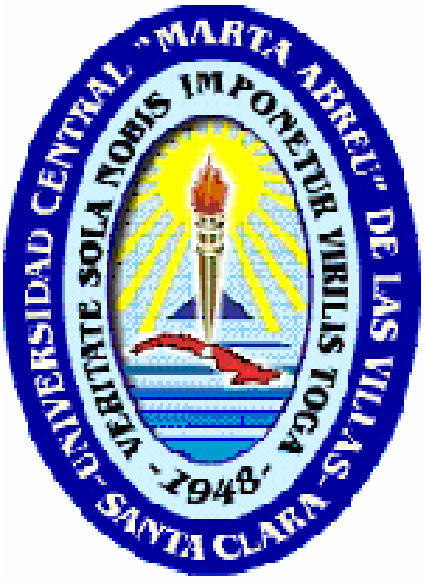
Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Estudios Socioculturales



TRABAJO DE DIPLOMA

“PROPUESTA SOCIOCULTURAL DE PREPARACION PARA LOS COLABORADORES DE LA SALUD EN BOLIVIA.”

Autor: Dayanesky Díaz Valdés

Tutor: Dr. Manuel Martínez Casanova

Santa Clara

2007

"Año del 49 Aniversario Del Triunfo de la Revolución"

“Nuestro deber hoy de pueblo pobre y subdesarrollado es el esfuerzo máximo por salir de la pobreza, de la miseria, del subdesarrollo. Pero en el futuro, no podemos pensar en la riqueza plena mientras haya otros pueblos que necesitan nuestra ayuda. Y es necesario que desde ahora eduquemos a nuestro pueblo y eduquemos a nuestros hijos... eduquemos a nuestro pueblo en ese concepto del deber internacionalistas, en ese sentido del deber internacionalista.”

Fidel Castro

A mis padres, por apoyarme siempre y hacer de mí la mujer que soy, a Neli y Duvi mis hermanos queridos; y a Yoslandy, que me dio toda la confianza y autoestima necesaria para amar y terminar la carrera.

Al Dr. Manuel Martínez Casanova (Manolito), mi tutor, que me ha ayudado mucho en la realización de esta investigación. A quien le debo la preparación para defender este tema y la confianza en que todo va a salir bien. Por su dedicación y constancia en el presente trabajo y por la enorme e irrefutable confianza que depositó en mí.

A Antonio Ariel González-Aramayo, estudiante de tercer año de Psicología, quien aportó grandes ideas a esta investigación.

A todos los que de una forma u otra, contribuyeron a la realización de este trabajo, dándome todo el apoyo espiritual que se necesita para no amedrentarse en el camino. Dailiany, Jorge Lester y Alejandro Landa siempre les estaré eternamente agradecida.

En fin a todos los que han brindado su generosa ayuda y han confiado en mi.

RESUMEN

El presente trabajo aborda aspectos de gran importancia para los galenos cubanos que se encuentran cumpliendo una importantísima misión en algunos de los países hermanos de África, Asia, América Latina y el Caribe. En este caso a todos aquellos que colaboran en Bolivia. El mismo propone un sistema de información sociocultural y de la salud que es de interés básico y fundamental que le sirve a estos para una mejor preparación sociocultural de forma autodidacta.

Para tales efectos se aplicaron entrevistas a especialistas de la salud que se encuentran cumpliendo misión internacionalista así como a algunos estudiantes bolivianos de nuestra Universidad “Marta Abreu” de las Villas que nos permitieron, además de obtener información específica sobre el país, obtener criterios sobre las necesidades de preparación y los aspectos más significativos a lograr con ella.

Para complementar socioculturalmente la labor de los colaboradores médico-sanitario se propone un mecanismo (Página Web) de recopilación de la información necesaria, con la posibilidad de acceso a la información necesaria según emerja la necesidad de la misma y con un formato sencillo y útil, que pretende ampliar los conocimientos de nuestros médicos y perfeccionar las habilidades comunicativas con sus pacientes, con el objetivo de lograr mejor su desempeño en tal función.

INDICE

Contenido	***Páginas***
Resumen	
Introducción	1
Capítulo 1: Características generales de la República de Bolivia y la labor médico-sanitaria cubana.	8
1.1 Bolivia. Características geográficas, climáticas, históricas, políticas y poblacionales.	8
1.2 Situación de la salud histórica del país.	25
1.3 La ayuda médica sanitaria cubana en Bolivia. Características y resultados.	34
Capítulo 2: Aspectos socioculturales de interés médico-sanitario en Bolivia.	39
Capítulo 3: Propuesta Sociocultural de facilitación del uso, apropiación y utilización de la información del personal médico-sanitario cubano.	65
3.1 Proceso de elaboración de la Página Web.	65
3.2 Estructura de la Página Web.	67
Conclusiones	71
Recomendaciones	73
Bibliografía	74
Anexos	81

INTRODUCCION

Desde la época más remota los médicos siempre se han vinculado con los procesos revolucionarios que han ocurrido en la humanidad, ya sea asistiendo a los heridos en los combates, actuando directamente como combatientes o por sus aportes a los procesos teóricos revolucionarios. Cuba no es la excepción.

