones desde 1956) sobre todo la farmacopea y prácticas rituales de los kallaguayas asentados en la región de Charazani. Contiene también la clasificación indígena sobre las plantas medicinales. Como introducción describe la región kallaguaya. El texto tiene un glosario por orden alfabético de los nombres locales (AU).

Ub: BO DA125 G423k; B02.1.

000007

Au: Lara, Jesús.

Ti: La cultura de los incas/sss.

Fu: La Paz; Los amigos del libro; 1976. 450 p.

Re: La obra aunque no toca estrictamente el tema medicina indígena sin embargo en los primeros dos capítulos incluye sobre la religión pre-incaica, las creencias sobre la wak'as, los sacerdotes y los ritos. Como concebían el alma. En el capítulo 2 de igual forma habla de la astronomía y una parte de la medicina enfocando a la medicina herbolaria, de los curanderos y los kallaguayas, en donde resaltan las virtudes medicinales de las plantas, terapia de los curanderos, citujanos del inkario, baños, vapores, limpieza, etc (AU).

Ub: BO DA125 L2181; B02.1.

000008

Au: Oblitas Poblete, Enrique.

Ti: Plantas medicinales de Bolivia/sss.

Fu: La Paz; ISLA; 1971. 602 p. ilustr.

Re: Es una obra presentable y novedosa de las obras bolivianas; en materia de antropología. El autor concidera que es una obra con fuentes de primera mano, aunque desde un principio a lo ritual de la medicina kallaguaya lo califica como magia, superstición, brujería. En toda la extensión de la obra el punto débil es tratar con precisión a lo ritual de la medicina kallaguaya, sin embargo lo destacable es que el autor valora la medicina herbolaria de los Kallaguayas (AU).

Ub: BO DA125 012p; B02.1.

000009

Au: Chavez Velasquez, Nancy A..

Ti: La materia médica en el incanato/sss.

Fu: Lima; Mejía Baca; 1977. 426 p.

Re: El texto contiene estudios de farmacia y bioquímica de la Universidad de San Marcos-Lima Perú. El tema es materia médica del Incanato. La obra está basada en la comparación de versiones (sobre materia médica) que denotan sobre el tema, como ser que los incas utilizaron drogas para el tratamiento de enfermedades. Asimismo hay datos de la farmacopea y un listado de drogas que se utilizan durante el incanato, que muchos de ellos es muy común ver utilizar en la actualidad (AU).

Ub: DA125 C5121; B02.1.

000010

Au: Gallo Toro, Victor.

Ti: Plantas medicinales de las guaraníes/sss.

Fu: La Paz; FIA/SEMILLA/CEBIAE; 1996. 163 p.

Re: La cultura Iyoseña Guaraní, es de un conocimiento sobre sus recursos vegetales aun conservan gran parte de sus costumbres, creencias y sabiduría ancestral y además existe un gran recelo por parte de los Payereta dando a conocer toda la riqueza de sus conocimientos, por mantener y conservar sus costumbres y cultura "ñande reko". Los Payereta del pueblo guaraní, hacen uso adecuado del potencial farmacológico de su flora, habiendo encontrado una relación estrecha sobre las potencias y las formas de controlarlas en base a las especies existentes en la región. La forma de mayor aplicación de estas plantas son: cataplasma, infusión, mates y jugos, representando el 58 de las formas de aplicación, destinados a controlar las afecciones frecuentes de la zona (AU).

Ub: BO DA125 G172p; B02.1.

000011

Au: Organización Panamericana de la Salud.

Ti: Salud de los pueblos indígenas/sss.

Fu: La Paz; OPS/DMS; 1993. 21 p. ilustr.

Re: La búsqueda de la meta de salud para todos presenta nuevos y completos desafíos. Hoy, 500 años después del encuentro de 2 mundos, la OPS recibe un mandato, que le pide dar atención especial a la salud de los pueblos indígenas. Este proceso debe basarse en el respeto de los valores propios de cada cultura, con el objeto preciso y definido de fortalecer las identidades recíprocas, como base para el cambio necesario. Pretendemos llegar a comprender los problemas de los pueblos indígenas de las Américas, para definir sobre la base de este entendimiento, políticas, planes de acción que contribuyan realmente a la solución de los problemas de salud que les afecta (AU).

Ub: BO DA125 063s; B02.1.

000012

Au: Renaboldo, Claudia.

Ti: Los campesinos herbolarios kallaguayas/sss.

Fu: La Paz ; SEMTA; 1986. 204 p.

Re: Obra realizada en base a la práctica de los kallaguayas y el apoyo de SEMTA, con el fin de revalorizar la medicina tradicional, en base a la farmacopea kallaguaya, sobre la base de datos de los mismos como un puente entre la tradición y el

futuro, realizando la transmisión de conocimientos. De esta manera desmitificar las creencias que circulan sobre este grupo y ver más allá de las múltiples actividades que cumplen y el rol de las mujeres durante sus viajes estacionales (AU).

Ub: BO DA125 R2931; B02.1.

000013

Au: Rosing, Ina.

Ti: Introducción al mundo kallaguaya/sss.

Fu: Cochabamba; Los amigos del libro; 1990. 324 p.

Re: Es una obra considerada como obra maestra sobre los kallaguayas. Hasta antes de este estudio minucioso sobre el ritual de los kallaguayas, los científicos sociales (antropólogos, historiadores, etc). Los consideraban a los kallaguayas como a indios supersticiosos. Luego hubo otra corriente valoraban la farmacopea kallaguaya, pero continuaban negando la parte ritual (AU).

Ub: BO DA125 R834i; B02.1.

000014

Au: Paredes, Rigoberto M..

Ti: Mitos, supersticiones y supervivencias populares de Bolivia/sss.

Fu: La Paz; Biblioteca del sesquicentenario; 1976. 329 p.

Re: El autor desde un principio enfoca que sobre todo en el área rural hasta los más reconditos lugares de Bolivia hay gente que cree en supersticiones y por otro lado gente que actúa de curanderos. Según el autor esta realidad dificulta a los servicios sanitarios (de orden moderno), en el acceso de los mismos (AU).

Ub: BO DA125 P227m; B02.1.

000015

Au: Fost; Over, Pio.

Ti: Plantas medicinales/sss.

Fu: Barcelona; labor S.A.; 1980. 987 p. ilus.

Re: Es uno de los libros más completos que recopila la información de las plantas medicinales en el mundo mediante la clasificación botánica de las plantas son descritas, ayudando a esto dibujos muy bien realizados, los datos que se obtienen son descripción composición, virtudes y uso de las mismas (AU).

Ub: DA125 F753p; B02.1.

000016

Au: Reyes Chavez, Gonzalo.

Ti: Clasificación de las plantas medicinales usadas en la farmacopea kallaguaya/sss.

Fu: La Paz; UMSA; 1984. 98 p. ilus.

Re: Este trabajo presenta las diferentes clasificaciones realizadas por botánicos, colectores bolivianos y extranjeros sobre la farmacopea kallaguaya como base de la medicina moderna. Presenta datos importantes sobre la Charazani en particular (AU).

Ub: BO DA125 R356c; B02.1.

000017

Au: Lazaeta Acharán, Manuel.

Ti: La medicina natural al alcance de todos/sss.

Fu: Buenos Aires ; KIER S.A.; 1989. 451 p. ilus.

Re: En este libro el autor plantea el equilibrio termico del cuerpo

como base de la salud. Hace un resumen de las enfermedades más comunes, descubriendo los sistemas y su tratamiento. También tratamientos caseros utilizados para diversas dolencias. Plantea recomendaciones al momento del alumbramiento y primeros años del niño. Es un instrumento esencial para la capacitación en salud básica en Latinoamérica (AU).

Ub: DA125 L3311; B02.1.

000018

Au: Loza Azurduy, Ursula.

Ti: Compilación bibliográfica de especies vegetales usadas en la medicina tradicional boliviana/sss.

Fu: La Paz ; UMSA; 1989. 432 p. ilus.

Te: Tesis presentada a Carrera de Farmacia y Bioquímica para obtención del grado de Licenciatura.

Re: Realiza una compilación bibliográfica de especies vegetales usadas en la medicina tradicional boliviana. Presenta las especies con relaciones alfabéticas según nombres en castellano, quechua y aymara y por familias botánicas, igualmente los nombres de las enfermedades y afecciones que tratan; están clasificados alfabéticamente (AU).

Ub: BO DA125 L825c; B02.1.