En la sociedad cubana la solidaridad y el internacionalismo forman parte del sistema de valores objetivos y de la conciencia que se reflejan en la cotidianidad; así como de las tradiciones patrióticas y revolucionarias que nos identifican como nación. Es muy difícil no encontrar en una comunidad y poblado de nuestros municipios y ciudades, una familia que no tenga en su seno algún internacionalista o que no haya recibido las muestras de solidaridad y el calor humano de nuestra sociedad, y los efectos de la solidaridad y el internacionalismo de otros pueblos.

Cuando mencionamos la palabra solidaridad, *¿qué significado se le atribuye realmente a esta?*

En el diccionario de la lengua española la acepción que tiene el vocablo solidaridad es la siguiente**:** S*entimiento fraternal mutuo*[1]*.* Es decir es un vínculo que une a hombres y pueblos de modo que el bienestar de los unos determina el de los otros. Unión, adhesión, responsabilidad conjunta.

Para los cubanos, la solidaridad es un principio humano universal que acompaña al hombre desde que surge la sociedad; se educa y cultiva en la familia, en la escuela, en la comunidad, a través de la Educación y la Cultura; puede convertirse en un valor en la personalidad de los individuos y llega a ser convicción cuando se concientiza y expresa en la conducta y la actitud en la familia, la comunidad y en las relaciones sociales que establecen los hombres.

[1] F.Romero Alfau. Diccionario de Español. Editorial Pablo de la Torriente.

Muchos son los ejemplos de internacionalismo y solidaridad en nuestros barrios, poblados y ciudades ya que la Revolución, desde sus inicios, ha practicado consecuentemente estos valores. El período especial, con sus carencias, necesidades y dificultades, puso a prueba a estos, arraigados en los cubanos. Frente a las desigualdades sociales y las limitaciones objetivas que padecemos, es cierto que hay personas insensibles, que no son solidarias, colectivistas, que cometen delitos, ilegalidades y se corrompen, son egoístas, pero lo que predomina en los cubanos es la hermandad, la solidaridad, la fraternidad que ha inculcado y sembrado la Revolución Cubana en más de cuatro décadas, aunque hay que seguir trabajando en lo ideológico para fortalecerla mucho más.

Han sido muchas las personas que han ayudado y han dado la vida por nuestro caimán verde. Durante la Guerra de los Diez Años los latinoamericanos fueron solidarios con los mambises, vinieron a Cuba a cooperar y a luchar, muchos desempeñaron un papel relevante en la Guerra Grande, Máximo Gómez, nacido en Santo Domingo, llegó a ser el Jefe de nuestro Ejército Libertador. El Brigadier Henry Reeves se convirtió en símbolo de la solidaridad popular norteamericana hacia Cuba. El intachable patriota Ernesto Che Guevara, ejemplo fiel de internacionalista, quien se mantuvo firme luchando por la paz e independencia de todos los pueblos de Latinoamérica.

Después de 1959 podemos mencionar algunas muestras de solidaridad e internacionalismo recibidas: el apoyo de la U.R.S.S ante la supresión yanqui de la cuota azucarera, la refinación y el suministro de petróleo; ante el bloqueo económico de Estados Unidos. Las relaciones de solidaridad y colaboración a través del CAME, la solidaridad de los países caribeños, de México, que se opusieron siempre al bloqueo y al aislamiento de Cuba y nos defendieron en todos los foros internacionales, el apoyo material y sobre todo moral, de numerosos países de África, Asia, América Latina y el Caribe, en los organismos internacionales, votando a favor de Cuba en la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, y así podríamos seguir mencionando.

José Luis Cañizares Cárdenas en su artículo"La solidaridad y el internacionalismo en Cuba", menciona una frase de Nuestro Comandante en Jefe: "Nuestro deber hoy de pueblo pobre y subdesarrollado es el esfuerzo máximo por salir de la pobreza, de la miseria, del subdesarrollo. Pero en el futuro, no podemos pensar en la riqueza plena mientras haya otros pueblos que necesitan nuestra ayuda. Y es necesario que desde ahora eduquemos a nuestro pueblo y eduquemos a nuestros hijos... eduquemos a nuestro pueblo en ese concepto del deber internacionalistas, en ese sentido del deber internacionalista."

Pues se hizo realidad el deseo de nuestro líder ya que a partir del triunfo de la Revolución, nuestro país ha mantenido como principio inviolable, su disposición de brindar ayuda solidaria y desinteresada a todos los pueblos y naciones que hayan sido afectados por desastres naturales y tecnológicos, sin tener en cuenta diferencias ideológicas y sociales, inspiradas únicamente en el noble y humanitario sentimiento de mitigar el dolor y el sufrimiento que generan los desastres. Actualmente Cuba se encuentra prestando ayuda solidaria a muchos países de América Latina como Venezuela, Bolivia, Honduras, Uruguay, Guatemala, Paraguay, etc. La Brigada Henry Reeves, La Operación Milagro, la Misión Educativa "Yo si puedo", entre otras son ejemplos de ello. ¡Cuántas acciones heroicas y hazañas de todo tipo para salvar vidas humanas!

La salud pública ha sido uno de los logros emblemáticos de nuestro socialismo. Decenas de miles de cubanos se han graduado hoy como médicos y otras tantas especialidades de la salud pública; miles de ellos están dispersos por el mundo, salvando vidas y cumpliendo honrosamente una labor humanitaria de la Revolución. Bolivia es uno de los países que recibe ayuda médica actualmente.

La Delegación Médica Cubana de Ayuda Internacionalista realiza hoy en Bolivia un trabajo que representa gran importancia para la humanidad en general, ya que reporta beneficios mutuos, tanto para los pueblos que reciben esta ayuda, como

para los miembros de la Delegación que la brinda, ya que estos últimos tienen la oportunidad de aprender un idioma, de conocer otro país interesante por su naturaleza, sus costumbres y tradiciones tan diferentes a las nuestras, pero con una historia y situación política similar. Además, cada uno de los integrantes de la Misión, en su especialidad, adquiere una experiencia práctica extraordinaria que sólo el trabajo la puede proporcionar, y una experiencia personal de convivir con personas ajenas a su familia, que les inculca aún más el sentimiento de solidaridad y la satisfacción del deber cumplido al ayudar a estos pueblos que atraviesan por momentos tan difíciles. Podemos destacar la conducta solidaria e internacionalista de Cuba y de los médicos de la isla, consecuentes con las enseñanzas de Ernesto Che Guevara, cuya memoria une a los pueblos de Cuba, donde fue un gran revolucionario y dirigente, y Bolivia, donde fue un gran precursor.

Debido al escaso conocimiento que existe por parte del personal médico cubano sobre el clima, las culturas, las costumbres, tradiciones, formas de comunicación de los países en el cual están cumpliendo misiones, se hizo necesario un estudio profundo de estas culturas. Muchos de ellos desconocen los idiomas nativos, lo cual no les permite acercarse a la población, ni la población se acerca con facilidad a los hospitales. Es por ello entonces que surge este importante proyecto de gran beneficio, ya que con nuestra investigación facilitaremos a este personal médico muchas formas y conductas para poder tener una mejor comunicación con sus pacientes. Contribuiremos a la preparación sociocultural, pues a pesar de convivir y tener conocimiento de algunos de los aspectos generales de la forma de vivir de estas personas, aún no reconocen sus problemáticas más profundas, sus costumbres, a qué religión se dedican, qué culturas tienen, cómo se comunican entre ellos, si existen o no algunos dialectos que puedan facilitarle su trabajo como especialistas. No tienen noción alguna de cómo estos bolivianos aceptarán la idea de que una persona, que es un extraño prácticamente para ellos, venga a curarlos, a orientarlos, a examinarlos, cómo reaccionarán ante la situación de que un médico cubano no haya podido curar, no haya podido descifrar la enfermedad

de algún paciente y este muera. Todas estas problemáticas: las bajas temperaturas, el idioma y una cultura totalmente diferente, son condiciones que vencen a diario los médicos cubanos en Bolivia y en cualquier país que estén prestando ayuda.

¿Cómo ganarse la confianza de estas personas necesitadas y no ser vistos como intrusos?

Para relacionarnos cara a cara con los pobladores, y recibir una muestra de confianza en sus ojos, la mayor parte de los vínculos se deben establecer sobre la base de tratar a la gente con profesionalidad, respeto, amor pero a la vez con sencillez. Se necesita además sensibilidad para saber ponerse en su lugar y en correspondencia tratarlos. Trabajar las 24 horas de todos los días, respetar su credo, su religión, su cultura, su filosofía, sus costumbres, no interferir en sus problemas internos, no sólo esperar por ellos hay que saber ir a lugares distantes no importa que tan lejos sean, hay que estar dispuesto a ir a los lugares más complejos, más difíciles, correr sus propios riesgos. Hay que vivir en sus propias condiciones, además hay que ser determinados, se debe prestar un servicio integral. Tenemos que verlos como seres humanos que atraviesan por un momento difícil, que han perdido casi todo, familia, trabajo, escuela, etc. ya que uno se convierte prácticamente en su única esperanza.

Fueron estas reflexiones quienes contribuyeron a plantear el siguiente **problema científico** de la investigación, determinando que: *Para un mejor logro del objetivo del colaborador médico-sanitario cubano que presta servicio en la República de Bolivia, resulta importante complementar la preparación sociocultural de los colaboradores cubanos que salen a cumplir misión internacionalista en el área de la salud.*

Y a partir de esta problemática nos propusimos resolver las siguientes **interrogantes científicas**:

- ¿Cuáles son los aspectos socioculturales principales de Bolivia que deben ser manejados por los colaboradores internacionalistas de la salud para el mejor desenvolvimiento de estos?

- ¿Cómo localizar, clasificar, organizar esta información para que sea utilizada por los colaboradores cubanos de la salud?

- ¿Qué propuesta sociocultural sería la más adecuada para la facilitación del uso de esta información por los colaboradores de la salud?

Debido a estas reflexiones nuestro trabajo tiene como **objetivo general**: *Proponer un sistema de información sociocultural de interés básico y fundamental para los colaboradores médicos cubanos que cumplen misión en Bolivia que le sirva a estos para una mayor preparación con vistas a lograr su mejor desempeño en tal función.*

Para dar cumplimiento a este objetivo nos trazamos las siguientes **tareas específicas:**

- Determinar cuáles son los aspectos socioculturales principales referidos a Bolivia que deben ser manejados por los colaboradores internacionalistas de la salud para el mejor desenvolvimiento de estos.

- Localizar, clasificar y organizar la información sociocultural necesaria relativa a Bolivia.

- Proponer un método de organización de la información que sea utilizada con mayor facilidad por el colaborador de la salud.