000019

Au: Mosedaca de la Barra, Rolando.

Ti: Metabolismo fosfolipico en plaquetas de nativos quechuas y aymaras/sss.

Fu: La Paz; UMSA; 1983. 18 p.

Te: Tesis presentada a Carrera de Farmacia y Bioquímica para obtención del grado de Licenciatura.

Re: Tesis fue realizada en varias comunidades de la zona kallaguaya (Provincia Bautista Saavedra Departamento de La Paz). Los resultados que presentan conducen que los nativos quechuas y aymaras, tienen menos concentración los fosfolipidos indispensables en la coagulación sanguínea los que explicarían la débil tendencia en arteriosclerosis (AU).

Ub: BO DA125 M897m; B02.1.

000020

Au: Gonzales F., Isabel.

Ti: Contribución al estudio lipidico en nativos del altiplano boliviano (aymara y quechua)/sss.

Fu: La Paz; UMSA; 1982. 99 p.

Te: Tesis presentada a Carrera de Farmacia y Bioquímica para obtención del grado de Licenciatura.

Re: Presenta los resultados de investigación sobre lipidos sericos en población con baja trascendencia de enfermedades cardiovasculares, los quechuas, raza influenciada por la europea presentan concentraciones mayores de AGL y LPG que los aymaras. Los aymaras tiene mayores concentraciones de LPE. Las enfermedades enteriormente descritas depende en gran parte de los genes característicos de una raza (AU).

Ub: BO DA125 G643c; B02.1.

000021

Au: Balanza Erquisia, Elfride.

Ti: Deficiencia de la lactancia como síndrome diarreico en niños con mestizaje aymara/sss.

Fu: La Paz; UMSA; 1981. 46 p.

Te: Tesis presentada a Carrera de Farmacia y Bioquímica para obtención del grado de Licenciatura.

Re: La tesis presenta los siguientes resultados: Parece ser que el alto mestizaje aymara es predisponente a la mal absorción como rasgo probablemente genético. Se observaron proporciones similares en poblaciones japonesas y por las características étnicas también similares a la de este estudio respaldan a la hipótesis planteada (AU).

Ub: BO DA125 B171d; B02.1.

000022

Au: Hernandez Magaña, Rafael; Gally Jordan, Mireya.

Ti: Plantas medicinales uso y dosificación de las 184 plantas más usadas en america latina/sss.

Fu: Mexico D.F; ARBOL; 1989. 253 p.

Re: Este documento hace un resumen de la 184 plantas más usadas en America Latina. Una primera parte del libro enlista las plantas por su nombre común, nombre científico, anónimos y descripción; en la segunda parte del libro aparecen las enfermedades, uso y dosificación de las plantas, por otro lado está el índice de enfermedades comunes en Bolivia (AU).

Ub: DA125 H558p; B02.1.

000023

Au: Inofuentes Vargas, Saraola.

Ti: Existencia de la enfermedad de chagas en alto Beni y Caranavi/sss.

Fu: La Paz; UMSA; 1991. 60 p.

Te: Tesis presentada a Carrera de Farmacia y Bioquímica para obtención del grado de Licenciatura.

Re: El documento concluye que se ha comprobado que existe incidencia de mal de chagas en la parte norte de los Yungas de La Paz. La mayoría de los casos positivos proceden de individuos que manifestaron anteriormente en suponer de incidencia alta de la enfermedad, presumiéndose que se trata de casos importantes (AU).

Ub: BO DA125 I85e; B02.1.

000024

Au: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Ti: Para la vida saber para salvar/sss.

Fu: La Paz ; UNICEF/OPS/OMS; 0000. 119 p.

Re: Este es un instrumento valido universal reconocido, que ha sido adaptado a la necesidad del país y a la necesidad de los grupos más vulnerables, contiene mensajes sabios acerca de las patologías locales. La primera parte se refiere a la asunción y protección del niño. La segunda parte a temas vitales para la salud de la mujer. La tercera parte abarca un conjunto de medidas destinadas a favorecer al bienestar de la familia y comunidad. Su proposito es desarrollar temas de concervación educativa en los sectores más necesitados (AU).

Ub: BO DA125 F57p; B02.1.

000025

Au: Bolivia. Ministerio de higiene y salubridad.

Ti: Informe anual/sss.

Fu: La Paz; Ministerio de Higiene y salubridad; 1952. 31 p.

Re: Es un informe anual de actividades dividido por servicios de

salud. Presenta un resumen de labores, vacunaciones, trabajo en los puestos permanentes de salud, viviendas inspeccionadas y consideraciones epidemiológicos (AU).

Ub: BO DA125 M665i; B02.1.

000026

Au: Zallos A. Jaime; De Lucca, Manuel .

Ti: Uforan, Ufir, Qolla naka. Medicina que hay en nuestro jardín/sss.

Fu: La Paz; GTZ; 1993. 159 p.

Re: Este documento hace una recopilación del conocimiento de la medicina tradicional kallaguaya, presenta la descripción y uso de 100 plantas y otros elementos nativos según orden alfabético tanto en castellano como aymara. Es un instrumento muy útil tanto para auxiliares como para enfermeras y médicos, siendo una guía práctica para la recolección y uso de las plantas medicinales (AU).

Ub: BO DA125 Z22u; B02.1.

000027

Au: Bolivia. CIDEM.

Ti: Renacer de la patria/sss.

Fu: La Paz; CIDEM; 1983. 32 p. ilus.

Re: Es una cartilla o recetario producido por el centro de madres "27 de Mayo", contiene el uso de algunas de las plantas medicinales, con ilustraciones y va dirigido a las madres de todo el país, también muestra como deben ser preparadas y su aplicación a las partes afectadas (AU).

Ub: BO DA125 C395r; B02.1.

000028

Au: Papic Bonnie de, Linn.

Ti: Curaciones simples y eficientes/sss.

Fu: La Paz; CALA; 0000. 61 p. ilus.

Re: Este manual nos muestra cada una de las enfermedades y contiene cada una de las plantas con que debe ser curada dicha enfermedad, el modo de ingerir, la cantidad o como se coloca, esta descrito es español, quechua y aymara; son 6 tomos y en cada uno de ellos presenta una colección de recetas con sus dibujos respectivos como también cuenta con un índice general de curaciones simples y eficientes (AU).

Ub: BO DA125 P215c; B02.1.

000029

Au: Luengo, Blanca.

Ti: La educación popular y la medicina popular boliviana en los últimos 20 años/sss.

Fu: La Paz; No tiene; 1986. 82 p. ilus.

Re: Es una cronología desde 1945 al 1984, trata de la evolución de las legislaciones oficiales respecto a las medicinas tradicionales en el mundo y en particular en America Latina. Como también realiza un programa de salud para todos en el año 2000 así como también muestra una evolución de las políticas sanitarias (AU).

Ub: BO DA125 L8261; B02.1.

000030

Au: Bastien, Joseph.

Ti: Las plantas medicinales de los kallaguayas/sss.

Fu: Druro; SE ; 0000. 145 p. ilus.

Re: Trata de todas las plantas medicinales y para cada una de ellas está el nombre popular en aymara, quechua, kallaguaya, castellano. Por otra parte también nos muestra el uso, localización, descripción medicinal de los kallaguayas, este texto ha sido realizado por los mismos kallaguayas y por otras personas entendidas en el tema (AU).

Ub: BO DA125 B2241; B02.1.

000031

Au: Cajías, Martha; Girón, Lidia.

Ti: Manual de plantas y preparados medicinales/sss.

Fu: La Paz; SEMTA; 1987. 1460 p. ilus.

Re: Dicho manual proporciona a los campesinos información sencilla y técnica, tal es así que el campesino puede utilizar sus propios recursos. Contiene 3 áreas de información sobre los procedimientos generales para el cultivo, recolección y aplicación según los diferentes tipos de dolencias, y muestra una descripción científica pero sencilla de 23 plantas de uso popular (AU).

Ub: BO DA125 C139m; B02.1.

000032

Au: Bolivia. Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Ti: Acerca de la integración de los subsistemas de salud empírico tradicional /occidental/sss.

Fu: La Paz; CONAPO; 1988. 61 p. ilus.

Re: Tiene como objetivo presentar diferentes propuestas de viabilidad de la extensión de coberturas en salud. La medicina formal determina las acciones de salud, destinadas a la población infantil, tanto enfermedades como mortalidad. El autor muestra trabajos editados, obras e investigaciones científicas acerca de la medicina tradicional (AU).