Para la realización de este trabajo se han utilizado varios métodos y procedimientos como las entrevistas, realizadas al personal médico-sanitario y a estudiantes bolivianos, las experiencias vividas, testimonios y anécdotas de los

colaboradores en Bolivia, así como otros datos que se consideraron significativos a la hora de organizar la información. Respecto a los estudiantes bolivianos, tenemos el honor de que algunos de ellos estudian en las aulas de nuestra Universidad Central Marta Abreu de las Villas. Algunos de los médicos entrevistados se encontraban cumpliendo misión internacionalista durante todo este proceso por lo que dio lugar a recurrir a otro método muy importante: la comunicación y búsqueda de datos por Internet, este nos ha servido de gran ayuda ya que sobre el tema investigado no existe nada que lo anteceda, es decir, muchas de las informaciones encontradas se basan en artículos, libros, ponencias y noticias consultadas en diferentes sitios de Internet.

Preparar socioculturalmente a la fuerza laboral sanitaria internacionalista trae consigo numerosos aportes para su mejor desempeño, es uno de los mayores retos que tenemos como futuros estudiosos de la cultura y la sociedad como integrantes de esta investigación. Al mismo tiempo se convierte en una de las mejores oportunidades, que esperamos que sean afrontadas por los sistemas de salud. Estas personas que vivenciarán una cultura distinta a la suya tendrán la capacidad de enfrentar con mayor claridad, situaciones sociales completamente diferentes de aquellas de donde vienen, es decir conocerán y comprenderán mucho mejor las formas de vida de las sociedades rurales y urbanas de Bolivia. La labor médico-sanitaria cubana ha sido un ejemplo digno de sacrificio, solidaridad y humanismo.

La siguiente investigación está estructurada por tres capítulos, un primer capítulo donde se identifican aspectos generales característicos de Bolivia, situación geográfica, clima, historia, política y población. También caracterizamos la situación de la salud histórica de este país. En un segundo capítulo precisamos algunos elementos de la cultura popular tradicional de interés médico sanitarios donde podemos encontrar aspectos tanto favorables como conflictivos para nuestros colaboradores de la salud. Además identificaremos diferentes palabras y frases usadas por los bolivianos indispensables para una mejor comunicación

médico-paciente. Finalmente en el capítulo tres propondremos un método para organizar la información que va a ser utilizada por el colaborador de la salud.

CAPITULO 1: Características generales de la República de Bolivia y la labor médico-sanitaria cubana.

1.1 Bolivia. Características geográficas, climáticas, históricas, políticas y poblacionales.

Características Geográficas

Bolivia (nombre oficial: República de Bolivia)

Bolivia (de Simón Bolívar [*fundador del país*]) es un país ubicado en el centro de América del Sur. En extensión territorial ocupa la octava posición en el continente americano, y el vigésimo séptimo a nivel mundial. Limita al norte y al este con Brasil, al sur con Paraguay y Argentina, y al oeste con Chile y el Perú. El centro geográfico del país se encuentra en el área de Puerto Estrella sobre el río Grande en el Departamento de Santa Cruz, en la provincia Ñuflo de Chávez. Su capital es Sucre y su sede de gobierno es La Paz. Fue fundada inicialmente con el nombre de "*República Bolívar*" en honor a su libertador. **(Ver anexo 1)**

Es un país mediterráneo que carece de costas. Esta situación es el resultado de la pérdida de su salida al mar (Océano Pacífico) como consecuencia de la llamada Guerra del Pacífico (1879-1883) entre Chile por un lado y Bolivia y Perú del otro, guerra provocada por los intereses imperialistas norteamericanos e ingleses por el control de los depósitos de nitratos existentes en la zona en conflicto.

El rasgo más notable de Bolivia es la existencia de la Cordillera de los Andes que se extiende desde norte a sur, atravesando toda la parte oeste boliviana. Las alturas más notables de estas montañas son Ancohuma con 6550 m sobre el nivel del mar, Illampu con 6485 m sobre el nivel del mar y el Illimani, con 6462 metros. En el norte y noreste existen valles bañados por el Río Beni y sus grandes afluentes como el Río Madre de Dios, el Guaporé, que forma parte de la frontera

con Brasil y el Mamoré. El Pilcomayo es el río mayor de Bolivia. También existen lagos importantes, como el Titicaca.

Características climáticas

El altiplano andino presenta un tipo de clima frío y árido En Bolivia se pueden encontrar todos los climas, desde el tropical en los Llanos, hasta el polar en las altas cordilleras de los Andes. Además de la variabilidad de las condiciones climatológicas, muchos lugares del país presentan climas irregulares a lo largo del año con variaciones grandes e imprevisibles. Las condiciones climáticas del país están determinadas por una combinación de factores entre los cuales los más importantes son la posición geoastronómica, la latitud, la proximidad al trópico, la altitud, la variedad de relieves, la circulación de los vientos alisios, los surazos y el fenómeno del Niño. La estación de lluvias en el país abarca de noviembre a marzo. Estos factores modifican la temperatura, las precipitaciones, la humedad, el viento, la presión atmosférica, la evaporación y la evotranspiración, dando lugar a climas diferentes en todo el ámbito nacional.

Las características climáticas de las tres regiones son muy diferentes, lo que da lugar a una diversidad en los tipos de cultivos predominantes: En el Altiplano los cultivos son papa, quinua, avena, haba y cebada. En el Valle el cultivo principal es el maíz, pero también se cultiva el trigo, avena y otros cereales, así como variedad de frutas, verduras y hortalizas. La coca es un importante cultivo de la región subandina del Llano, donde se produce además café, cítricos y frutas semitropicales. En los Llanos los productos típicos son yuca, maíz, maní, algodón, soya, girasol, caña de azúcar y tabaco.

Por sus características climáticas, altitudinales y fisiográficas presenta un amplia diversidad biológica resultante de una gran riqueza de ecoregiones y subunidades ecológicas que van desde la zona alto andina hasta la llanura amazónica pasando por los valles secos, los yungas y las serranías chiquitanas, entre otros.

Esta amplia variedad de ecorregiones contiene una alta diversidad biológica, considerada entre las mayores a nivel mundial. Hasta ahora se describen más de 40 unidades naturales enmarcadas en variaciones altitudinales muy diversas, que van desde los 6.542 msnm del Nevado Sajama, en la cordillera de los Andes hasta los 30 msnm cerca del río Paraguay, en las llanuras de las tierras bajas del oriente.

Aunque se encuentra situada en una zona tropical, el clima boliviano está marcado por la cantidad de elevaciones y zonas montañosas que posee. En las regiones más altas el clima es frío y seco. En las regiones bajas, el clima es más cálido. El rango anual de temperaturas está sobre los 8°C aproximadamente, en el Altiplano alrededor de los 26°C, en la zona este. **(Ver anexo 2)**

Características históricas

Los restos arqueológicos encontrados en los Andes bolivianos parecen apuntar a que el país estaba habitado hace 30.000 años. En el Altiplano, camino de La Paz a Oruro, al oeste del país, se ha descubierto el yacimiento paleolítico de Viscachani, donde se han hallado numerosos útiles y herramientas de piedra que datan del 10000 al 4000 a.C., como hachas de mano, lascas, puntas de lanza y cuchillos.

En el actual territorio de Bolivia vivieron dos grandes civilizaciones precolombinas: primero fue la de Tiahuanaco, próxima al lago Titicaca, centro ceremonial Aymara cuya fundación probablemente se llevara a cabo antes del año 300 d.C., y posteriormente la inca, que estableció un vasto imperio en el siglo XV, poco antes de la llegada de los españoles. Durante ese siglo Bolivia estaba ocupada por varios grupos de lengua aymara (collas, pacajes, lupacas, omasuyos), entre los que destacaban los collas, quienes dominaron un vasto territorio y lucharon con los quechuas de Cuzco (Cuzco) por el control de la región. Los collas fueron derrotados por el inca Pachacuti, quien se apoderó de casi todo el Altiplano boliviano. Bolivia constituyó durante casi un siglo una de las cuatro grandes divisiones del Imperio inca bajo el nombre de Collasuyu (literalmente “tierra” o

“provincia de los colla”). Estas antiguas civilizaciones han dejado grandes monumentos arquitectónicos y en la actualidad las lenguas aymara y quechua son las más importantes del país.

El Alto Perú, nombre con el que entonces se designó a Bolivia, fue descubierto por Diego de Almagro en 1535, después de partir del Cuzco con el fin de conquistar Chile. Muerto Almagro, Francisco Pizarro envió a su hermano Gonzalo a colonizar la provincia del Colla. Pedro de Anzúrez fundó Chuquisaca (actual Sucre) en 1538, Potosí surgió en 1546, La Paz en 1548 y Cochabamba en 1574.

La fundación española en Bolivia se caracterizó por presentar una base minero-agrícola. La ciudad de Potosí, la más poblada de América en 1574 (120.000 habitantes), se convirtió en un gran centro minero por la explotación de las minas de plata del cerro Rico de Potosí y en 1611 era la mayor productora de plata del mundo. El rey Carlos I había otorgado a esta ciudad el título de villa imperial después de su fundación.

Durante algo más de 200 años el territorio de la actual Bolivia constituyó la Real Audiencia de Charcas, uno de los centros más prósperos y densamente poblados de los virreinatos españoles. Potosí, ciudad más importante en el hemisferio occidental del Imperio español, empezó su decadencia en las últimas décadas del siglo XVIII y entró en el olvido al quedar la minería de la plata en un estado de estancamiento, como consecuencia del agotamiento de las vetas más ricas, de las anticuadas técnicas de extracción y de la desviación del comercio hacia otros países. En 1776, la Real Audiencia de Charcas, que hasta entonces formaba parte del virreinato del Perú, fue incorporada al virreinato del Río de la Plata.

Las sublevaciones de Chuquisaca y La Paz fueron el punto de arranque de las guerras de independencia. El país se declaró independiente de España el 6 de agosto de 1825 y adoptó el nombre de Bolivia cinco días después. En 1826 el libertador Simón Bolívar otorgó al país la primera Constitución que fue aprobada por el Congreso de Chuquisaca. El general Antonio José de Sucre, mariscal de Ayacucho, fue elegido primer presidente de la República de Bolivia.

Desde los inicios de su existencia como nación independiente, Bolivia se sumergió en un estado casi crónico de pugnas políticas y guerras civiles, y durante los siguientes 50 años los intervalos de estabilidad política fueron breves e inexistentes. En 1837 Bolivia se unió a Perú para formar un nuevo Estado, la Confederación Perú-boliviana, que desapareció dos años después, en 1839, por la oposición y declaración de guerra de Argentina y Chile. En 1841 la batalla de Ingavi otorgó a Bolivia la definitiva separación del Perú.