Ub: BO DA125 C743a; B02.1.

000033

Au: Bolivia. Kongeling Norsk Revolutionary (Noruega) (KNA).

Ti: La medicina natural en Bolivia/sss.

Fu: La Paz; KANA; 0000. 15 p. ilus.

Re: Es una cartilla que tiene el propósito de revalorizar nuestra cultura, partiendo de la medicina nativa y poderla conocer más y mejor, nos muestra los problemas de salud. También nos informa del trabajo que realizan los kallaguayas (AU).

Ub: BO DA125 K161; B02.1.

000034

Au: Bolivia. Centro de Estudios Agrarios.

Ti: Utilidad de las plantas medicinales/sss.

Fu: La Paz; Centro de Estudios Agrarios; 0000. 22 p. ilus.

Re: Explica algunos de los diversos modos que existen para procesar y sacar provecho de las plantas medicinales su uso, la forma de recolección, conservación, etc (AU).

Ub: BO DA125 C397u; B02.1.

000035

Au: Bolivia. Acción Cultural Loyola (ACLO).

Ti: Plantas medicinales/sss.

Fu: Sucre; Qorillama; 1988. 45 p. ilus.

Re: Muestra las plantas medicinales para que sirva, su uso y como se aplica en las regiones afectadas, también donde se produce cada una de ellas (AU).

Ub: BO DA125 A171p; B02.1.

000036

Au: Cummings, Peter.

Ti: La medicina mágica en los valles de Cochabamba/sss.

Fu: Cochabamba; No tiene; 1986. 57 p. ilus.

Re: Trata de la medicina mágica, donde las tradiciones tanto indígenas como coloniales, se manifiestan en las famosas MESAS. Muestra los tipos de mesas y los ingredientes que se coloca en cada una de ellas y también explica los colores de ropa, animales que son buenos para curar o sanar, y como estas ofrendas se queman en honor de los dioses y santos en sus expresiones más variadas tanto médicas, psicológicas como religiosas (AU).

Ub: BO DA125 C9711; B02.1.

000037

Au: Bolivia.(SEAPAS).

Ti: Plantas simples para enfermedades comunes/sss.

Fu: La Paz ; SEAPAS; 1987. 29 p. ilus.

Re: Podemos observar las partes más importantes y vitales de nuestro cuerpo y muestran algunas plantas medicinales que alivian afecciones y males del organismo, a consecuencia de la incorrecta alimentación. Cada parte del cuerpo está dibujado y cada planta también e indica la forma y para que se utiliza cada una de las plantas (AU).

Ub: BO DA125 S481p; B02.1.

000038

Au: Bolivia. Instituto de Educación para el Desarrollo Rural (INEDER).

Ti: Plantas medicinales/sss.

Fu: Cochabamba; INEDER; 1992. 11 p. ilus.

Re: Muestra con claridad que es la medicina herbolaria y las principales plantas medicinales que se utilizan para cada caso, existen preguntas como: Para qué enfermedades se usa y cómo utilizarlas? además de un dibujo para cada planta. Tiene un vademecum para el promotor de salud y una lista de medicamentos y su uso de cada uno de ellos (AU).

Ub: BO DA125 159p; B02.1.

000039

Au: Bolivia. Ministerio de Desarrollo Humano (Secretaría nacional de salud).

Ti: Anuario 1993/sss.

Fu: La Paz; PREID; 1993. 60 p.

Re: Presenta un resumen de investigaciones, publicaciones y actividades de la secretaria nacional de salud. Entre ellos destaca la publicación del volumen 5 de niños vulnerables que recoge el testimonio de niños de la calle, muchos de ellos procedentes de familias de inmigrantes a La Paz y el Alto (AU).

Ub: BO DA125 M663a; B02.1.

000040

Au: Loza, Gregorio.

Ti: Monografía de la coca/sss.

Fu: La Paz; Sociedad Geográfica de La Paz; 1992. 317 p.
Re: Realiza un análisis histórico de la presencia de la coca de los Andes. Posteriormente presenta un estudio etno-botánico de la coca que indica la presencia de 12 especies de coca. Informa sobre el uso tradicional de la coca, entre ellos la salud y la comercialización (AU).
Ub: BO DA125 L825m; B02.1.

000041

Au: Bolivia. Presidencia de la Republica de Bolivia.
Ti: Plan decenal de acción para la niñez y la mujer/sss.
Fu: La Paz; Presidencia de la Republica; 1993. 135 p.
Re: El plan decenal de acción para la niñez y la mujer es una respuesta del Estado a la problemática social en Bolivia. Es un instrumento de política social que muestra mecanismos operativos de coordinación intersectorial. Se establecen metas concretas hasta el año 2000. En los capítulos 1 y 2 presentan un marco global del Plan. En el 3 capítulos muestra los lineamientos de una estrategia departamental. En el 4 capítulo nos muestra un diagnóstico y por último los programas y proyectos (AU).
Ub: BO DA125 P928p; B02.1.

000042

Au: Cortes, William; Masuan, Mauricio.
Ti: Coca en Bolivia/sss.
Fu: La Paz ; Juventud; 1986. 531 p.
Re: Presenta una investigación amplia sobre la coca en Bolivia, el contexto cultural de los consumidores de coca, es muy importante para entender esta problemática. Se refiere también al consumo de la coca en Bolivia y los aspectos como integradores sociales y migrante. Un capítulo está dedicado a los usos medicinales de la coca, otro a la adivinación y ofrendas. Finalmente trata el tema de la coca y la nutrición dando conclusiones interesantes (AU).
Ub: BO DA125 C828c; B02.1.

000043

Au: Palluca, Guilberto.
Ti: Medicina tradicional: el rol del kallaguaya dentro de la comunidad/sss.
Fu: La Paz; OPS/OMS; 1994. <126> p.
Re: El autor del documento es un kallaguaya del norte de Potosí, plantea y explica los diferentes métodos de curación que utilizan los quechuas y aymaras, en sus comunidades y ayllus. Destaca que la labor del kallaguaya es de integración con los presentes; las páginas que nos interesa están desde la 59 hasta la 62 (AU).
Ub: BO DA125 P164m; B02.1.

000044

Au: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
Ti: Pobreza y salud en Bolivia/sss.
Fu: La Paz; OPS/OMS; 1994. 254 p.
Re: Compilación de varios artículos sobre la salud en Bolivia destacan: "Condiciones de vida y salud en Bolivia" de Mirta Roses, "Acciones económicas de la población boliviana a los servicios de salud" y otros (AU).
Ub: BO DA125 O68p; B02.1.

000045

Au: Bartlem, Jon; otros.

Ti: Dimensiones geográficas y demográficas de la salud en Bolivia/sss.

Fu: La Paz; OPS/ILDIS/MCTH; 1994. <98> p.

Re: Pretende resumir la problemática de la pobreza en Bolivia. Parte de indicadores a nivel nacional, la fuente principal de estos datos es el censo nacional de población y vivienda (1992). Las estimaciones que el presenta son preliminares y la mayoría no han sido oficializadas por el INE. Se presentan datos sobre mortalidad infantil, migraciones, servicios básicos, etc; las páginas que son útiles van desde la 33 a la 50 (AU).

Ub: BO DA125 B183d; B02.1.

000046

Au: Molina Rivero, Ramiro.

Ti: Dimensiones culturales de la salud en Bolivia concepto de salud-enfermedad a través de un estudio de la diarrea en la región andina/sss.

Fu: La Paz; OPS/ILDIS; 1994. <168> p.

Re: Intenta sistematizar la información de un estudio de caso sobre la diarrea en la región andina. El estudio de la definición y etiología de la enfermedad según la propia concepción andina, para luego examinar sus causas y los respectivos parámetros. Existe una clasificación de las diarreas las que están ligadas al concepto de las enfermedades frías y calientes. Esta enfermedad está conceptualizada en el mundo de lo natural y lo sobrenatural; las páginas útiles son desde la 51 hasta la 58 (AU).

Ub: BO DA125 M721d; B02.1.

000047

Au: Morales, Rolando (Caritas).

Ti: Estudio sobre áreas de pobreza en Bolivia/sss.

Fu: La Paz ; CARITAS/PROCOSI; 1992. 248 p.