En 1866 y 1874 se firmaron los tratados para resolver el litigio con Chile sobre el desierto de Atacama, rico en yacimientos de nitratos de sodio y cobre. En ellos se adoptó como línea limítrofe entre Chile y Bolivia el paralelo 24 de latitud S. Se otorgaron a Chile diversos derechos arancelarios y concesiones mineras en la Atacama boliviana. Estas últimas disposiciones originaron el litigio entre los dos países y en 1870 Chile se apoderó del puerto boliviano de Antofagasta. En la llamada guerra del Pacífico, Bolivia y su aliado Perú fueron derrotados por Chile. Al ser despojada de su única posesión litoral, Bolivia dejó de tener salida al mar. El litoral boliviano abarcaba alrededor de 158.000 km^2 y, además de Antofagasta, contaba con los puertos mayores de Mejillones, Cobija y Tocopilla; la región presentaba guano, salitre y cobre, riquezas que no habían sido explotadas por Bolivia. En 1904 se ratificó un tratado de paz y amistad que reconoció el dominio a perpetuidad del territorio en litigio por parte de Chile, aunque garantizó a Bolivia el libre acceso al mar.

Bolivia mantuvo también un litigio territorial con Brasil, que concluyó con la cesión de 180.000 km^2 a este país a cambio de una indemnización económica y una pequeña compensación territorial. Además, ha tenido conflictos territoriales por cuestión de límites con Argentina, Perú y Paraguay. La solución pacífica del litigio con Argentina se alcanzó en 1925. En 1930, Perú y Bolivia nombraron una comisión conjunta para delimitar la frontera y solucionar el litigio sobre la península de Copacabana. El problema fronterizo boliviano-paraguayo se centró sobre el Chaco boreal, una zona de tierras bajas situada al norte del río Pilcomayo y al oeste del río Paraguay. Los dos países reclamaban el territorio en su totalidad. En

julio de 1932 estalló la Guerra del Chaco **(Ver anexo 3)**, conflicto no declarado que duró tres años y en el que murieron unos 50.000 bolivianos y 35.000 paraguayos. En julio de 1938 se firmó el tratado de paz, según el cual Paraguay se quedaba con un 75% de la región del Gran Chaco.

A partir de 1930 el país vivió de nuevo períodos de disensiones internas. Ese año una revolución derrocó al presidente Hernando Siles que había gobernado desde 1926 sin convocar la legislatura nacional e intentaba prorrogar su mandato. Daniel Salamanca, elegido presidente en 1931, fue derrocado en 1934 por una camarilla liderada por su vicepresidente José Luis Tejada Sorzano. Su gobierno fue derribado por una Junta militar encabezada por el coronel David Toro, quien intentó sacar al país de la situación desesperada en que se encontraba, como consecuencia de la recesión mundial y del conflicto del Chaco con Paraguay. Sin embargo, se rodeó de enemigos entre los militares y en 1937 fue derrocado por un grupo encabezado por el teniente coronel Germán Busch Becerra, jefe del Estado Mayor.

En 1938 se aprobó una nueva Constitución. Sin embargo, Busch la abolió un año después e impuso un gobierno dictatorial. A los cuatro meses fue encontrado muerto de un disparo. Asumió la presidencia el general Carlos Quintanilla, quien restauró la vigencia de la Constitución de 1938 y determinó que el Ejército debía ejercer el control del país hasta la celebración de nuevas elecciones.

En 1940 fue elegido presidente el general Enrique Peñaranda, quien el 7 de abril de 1943, durante la II Guerra Mundial, declaró la guerra a los países del Eje Nazi-fascista. En diciembre de 1943 fue derrocado por una insurrección cívico-militar que encabezó el militar Gualberto Villarroel, quien un año después asumió la presidencia constitucional del país apoyado por el Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR), partido en cuyo seno había simpatizantes del Eje, y por el Partido Obrero Revolucionario. No obstante, y por presiones económicas, el nuevo gobierno se vio obligado a mantener buenas relaciones con las fuerzas aliadas. En julio de 1946 Villarroel fue derrocado y asesinado en La Paz.

En 1947 los conservadores volvieron a tomar el poder. El gobierno de Enrique Hertzog tuvo que soportar continuamente la oposición de los partidos de derecha y de izquierda, y a principios de la década de 1950 el Partido Comunista fue ilegalizado. Hertzog dimitió y Mamerto Urriolagoitia le sucedió en el poder.

Durante las elecciones presidenciales de mayo de 1951, el exiliado líder del Movimiento Nacionalista Revolucionario (MNR), Víctor Paz Estenssoro, alcanzó casi la mitad de los votos emitidos. Sin embargo, al no haber un claro vencedor, el Congreso debía elegir al presidente entre los tres candidatos más votados. Con la finalidad de impedir la elección de Paz Estenssoro, el presidente Urriolagoitia renunció y entregó el gobierno a una junta militar que nombró como su jefe al general Hugo Ballivián; en abril de 1952 fue derrocado.