Re: En el capítulo I trata sobre la metodología usada. En el segundo capítulo se sitúa a Bolivia en el contexto latinoamericano. En el capítulo III se presenta el mapa de pobreza de Bolivia. En el IV capítulo se presentan comparaciones entre el censo del 76 y el último, usando variables como mortalidad infantil, analfabetismo femenino, etc. En el capítulo V se presenta los resultados de la encuesta de CARITAS en los centros de madres; de la encuesta tienen mejores indicadores de salud y educación en comparación el resto de la población (AU).

Ub: BO DA125 M828e; B02.1.

000048

Au: Morales, Rolando (Caritas).

Ti: Areas de pobreza rural en Bolivia/sss.

Fu: La Paz; CARITAS/PROCOSI; 1990. 240 p.

Re: Priorizan las zonas de intervención de CARITAS. Se realiza el mapa de pobreza a partir del análisis de la información de las últimas encuestas del INE y de las encuestas de madres. A partir del 1990 (4000 Centros de Madres). A parte del mapa de pobreza se establecieron indicadores sociales por provincia. Finalmente se hace una comparación de los niveles de pobreza de la población atendida por CARITAS en relación a la población general (AU).

Ub: BO DA125 M828a; B02.1.

000049

Au: Bolivia. Caritas.

Ti: Programa de alimentos/sss.

Fu: La Paz; CARITAS; 1993. <123> p.

Re: Describe brevemente la historia del programa de alimentos: Realiza una historia de dicho programa desde el año 1983 hasta el 1990; Programa de mejoramiento urbano; Programa ajuste estructural. Finalmente destaca los cambios trascendentales en las actividades de CARITAS y el Programa para la gestión 1994; las páginas útiles son desde la 49 hasta 61 (AU).

Ub: BO DA125 C277p; B02.1.

000050

Au: Bolivia. Caritas.

Ti: Antecedentes del trabajo promocional en CARITAS Boliviana/sss.

Fu: La Paz; CARITAS; 1993. <146> p.

Re: Destaca las actividades de Caritas boliviana en salud. Describe el proyecto materno infantil que tiene el fin de aliviar la desnutrición en el país, el proyecto infantil iniciado en 1989, hoy beneficia a 274 comunidades. Presenta un resumen de la incidencia mensual de diarreas, IRAS, mortalidad por EDA y neumonías en sus áreas de trabajo. Los avances en salud son significativos en 4 años de trabajo; las páginas útiles son desde la 27 hasta la 48 (AU).

Ub: BO DA125 C277a; B02.1.

000051

Au: Caritas; Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (Caritas/UNICEF) Proyecto de Supervivencia infantil.

Ti: Recetas de cocina boliviana/sss.

Fu: La Paz; CARITAS; 1989. 78 p.

Re: Es un compendio de recetas bolivianas destinadas a un mejor aprovechamiento de los nutrientes de alimentos propios. El recetario es didáctico y aprovecha algunas hojas para dar recomendaciones a la familia y sobre todo a la madre del hogar sobre la importancia de la limpieza que debe hacer en la cocina, con las verduras, ollas, etc (AU).

Ub: BO DA125 C277r; B02.1.

000052

Au: Bolivia. Caritas departamento de salud.

Ti: Proyecto "Capacitación Comunitaria para la Salud Reproductiva"/sss.

Fu: La Paz; CARITAS; 1996. 23 p.

Re: Es un proyecto destinado a la capacitación comunitaria para la salud reproductiva. Se inserta dentro el programa de salud familiar. Se llevará a cabo en los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí. La población beneficiaria se estima en 859 menores de un año; 1347 recién nacidos; 6247 mujeres en edad fértil y 1682 mujeres embarazadas, indirectamente 9383 personas (AU).

Ub: BO DA125 C277p; B02.1.

000053

Au: Bolivia. Caritas.

Ti: Proyecto "Capacitación y Servicios Comunitarios para la Salud Materna e Infantil"/sss.

Fu: La Paz; CARITAS; 1996. 21 p.

Re: Proyecto presentado para la capacitación y servicios comunitarios

para la salud materna e infantil a realizarse en la departamentos de La Paz, Oruro y Potosí. La población beneficiaría asciende a 27554 personas (AU).

Ub: BO DA125 C277p; B02.1.

000054

Au: Bolivia. Caritas.

Ti: Development activitu proposal/sss.

Fu: La Paz ; CARITAS; 1996. 74 p.

Re: Este proyecto tiene como objetivo general reducir la desnutrición entre 12000 niños menores de 5 años y familias en riesgo en el 50 por ciento de la población atendida. Reducir la mortalidad en el 70 por ciento de los niños indicados. Mejorar la salud y práctica de nutrición en el 70 por ciento de la población atendida. Entrenar 7500 madres por año en educación nutricional, salud e higiene, construcción de sistemas de agua y servicios sanitarios, incrementar la producción agrícola e ingresos (AU).

Ub: BO DA125 C277d; B02.1.

000055

Au: Bolivia. Caritas.

Ti: Programa complementario de supervivencia infantil/sss.

Fu: La Paz; CARITAS; 1994. 125 p.

Re: Es un resumen ejecutivo de proyecto supervivencia infantil, intenta impulsar, programas de salud que promuevan la supervivencia infantil y el desarrollo psicosexual de los niños. Fomentar la investigación y aplicación de los aspectos que incidan en el mejoramiento cuantitativo y cualitativo de las acciones que contribuyan a solucionar problemas de salud (AU).

Ub: BO DA125 C277p; B02.1.

000056

Au: Bolivia. Caritas.

Ti: Programa complementario de supervivencia infantil presentado al PROCOSI. Componente CARITAS Pando/sss.

Fu: La Paz; CARITAS; 1995. 13 p.

Re: Proyecto que intenta impulsar programas de salud que promuevan la supervivencia infantil y su desarrollo integral. Fomenta la investigación y las acciones que contribuyan a solucionar los problemas de salud. Proyecto propuestas para las áreas de acción de CARITAS Pando (AU).

Ub: BO DA125 C277p; B02.1.

000057

Au: Prieto, Virgilio; Caritas.

Ti: Tuberculosis/sss.

Fu: La Paz; CARITAS; 1994. 14 p.

Re: Trata de educar y prevenir la tuberculosis. Muestra datos generales de las enfermedades respiratorias e indicios de la presencia de tuberculosis. Presencia de la enfermedad en los grupos con menores ingresos económicos (AU).

Ub: BO DA125 P948t; B02.1.

000058

Au: Prieto, Virgilio; Caritas.

Ti: Que es el Colera/sss.

Fu: La Paz; CARITAS; 1994. 10 p.

Re: Informa las formas de prevención y como educarnos para no

contraer dicha enfermedad. También nos muestra que es el colera, como se contagia que debe hacer el enfermo de colera. Datos básicos de la enfermedad y su tratamiento (AU).

Ub: BO DA125 P948q; B02.1.

000059

Au: Antezana, David; Caritas.

Ti: Infecciones respiratorias agudas/sss.

Fu: La Paz; CARITAS; 1994. 15 p.

Re: Nos informa de como educarnos y prevenir las infecciones respiratorias agudas. Mostrandonos que son la IRAS, porque debemos luchar contra esta enfermedad, quienes la contraen y porque, como tratar. Nos muestran también datos básicos de la enfermedad y su tratamiento en niños menores de 5 años (AU).

Ub: BO DA125 A627i; B02.1.

000060

Au: Antezana, David; CARITAS.

Ti: EDA/sss.

Fu: La Paz; CARITAS; 1995. 11 p. ilustr.

Re: Nos informa y educa sobre la diarrea, tratamiento, daños, deshidratación, como evitar, transmisión, con contenidos con datos básicos sobre la EDAD y recomendaciones para prevenir el colera (AU).

Ub: BO DA125 A627e; B02.1.

000061

Au: De Lucca, Manuel; Zalles, Jaime.

Ti: Diccionario enciclopédico Flora Medicinal boliviana/sss.

Fu: La Paz; Los amigos del libro; 1992. 498 p.

Re: Los autores frente a un tema que si bien es reconocido por el Estado (la medicina tradicional) ven que hoy por hoy está en franca decadencia, con la obra pretenden rescatar y revalorizar, en beneficio de los usuarios de escasos recursos económicos. El objetivo de la enciclopedia según los autores es contribuir a la creación de la medicina popular. La obra presenta un diccionario de plantas medicinales (con nombre castellano y traducción en aymara-quechua) presenta su característica y su forma de tratamiento (AU).

Ub: BO DA125 L831d; B02.1.

000062

Au: Rosing, Ina.