Paz Estenssoro regresó del exilio para asumir la presidencia. Bajo su dirección el gobierno emprendió un amplio programa de reformas económicas, decretó la nacionalización de las minas y el monopolio en la exportación del estaño. En el transcurso de 1954 se llevó a cabo la reforma agraria (parcelación de tierras para distribuir entre los indígenas), se alentó la prospección de pozos petrolíferos por empresas extranjeras, se instituyó el voto universal (no existía hasta ese momento) y se llevó a cabo una reforma educativa.

A finales de la década de 1950 y principios de la de 1960 la economía boliviana sufrió el descenso continuo de los precios del estaño en los mercados mundiales y altos índices de inflación. Las minas de estaño no resultaban rentables y los esfuerzos del gobierno para reducir el número de trabajadores empleados y restringir los salarios se encontraron con la resistencia de los sindicatos. La Constitución boliviana, que no contemplaba la reelección, impidió que Paz Estenssoro se presentara a las elecciones de 1956, pero su vicepresidente Hernán Siles Zuazo, hijo de Hernando Siles, las ganó como candidato del MNR.

Siles continuó con la política iniciada por el gobierno de Paz Estenssoro, quien volvió a ser elegido en 1960. Paz solicitó la redacción de una nueva Constitución que aumentara la autoridad económica del gobierno y permitiera la reelección. En

1964 fue reelegido, nombrando como vicepresidente al general René Barrientos, jefe de las Fuerzas Aéreas y candidato de la derecha. Muchos de los antiguos colaboradores de Paz lo abandonaron, denunciando que el MNR había olvidado su política revolucionaria. Paz Estenssoro fue derrocado un mes después de su reelección a consecuencia del levantamiento que protagonizaron los mineros y los estudiantes. Se hizo cargo del poder una junta militar encabezada por René Barrientos.

El gobierno militar llevó a cabo una política de reformas económicas conservadoras, como la reapertura de la industria de las minas de estaño a las inversiones privadas extranjeras. En julio de 1966 René Barrientos fue elegido presidente ya como civil. Sin embargo, se vio obligado a depender de los militares para poder enfrentarse a los movimientos guerrilleros que habían empezado a actuar en las regiones montañosas. En octubre de 1967 el Ejército boliviano anunció haber derrotado a los rebeldes en un lugar próximo a la aldea de Valle Grande. En la acción, se produjo la captura del Guerrillero Heroico, Comandante Ernesto Che Guevara, el cual más tarde resultó tristemente ejecutado. Barrientos murió en un extraño accidente de helicóptero en abril de 1969. Se sucedieron en el poder una serie de gobiernos de corta duración, la mayoría militares, y en agosto de 1971 el general Juan José Torres fue derrocado por un golpe de Estado encabezado por el coronel Hugo Banzer.

Banzer asumió un régimen de mayor represión: suprimió el movimiento obrero, suspendió todos los derechos civiles y envió tropas a los centros mineros. En 1978 Banzer dimitió y una junta militar se hizo con el poder. A comienzos de la década de 1980 el fuerte crecimiento económico de la década anterior —que había sido sostenido por los altos precios del estaño en el mercado mundial— dio paso a la crisis. La caída del precio del mineral y la mala administración de los regímenes militares habían dejado a Bolivia con una inmensa deuda, una situación hiperinflacionaria y un descenso de los ingresos por exportaciones. La exportación ilegal de cocaína fue el principal recurso que le procuró divisas, situación que ha distorsionado intensamente la economía boliviana hasta nuestros días.

En octubre de 1982 Hernán Siles Zuazo tomó de nuevo posesión de la presidencia. Se enfrentó con varias crisis ministeriales y fue incapaz de resolver los problemas económicos del país, bastante urgentes debido al pago de los intereses de la deuda externa a los bancos internacionales. Siles dimitió y convocó elecciones anticipadas; el Congreso volvió a reclamar a Paz Estenssoro como presidente. Su nuevo gobierno intentó cortar la producción de coca y la venta de cocaína con la colaboración de las tropas estadounidenses, pero esta medida, además de ser impopular, sólo obtuvo un éxito parcial. El principal logro de Paz Estenssoro fue una nueva política económica que frenó una hiperinflación del orden del 27.000% entre enero y agosto de 1985. Jaime Paz Zamora, que había sido el tercer candidato más votado en las elecciones de mayo de 1989, asumió en agosto la presidencia del país después de recibir el apoyo de Acción Democrática Nacionalista (ADN), grupo político de derecha.

Las siguientes elecciones, celebradas en junio de 1993, dieron la victoria al empresario minero Gonzalo Sánchez de Lozada, quien asumió la presidencia, en tanto que el dirigente aymara Víctor Hugo Cárdenas accedía a la vicepresidencia. Asimismo, en las elecciones para el Congreso, el MNR obtuvo la mayoría, reemplazando a la coalición de centro-izquierda hasta ese momento en el poder. Lozada, que había sido ministro de Planeamiento y Coordinación antes de su elección como presidente, introdujo algunas de las medidas más severas de reforma económica puestas en práctica por los países fuertemente endeudados: amplia privatización de empresas estatales, reducción de los gastos en servicios sociales y en los programas de educación, y cierre de muchas de las minas aplicando las indicaciones neoliberales del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. El estricto control de los gastos estatales aunque contribuyó a reducir la inflación a un 6,5% en 1995, no resolvió el problema por cuanto los costos sociales fueron muy altos.