Ti: La mesa blanca Callaguaya/sss.

Fu: La Paz ; Los amigos del libro; 1993. 260 p.
(La mesa blanca Callaguaya, 2).

Re: En el presente volumen la autora, profundiza la creación ritual Callaguaya, que bien podrá servirle para el análisis del tratamiento psicoterapéutico y genera una teoría transcultural en base a la curación simbólica. En la obra presenta rituales de diversa índole minuciosamente documentados sobre la extraordinaria riqueza de la creación, difusión y profundización del tema en cuestión (AU).

Ub: BO DA125 R8211; B02.1.

000063

Au: Berg; Menacho; Alzáraca; Claros.

Ti: Estudios sobre los Kallaguayas /sss.

Fu: La Paz; Yachay; 0000. 179 p.

Re: El autor hace un esfuerzo de documentar en el país sobre los estudios kallaguayas, que en muchos de los casos, solo duermen en las bibliotecas de Frankforth, los Angeles, etc. y no benefician a la profundización del tema por los mismos involucrados o estudiosos nacionales. Observa también que muchos estudios kallaguayas están solo en idioma extranjero (AU).

Ub: BO DA125 R493e; B02.1.

000064

Au: Tarifa, Alba.

Ti: Los jampiris de Racaypampa/sss.

Fu: Cochabamba; CEND; 1993. 377 p.

Re: Los autores llegan a la conclusión que a nivel socio-económico Raqaypampa (una comunidad del valle alto de Cochabamba) está asumiendo rápidamente las relaciones capitalistas. Sin embargo indica también que por razones de la persistencia de las enfermedades majico-rituales, se hace imperativo mantener ambos servicios de salud (rampajapiris y postas sanitarias). Lo cual no se conecta fácilmente con el primer punto. Hay referencias descriptivas de una serie de enfermedades locales, su tratamiento, signo, síntomas y registro de una serie de plantas, yerbas medicinales de la región (AU).

Ub: BO DA125 T1861; B02.1.

000065

Au: Costa Arduz, Rolando.

Ti: Testimonio kallaguaya del siglo XVIII/sss.

Fu: La Paz; UMSA; 1987. 32 p.

Re: Se refiere a algunos de los testimonios kallaguayas en el siglo XVIII, en las pampas argentinas y otras regiones del interior del país, que revelan sobre las actividades de los kallaguayas de la región de Charazani. Aunque indican que se trata de una tribu, en otras partes nómada, que obviamente no tocan la situación integral de los kallaguayas. Presenta también testimonios y memoriales desde la perspectiva de párrocos y juristas sobre el trajin y vida de los kallaguayas (AU).

Ub: BO DA125 C837t; B02.1.

000066

Au: Mallku Askjami, Rufino; Umachi, P'axsi.

Ti: Medicina andina y popular/sss.

Fu: Qollasuyo; Mundo Aymara; 1993. 98 p.

Re: Para iniciar el autor introduce con el lema " que la alimentación sea tu única medicina y tu medicina sea tu única alimentación", en base a la medicina natural cosmica. Es una descripción y relato de la experiencia de medicina natural de toda la familia. Indica también que su institución cuenta con una serie de material sobre el tema. La institución se llama IHMENAQUBOL (AU).

Ub: BO DA125 M252m; B02.1.

000067

Au: Paredes, Rigoberto M..

Ti: Mitos supersticiones y supervivencias populares en Bolivia/sss.

Fu: La Paz; ISLA; 1963. 309 p.

Re: Desde el primer capítulo en la obra el autor enfoca sobre todo de modo directo que en la Bolivia profunda (como el caso de la región Charazani) hay gente que cree en supersticiones y gente

que actua como laykas, chamacanis, jampiris, etc. Es bastante perjudicioso donde el autor, tipifica como magia, hechicería a la parte ritual de la medicina andina indigena. Los cuales según el autor dificultarian el ingreso y el uso de servicios modernos el grueso de la población, llamada en ese entonces indios. El autor no apetecia como otros la parte curativa, educación y la farmacopea que a nivel local tiene resultados que benefician a la población local (AU).

Ub: BO DA125 P227m; B02.1.

000068

Au: Losa Avila, Gregorio; Palomares.

Ti: De los Árboles, frutos, plantas y otras cosas medicinales... tiene este reino/sss.

Fu: La Paz; Loza-Balsa; 1983. 285 p.

Re: Trata de la medicina indígena andina (aymara en particular). Es una obra de los manuscritos entre 1727 y 1780 por Gregorio Losa (Madrid). Ofrece el valor de la farmacopea de la medicina indígena (plantas, animales y otros). Hay datos de una serie de plantas y animales que sirven de medicina al indígena de la región de los andes, donde estan descritas las virtudes, hasta el tratamiento para distintas enfermedades o males. A estos elementos medicinales presenta también en cuadros a cada uno y a la familia o grupo al que pertenece (AU).

Ub: BO DA125 L825d; B02.1.

000069

Au: Bastien, Joseph.

Ti: Las plantas medicinales de los kallaguayas/sss.

Fu: La Paz; CONCERN; 0000. 150 p.

Re: Está elaborado en la misma región (aunque indica también que fue en el exterior). Lo importante es que tuvo apoyo en las aclaraciones de cada caso por los mismos kallaguayas. El informe toca hasta 4 puntos sobre cada planta. I nombres populares de las plantas (en algunos casos tienen sus nombres científicos). II localización, es decir donde se encuentran dichas plantas. III descripción, que características tiene cada una de las plantas. IV uso medicinal de los kallaguayas, en algunos casos explica con experiencias concretas del uso medicinal (AU).

Ub: BO DA125 B2241; B02.1.

000070

Au: Bastien, Joseph.

Ti: Mountain of the condor/sss.

Fu: New York; West Publishing; 1978. 227 p.

Re: El texto es en ingles, pero hay una reseña bibliográfica de la obra realizado por Albó (en español). La obra ofrece sobre el tema simbolismo en los andes a partir de la metáfora de la montaña, donde a cerro del Ayllu Kasta identifica como a un cuerpo humano que obviamente tiene sus extremidades, cadera, pies, órganos interiores del cuerpo, simbolizando en las comunidades y ayllus vecinos, lo cual concluye explicando como funcionaba el ayllu mayor de casta de la anterioridad (AU).

Ub: DA125 B224m; B02.1.

000071

Au: Saucedo, Mario R..

Ti: Un herbolario de ch'ajaya devela sus secretos/sss.

Fu: La Paz; Sompas; 1986. 165 p.

Re: El autor ofrece en la parte central de la obra la descripción, tratamiento, previo diagnóstico y otras virtudes de una serie de plantas medicinales de la región kallaguaya, presenta de manera sucinta y en el orden alfabético. Realiza por otro lado un reportaje al pueblo Ch'ajaya (historia, geografía, vegetación, etc.) (AU).

Ub: BO DA125 S159u; B02.1.

000072

Au: Otero, Gustavo Adolfo.

Ti: La piedra mágica/sss.

Fu: Mexico D.F.; Mexico D.F.III; 1951. 292 p.

Re: Se trata de una investigación con metodología participante (y en casos folklórica ó como dice el autor por estar confinado y distraerse con las habladurías, costumbres y tradiciones kallaguayas), quizá propia de la época. Sin embargo lo rescatable está en su balance del estado sobre la temática aunque es uno de los autores que cayeron en el prejuigamiento de la problemática que limita abarcar más a fondo el mismo (AU).

Ub: DA125 0871; B02.1.

000073

Au: Cajías, Lupe.

Ti: El Embarazo y las tradiciones en Bolivia/sss.

Fu: La Paz; ISLA; 1984. 62 p.

Re: Es un relato de una mujer embarazada y sus experiencias con la tradición en defensa de su salud y la de su guagua. Describe el uso de los mates, la alimentación precisa para tener un hijo hermoso con una serie de prácticas. Para la alimentación con leche materna a la guagua, tomar líquido, hierbas. Otras costumbres acerca del sobre-parto. La prevención de las enfermedades del niño (Ajayu, la ropa, cólicos, diarrea, tratamiento, el aire, etc.) (AU).

Ub: BO DA125 C139e; B02.1.

000074

Au: Renaboldo, Claudia.

Ti: La persistencia de la medicina en Bolivia/sss.

Fu: La Paz; CIPCA NACIONAL; 1985. 15 p. informe.

Re: La práctica kallaguaya es producto de sus necesidades básicas para la salud y la supervivencia en su medio, sin perder la relación con los elementos modernos. Esta práctica medicinal también incide en la diferenciación social o jerarquización interna de la comunidad, que serán funcionales para todos estos grupos sociales. En la obra muestra una síntesis de la práctica kallaguaya de diversas fuentes bibliográficas, a la par de realizar la descripción geográfica de la región kallaguaya) (AU).

Ub: BO DA125 R1851; B02.1.

000075

Au: Varios.

Ti: Pobreza y salud en Bolivia/sss.

Fu: La Paz; OPS/OMS/ILDIS; 1994. 254 p.

Re: Sobre el tema el hijo de un kallaguaya radicado en el norte de Potosí, cuenta sus experiencias y su rol al interior de la comunidad, un caso especial donde el curandero está estrechamente relacionado con la actividad comunal y define sus funciones

dentro de ella. Además experimental y da una asistencia a la población que lo rodea, con los recursos naturales de la misma comunidad. Lo cierto es que abrió debate entre la posibilidad de conectar la medicina indígena con la moderna (AU).

Ub: BO DA125 V199p; B02.1.

000076

Au: Pahlow, M..

Ti: El gran libro de las plantas medicinales: La salud mediante las fuerzas curativas de la naturaleza/sss.

Fu: Madrid; EVEREST; 1987. 459 p. ilus.

Re: Es una referencia de todo lo que interesa sobre 400 plantas medicinales, autóctonas y exóticas, recetas tradicionales y nuevas para la preparación de tés, baños, apósitos e inhalaciones. Utilización y dosificación en homeopatía. Con 500 fotos a color y dibujos de plantas. El texto cuenta con una breve reseña de cada parte del libro ayuda a detectar las necesidades del investigador sobre un tema concreto para una mejor comprensión y apreciación de la magnitud y la calidad de la obra (AU).

Ub: DA125 P141e; B02.1.

000077

Au: Valdizan, Hermilio; Maldonado, Angel.

Ti: La medicina popular peruana/sss.

Fu: Lima; FASCIMILAR; 1985. 475 p.

Re: Es una contribución al "folklore" médico del Perú. Dentro de la investigación peruana sobre la temática, el autor considera que fué solo reducido a citas de escaso entorno, lo cual el autor con la presente obra, pretende cubrir ese vacío, para entender el folklore médico de la medicina tradicional peruana. Hay muchos pasajes que denotan una seria investigación con trabajo de campo (en las distintas temáticas) para una mayor comprensión del manejo del folklore médico (AU).

Ub: DA125 V1461; B02.1.

000078

Au: Federación Internacional de Abogados; Cooperativa Andina de Fomento (FIDA-CAF).

Ti: Ejecución de proyectos de desarrollo rural/sss.

Fu: La Paz; FIDA-CAF; 1994. 439 p.

Re: Es coejecutado por la Unidad Sanitaria de Tupiza desde 1986 en Catagaita San Juan del Oro. El componente salud del programa chagas es el siguiente: especificar las acciones en fases, preparar la forma, ataque químico, consolidación, mantenimiento. Presenta las actividades técnicas, de capacitación médicas y laborales, de educación y control químico. Datos presupuestarios, resultados (AU).

Ub: BO DA125 F449e; B02.1.

000079

Au: Bolivia. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

Ti: Cuidado. La diarrea produce deshidratación/sss.

Fu: La Paz; UNICEF-USAID-OPS/OMS; 1991. 18 p.

Re: Cartilla de educación y prevención de las diarreas en el área rural de Bolivia sobre todo. Contiene información básica de la enfermedad cómo debe ser tratada y cómo puede ser prevenida. Es presentada en forma didáctica y con un lenguaje sencillo (AU).

Ub: BO DA125 M665c; B02.1.

000080

Au: Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia; Organización Panamericana de la Salud; Organización de las Naciones Unidas (UNICEF/OPS/UNESCO).

Ti: Para la vida el reto de comunicación/sss.

Fu: La Paz; UNICEF/OPS/UNESCO; 0000. 78 p.

Re: Es un instrumento de validez universal, ha sido adaptado a las características del país y a la necesidad de los grupos más vulnerables. Los conocimientos que contienen mensajes básicos acerca de las patologías locales. En la segunda parte, presenta temas vitales para la salud de la mujer. La tercera parte abarca un conjunto de medidas destinadas a favorecer el bienestar de la familia y comunidad (AU).

Ub: B0 DA125 F58p; B02.1.

000081

Au: Jimenez, Eddy.

Ti: "En el área rural: 3 barreras contra la salud reproductiva"/sss.

Fu: La Paz; SLOD; 0000. <87> p.

Re: Trata sobre las barreras para tratar la salud reproductiva en el área rural. El autor las resume en 3; La existencia de los distintos sistemas de salud; el acceso diferenciado y la calidad de los servicios en el área rural y la educación a la que acceden los pobladores del área rural, si son superadas estas barreras habra un acercamiento entre las lógicas tradicionales y moderna; las páginas que nos interesan son desde la 22 hasta la 31 (AU).

Ub: B0 DA125 J961e; B02.1.

000082

Au: Sánchez, Antonio.

Ti: Promoción del desarrollo de la mujer estudio de los clubes de madres de la Cruz Roja boliviana/sss.

Fu: Gotemburgo; Universidad de Gotemburgo; 1992. 85 p.

Te: Tesis presentada a Universidad de Gotemburgo para obtención del grado de Licenciatura.

Re: Esta tesis muestra el trabajo de la Cruz Roja con los clubes de madres de El Alto y Trinidad, por sus características de mortalidad infantil, fecundidad y por la estructura de la familia, son uno de los grupos más necesitados del país. Se ha realizado una encuesta donde muestra que la capacitación artesanal es el motivo principal para reunirse. Estudiando la promoción y desarrollo de la mujer (AU).

Ub: DA125 S211p; B02.1.

000083

Au: Gimenes, Alberto.

Ti: Medicina tradicional/sss.

Fu: La Paz; FIS; 1993. <45> p.

Re: Es la primera fase de investigación de un estudio científico de la flora medicinal boliviana, realizado por un instituto de investigación de bioquímica y formación de la UNSA. Es un resumen apretado de los resultados de esta primera fase de investigación que muestra la riqueza y variedad de las plantas medicinales utilizadas tradicionalmente en Bolivia; las páginas que nos interesan son la 20 y 21 (AU).

Ub: B0 DA125 G391m; B02.1.

000084

Au: Strauss, Wilma.

Ti: Utilización de la kiswara en el tratamiento de artritis reumatoidea y llamado dolor de huesos/sss.

Fu: La Paz; FIS; 1993. 9 p.

Re: Presenta los resultados de investigación realizada en torno a la utilización de kiswara árbol nativo del Altiplano en enfermedades como artritis reumatoidea y el dolor de huesos, siendo un aporte muy interesante para los estudios de la medicina tradicional (AU).

Ub: BO DA125 S912u; B02.1.

000085

Au: Nina, Jhonny.

Ti: Historia de la medicina tradicional andina desde el kollasuyo/sss.

Fu: La Paz; FIS; 1993. <26> p.

Re: Nos da un concepto de lo que es la medicina tradicional y muestra la historia de la medicina tradicional andina, esta medicina es científica, socialmente aceptable y económicamente viable según las conclusiones a las que llega el autor; las páginas útiles son la 8 y 9 (AU).

Ub: BO DA125 N714h; B02.1.

000086

Au: Debbits, Ineke.

Ti: Lo que puede el sentimiento/sss.

Fu: La Paz; Tahipamu-Hisbol; 1994. 194 p.

Re: Los primeros pasos del campo de la salud; la determinación de las necesidades y la participación comunitaria; la desconfianza hacia la medicina occidental. Es un trabajo realizado con 130 mujeres reflexiones sobre el quehacer de los servicios de salud y propone elegir la presencia de los estadistas que a veces hacen que la muerte obnubile la vida. La temática de la salud a partir de un trabajo con mayores de El Alto Sud. El uso de la medicina andina; la autosubsistencia y la ayuda mutua en la salud; la valoración monetaria de los servicios. La integración familiar como mecanismo de políticas de población. La decisión libre a la auto-determinación (AU).

Ub: BO DA125 D4431; B02.1.

000087

Au: Boldo, Joan.

Ti: La coca andina. Visión indígena de una planta satanizada/sss.

Fu: Mexico D.F.; Instituto Indigenista Interamericano; 1989. 428 p.

Re: Compilación de varios trabajos referidos a la coca tanto para Perú como para Bolivia, abordados desde distintos puntos de vista, como el histórico medicinal mágico religioso, cultural y de identidad religiosa y ritual mística, socioeconómico, etc. Se enmarca dentro del debate actual sobre la tolerancia o no del hábito en muchos grupos indígenas que tienen de "mascar" hojas de coca (AU).

Ub: DA125 B6871; B02.1.

000088

Au: Spodding, Alison.

Ti: Wachu Wachu; cultivo de la coca e identidad en los yungas de La Paz/sss.

Fu: La Paz; Hisbol; 1994. 227 p.

Re: Es el resultado de un prolongado trabajo de campo. La autora distingue entre las formas de modificación de trabajo los que construyen mujeres andinas, como la participación en la cosecha. Los cultivadores se protegen de la dependencia exclusiva al mercado. Destaca la construcción de la zona de los yungas de La Paz, las categorías étnicas, y el eje agrario de la ecomunidad (AU).

Ub: BO DA125 S741w; B02.1.

000089

Au: Lira, Jorge.

Ti: Medicina andina: farmacopea y rituales/sss.

Fu: La Paz ; CERA; 1985. 184 p.

Re: Son descritas las plantas y enfermedades por orden alfabético y se resur básicamente el tratamiento a seguir en el segundo caso. Al final está el índice de recetas y enfermedades para ser ubicadas más fácilmente. Este trabajo fue realizado en Perú, pero es también útil para el estudio de l farmacopea y ritual de toda la zona andina (AU).

Ub: BO DA125 L668m; B02.1.

000090

Au: Bellido Gomes, Aurora.

Ti: Cambio cultural en torno a la salud en migrantes aymaras hacia la ciudad de El Alto, urbanización Villa Adela (1980-1990)/sss.

Fu: La Paz; No tiene; 1991. 225 p.

Re: El factor económico interviene fundamentalmente en la decisión de negar lo que influye en el cambio de patrones de conducta lo que se diferencia de acuerdo a la forma de insición económica en la urbanización Villa Adela. La diferencia que existe entre los sistemas médicos no provienen de sus objetivos, sino de la configuración cultural de cada sociedad. El proceso de cambio en torno a la salud de los migrantes aymaras hacia Villa Adela es en relación a los siguientes factores: edad, economía, religión, medios de comunicación (AU).

Ub: BO DA125 B343c; B02.1.

000091

Au: Bolivia. Instituto Nacional de Integración.

Ti: Bibliografía sobre medicina tradicional del área andina/sss.

Fu: La Paz; EDVIC; 1987. 178 p.

Re: Es una recopilación realizada en Bogotá, Popayán, Quito, Cuenca, Lima y Cuzco. En Bolivia en los departamentos de Potosí, Oruro, La Paz. Son 260 fichas bibliográficas el 34 del material en fuentes primarias de información (AU).

Ub: BO DA125 I59b; B02.1.

000092

Au: Zalles, Jaimm.

Ti: Bolivia mágica " Farmacopea y plantas alimenticias bolivianas"/sss.

Fu: La Paz; Vertiente; 1993. <316> p.

Re: Le da mucha importancia a los kallaguayas, hace un resumen de la práctica de la medicina tradicional en Bolivia. El uso de las plantas más comunes dentro de la medicina tradicional en Bolivia. Los misterios de la coca y los alimentos andinos; las páginas útiles son desde 256 hasta la 266 (AU).

Ub: BO DA125 Z22b; B02.1.

000093

Au: Alba, Juan José.

Ti: Los jampiris de Ragaypampa/sss.

Fu: Cochabamba; CENDA; 1993. 377 p.

Re: Muestra los resultados de la situación de la salud en 3 comunidades. Catálogo de plantas y enfermedades que curan y formas de utilización, más nombre científico. Otros aspectos que se destacan son la percepción de la morbilidad, técnicas de diagnóstico, la ética del pampajampiri, como se convierte en jampiri, servicios médicos y sanitarios en Ragaypampa (AU).

Ub: BO DA124 A7815; B02.1.

000094

Au: Barrona de Infante, Nohemy.

Ti: Sociedad y salud/sss.

Fu: Cali ; Formas presisas; 1991. 535 p.

Re: Trata sobre las categorías básicas de las Ciencias Sociales. Intenta fortalecer los procesos de enseñanza-aprendizaje en Ciencias Sociales y Salud, mediante el estímulo del auto aprendizaje y debate. Cuestiona el uso de categorías aisladas en el tema sociedad-salud y propone la presencia estructurada de dichas categorías sociales, sobre todo acentúa este carácter en los procesos de salud-enfermedad. Reflexiona sobre los preconceptos de comunidad y familia y su relación con su programa de salud (AU).

Ub: DA125 B264s; B02.1.

000095

Au: Bolivia. Secretaría Nacional de Salud.

Ti: Proyecto hacia la reducción de la morbi-mortalidad nativa en Bolivia/sss.

Fu: La Paz; CIES; 0000. 4 p.

Re: Es un proyecto de investigación que pretende identificar políticas y tecnología del parto de las mujeres rurales y migrantes en Bolivia. Tiene como finalidad disminuir la alta tasa de morbilidad materna la calidad de atención. Pretende estudiar los factores que inciden en la poca participación de las mujeres para ser atendidos en los servicios institucionales de salud (AU).

Ub: BO DA125 S444p; B02.1.

000096

Au: Bolivia. Instituto Nacional de Estadística.
Ti: Encuesta nacional de demografía y salud/sss.
Fu: La Paz; INE; 1994. 251 p.
Re: Presenta información estadística sobre demografía, salud materno-infantil, servicios de salud y planificación familiar a nivel nacional y por regiones. También datos estadísticos sobre mortalidad infantil, lactancia y nutrición y otros aspectos de la salud (AU).
Ub: BO DA125 I59e; B02.1.

000097

Au: Camarlinchi, Laura.
Ti: Proyecto mujer educación y vida/sss.
Fu: La Paz; UNICEF; 1993. 20 p.
Re: Presenta los resultados del tema mujer, educación y vida que tuvo como objetivo crear y probar una metodología de investigación-acción participativa en salud en zonas rurales de Cochabamba, Santa Cruz, Potosí, Chuquisaca, Tarija y Oruro. En el proceso el grupo participante define, analiza y resuelve los problemas que afectan a la comunidad, desarrollando actitudes y actividades (AU).
Ub: BO DA125 C172p; B02.1.

000098

Au: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
Ti: Desarrollo y fortalecimiento de los "sistemas locales de salud" salud de los pueblos indígenas/sss.
Fu: Washington; OPS/OMS; 1993. 21 p. ilus.
Re: Se ratifica la importancia de abordar la salud de los pueblos indígenas en relación con el contexto geopolítico y social a la luz de los procesos históricos. Resalta la relación de interdependencia entre pueblo indígena y el medio ambiente natural. Reconoce que la situación de dependiente y con pérdida de identidad y marginación, la salud está determinada por las condiciones de habitad. Para ello han visto por conveniente realizar unas bases y lineamientos de acción que son: Los pueblos indígenas deben retomar el control sobre el curso de sus propias vidas, si la producción de sus propios bienes y logros superan obstáculos (económicos, políticos, sociales, culturales, etc.). Es necesario brindar toda la cooperación y lograr una vigilancia permanente (AU).
Ub: DA125 068d; B02.1.

000099

Au: Urioste Fernandez, Miguel.

Ti: Fortalecer las comunidades/sss.

Fu: La Paz ; AIPE/PROCOM/TIERRA; 1992. 264 p. ilus.

Re: En los capítulos I y II, hace una reseña histórica desde el kollasuyo, hasta las reveliones indígenas de la república; en los capítulos III y IV, trata del proceso de recuperación de las tierras por parte de los campesinos hasta llegar a la reforma agraria; en los capítulos V y VI, trata de las políticas estatales para el sector agropecuario entre 1970-1992 y la situación del sector agropecuario campesino; en los capítulos VII y VIII trata de una propuesta integral, la contrareforma agraria hasta el desarrollo rural, Estado y modernidad. Por último el autor realiza propuestas alternativas para el desarrollo rural y de recaudación institucional (AU).

Ub: BO DA125 U76f; B02.1.

000100

Au: Bolivia. Secretaria de Salud.

Ti: Inventario y mapeo de servicios de salud y proyectos en zonas de pueblos indígenas/sss.

Fu: La Paz; SNS; 1995. <20> p.

Re: Es una repopilación de información del INE, Fis, Secretaría Nacional de Salud, PSF, CARE, CARITAS, Proyecto Esperanza, ADRÁ, Medios Mundi, Visión Mundial, Programa de salud. Dicha información fue sistematizada en cuadros para luego vaciarla al Mapa Etnográfico de Bolivia. En los anexos realiza cuadros de servicios de salud según provincias, municipio y pueblos indígenas de cada uno de los departamentos de Bolivia (AU).

Ub: BO DA125 S433i; B02.1.

000101

Au: Alba Fernandez, Juan José.

Ti: Entre la pervivencia y la muerte: los campos jampiris de Campero/sss.

Fu: Santa Cruz; El País; 1996. 180 p. ilus.

Re: Es el resultado del estudio acerca de la "medicina tradicional" en la provincia Campero. Se trata de una primera aproximación al conocimiento de la cultura quechua, nos permite conocer cual es el comportamiento y las concepciones que manifiestan los campesinos de esta región cuando tiene problemas de salud. Se seleccionan 13 comunidades para basar el diagnóstico. Se hizo un trabajo de campo, se practica en curaciones domesticas con hierbas realizado por campojampiris, los kallaguayas. Trata de la agricultura, la educación, catequistas, médicos. Hay un listado de qhoras de los campesinos, con su nombre comun y científico para que se utiliza y como utilizarlos (AU).

Ub: BO DA125 A325e; B02.1.

000102

Au: Rivero Molina, Ramiro; Portugal Loayza, Jimena.

Ti: Consulta de bases a los ayllus del Norte de Potosí y Sur de Oruro/sss.

Fu: La Paz ; ILDIS/PROADE; 1995. 00 p. ilus.

Re: Muestra las características ecológicas del norte de Potosí y del sur de Oruro, los antecedentes históricos , su organización sociopolítica, cultural, salud, educación, desarrollo, capacitación. Se divide por fases siendo estas cinco. Dentro de las conclusiones más importantes plantea las siguientes: que existe un alto grado de descentralización en lo político administrativo y el marginamiento y descontento de las comunidades por el mal funcionamiento de los sistemas de salud y educación, analfabetismo, agua, comunicación, electrificación, mejoramiento de los pastos, etc. (AU).

Ub: BO DA125 R621c; B02.1.

000103

Au: Bolivia. Secretaría Nacional de Asuntos Etnicos de Género y Generacionales.

Ti: Censo Indígena del Oriente y Amazonía/sss.

Fu: La Paz; Ministerio; 1995. 53 p. ilus.

Re: El objetivo principal del censo indígena es el de obtener información específica sobre las características demográficas y la distribución espacial de las poblaciones indígenas. De conocer las situaciones de educación y salud y demás necesidades (vivienda, servicios, etc.). Los datos obtenidos corresponden al Chaco, Oriente y Amazonía. También muestra las características generales de cada región (ubicación, crecimiento, estructura por edad y sexo, situación conyugal, etc) (AU).

Ub: BO DA125 S433c; B02.1.

000104

Au: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Ti: Plan de salud de pueblos indígenas del Chaco Oriente y Amazonía/sss.

Fu: La Paz; OPS-OMS; 1995. 17 p. ilus.

Re: Busca concretar estrategias e intervenciones que permitan incrementar el acceso de estas poblaciones a una atención adecuada de salud. Se basa en problemas y necesidades sentidas por la población. Se presentan modelos de atención alternativo con base comunitaria para la población indígena. Se contempla la mortalidad materna, infantil, tasa global de la fecundidad. Dicho plan contempla la unión de fuerzas sociales, locales, municipales e institucionales (AU).

Ub: BO DA125 068p; B02.1.

000105

Au: Albo, Xavier.

Ti: Bolivia Plurilingue/sss.

Fu: La Paz; Papiro Publicidad; 1995. 500 p. ilus.

Re: Presenta la compleja situación sociolingüística boliviana y sus implicaciones para la expansión de la educación intercultural bilingüe. Estos libros no son solo datos del censo nacional de 1992, sino también consideran el mapa educativo elaborado por ETARE y los primeros resultados del censo indígena del Oriente. Por otro lado cuenta con una visión global de la evolución intercensal entre 1976 y 1992. Realiza una descripción de las características de cada una de las zonas geográficas y socio lingüísticas de tecnologías en todo el país, teniendo en cuenta la frecuencia de cada lengua o combinación de ellas. Realizan un análisis específico de la incidencia del factor educativo, teniendo en cuenta entre lengua y los niveles alcanzados (AU).

Ub: BO DA125 A325b; B02.1.

000106

Au: Poroz Crespo, Carlos.

Ti: Autosuficiencia comunitaria en salud: un caso sobre los aymaras de La Paz /ss.

Fu: La Paz; Mamuschito; 1984. <35> p.

Re: Es la valoración de la salud en medios de grupos nativos, el contexto de la comunidad, las curaciones entre ellos, tratamientos recomendados, para cada uno de los casos, que plantas o preparados se debe utilizar y por último unas conclusiones (AU).

Ub: BO DA125 P434a; B02.1.

000107

Au: Concejo nacional de población (CONAPO).

Ti: Acerca de la integración de los subsistemas de salud empírico tradicional-occidental/ss.

Fu: La Paz; No tiene; 1988. <56> p.

Re: Muestra la situación de la salud en Bolivia, realiza una explicación de la medicina formal u occidental y de la medicina no formal o tradicional. También hicieron reglamentos para la práctica de la medicina naturista tradicional de Bolivia (AU).

Ub: BO DA125 C744a; B02.1.

000108

Au: Van Kessel Juan.

Ti: La senda de los kallaguayas/ss.

Fu: Puno; CIDSA; 1993. 151 p.

Re: Es una serie de cinco ensayos de investigación y dos tomos de reflexión, que versan todos sobre el país de aquellos legendarios curanderos, sobre su saber y hacer y sobre los problemas del desarrollo. Por otro lado muestra el perfil social y cultural del país. El ayllu y la cosmovisión andina, rituales terapéuticos, curativos, la medicina kallaguaya (AU).

Ub: BO DA125 V2161; B02.1.

000109

Au: Ryn, Zdzisslaw.

Ti: Los andes y la medicina/ss.

Fu: La Paz ; Centro de Documentación Antropológico; 1981. 121 p. illus.

Re: Se divide en VII capítulos; en el I trata de la arqueología y la medicina, las cuales en los últimos años se ligan a una especialidad nueva: llamada medicina arqueológica. También se encuentran monumentos interesantes en las montañas, la mayoría de ellos de la época incaica. También existen santuarios andinos, siendo un fenómeno cultural. En los capítulos siguientes describe al soroche; hace una descripción de los habitantes de los andes, nos indica las enfermedades de los indígenas debido a varios factores tales como el ambiente montañoso, la mala alimentación, etc.; por otro lado muestra la medicina nacional folklórica tratada con yerbas y ritos con nombres específicos cada caso (AU).

Ub: BO DA125 R9881; B02.1.

000110

Au: Alba Fernandez, Juan José.

Ti: La medicina tradicional en la provincia Arque/sss.

Fu: Cochabamba; PROSANA/CORDECO; 1994. 115 p.

Re: Es un estudio para el acercamiento del conocimiento de la medicina tradicional en la provincia Arque del departamento de Cochabamba, en base a 80 entrevistas. El autor detecta que la territorialización de los andinos desarticulan la complementariedad y el consiguiente desequilibrio alimentario-salud. Por tanto el autor detalla una serie de datos de curación con la farmacopea natural los cuales en la actualidad sufren el descrépito aún en la misma población nativa (AU).

Ub: BO DA125 A3251; B02.1.

000111

Au: Oblitas Poblote, Enrique.

Ti: Cultura Callawaya/sss.

Fu: La Paz; Camar Linghi; 1978. 556 p.

Re: La obra, ofrece la descripción de la cultura Kallaguaya, se puede advertir que el autor conocía de cerca la trayectoria de los kallaguayas, lo cual facilitó sus apreciaciones y darle un enfoque más general. Sin embargo debemos hacer notar al lector que de entrada el autor subestima la parte ritual de la medicina callawaya. Solo valora el autor la parte de la farmacopea de la medicina callawaya limitando con esto dar un enfoque integral de la medicina callawaya (AU).

Ub: BO DA125 O201c; B02.1.