En las elecciones presidenciales de junio de 1997 fue declarado vencedor el expresidente Hugo Banzer, a pesar de no contar con la mayoría absoluta. En junio de 1999, Banzer hubo de cambiar a la mitad de los miembros de su gobierno, tras

un grave escándalo que salió a la luz cuando ese mismo mes se produjo la inesperada renuncia del ministro del Interior, Guido Nayar, quien criticó la corrupción e ineficacia gubernamentales. El presidente decretó el 8 de abril de 2000 el estado de sitio recrudeciendo la represión, con el objeto de detener la oleada de protestas populares que tenían lugar en Cochabamba, pero no pudo contener con esa medida un violento estallido social causado por la extrema pobreza del campesinado indígena hasta que firmó seis días después con los representantes sindicales de éstos una serie de acuerdos que realmente nunca se propuso cumplir.

El día 20 de ese mes, cuatro días antes de que los miembros de su gobierno presentaran en pleno la dimisión, Banzer suspendió el estado de sitio. Nombró un nuevo gabinete el 25 de abril, pero el 19 de octubre tuvo que ver como de nuevo su gobierno presentaba en bloque su dimisión tras la grave crisis social vivida en Bolivia desde septiembre. Ésta, caracterizada por huelgas obreras y protestas campesinas, cortes de carreteras y enfrentamientos con fuerzas militares (sobre todo en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) estuvo protagonizada por indígenas y determinados sindicatos, defensores del derecho de los campesinos al cultivo de coca mientras no se buscaran alternativas viables socialmente y contrarios a las intenciones gubernamentales de erradicarlo y sustituirlo a la fuerza y sin tener en cuenta las consecuencias sociales por el de otros productos.

Aquejado de cáncer de pulmón, Banzer renunció el 6 de agosto de 2001 a la presidencia y fue sustituido en la misma por el que hasta entonces había sido su vicepresidente, Jorge Quiroga. Éste se mantuvo en el gobierno hasta el 6 de agosto de 2002, completando el quinquenio para el cual había sido elegido Banzer. Su sucesor fue Sánchez de Lozada, superando por muy pequeño margen (22,5 % contra 20,94 %) al líder indígena del Movimiento al Socialismo, MAS, Evo Morales.

El nuevo presidente anunció en febrero de 2003 una serie de impopulares medidas económicas (entre ellas, un nuevo impuesto sobre los salarios), que generó protestas en todo el país. Sánchez de Lozada retiró su proyecto, pero la grave crisis suscitada, salpicada de violentos incidentes, motivó la dimisión de todos los miembros de su gobierno. En el siguiente mes de agosto, para intentar poner fin a la crisis que vivía el país, Sánchez de Lozada llegó a un acuerdo con otros partidos de derecha para mantener el poder.

En septiembre y octubre de 2003 se sucedieron nuevas manifestaciones promovidas por la Central Obrera Boliviana (COB) y por la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia, que también convocaron un paro general indefinido. El movimiento popular también fue catalizado por el MAS y por el Movimiento Indígena Pachakuti. La revuelta se extendió a las principales ciudades del país (La Paz y El Alto fueron incluso militarizadas por el gobierno), donde el clima era, prácticamente, de abierta insurrección. Ante esta situación, que produjo escisiones en el ejecutivo, Sánchez de Lozada dimitió el 17 de octubre. Fue sustituido en la presidencia de la República por el vicepresidente, Carlos Mesa, quien formó un gabinete integrado por figuras moderadas no adscritas a partido alguno, con la intención de poner fin al conflicto. Poco después de su investidura, Mesa se comprometió a convocar un referéndum en el que los bolivianos deberían pronunciarse sobre la cuestión de la exportación de gas natural aspecto que no fue resuelto.

En 2005 el presidente constitucional Carlos Mesa renunció a la presidencia luego de distintos disturbios sociales. Su sucesor fue el presidente de la Corte Suprema Eduardo Rodríguez Veltzé, el cuál acordó llamar a elecciones en diciembre de 2005. Dichas elecciones se celebraron el día domingo 18 de diciembre de ese año, resultando ganador el líder de los cocaleros Evo Morales del partido MAS socialista con un amplio apoyo de los sectores populares obreros, campesinos e indígenas. **(Ver Anexo 4)**

Desde entonces, en estrecha y progresiva integración al frente bolivariano antiimperialista ALBA (literalmente Alternativa Bolivariana para las América, en abierta oposición a la proimperial y neoliberal Asociación de Libre Comercio de las América, ALCA, propugnada por Washington), junto con Cuba y Venezuela primero y más recientemente Nicaragua y Ecuador.

En el plano interno el presidente Morales viene tomando medidas dirigidas a la nacionalización del gas natural, la atención preferencial a los sectores más pobres y desamparados, especialmente en los órdenes educativos, de salud, empleos y bienestar social.

Características políticas

Bolivia se subdivide en 9 departamentos, 112 provincias, 314 municipios y 1.384 cantones (entidad subnacional), los cuales obtuvieron una mayor autonomía luego de la Ley de Descentralización Administrativa de1995.

En la actualidad los gobernadores de cada departamento (llamados Prefectos) son elegidos siguiendo principios "democráticos" tradicionales que no dan posibilidades a los sectores más humildes de la sociedad. Las ciudades y pueblos bolivianos son gobernados por alcaldes y consejos elegidos directamente por los pobladores.

Bolivia es un estado unitario con independencia entre sus tres poderes (ejecutivo, legislativo y judicial) y su norma legal máxima es la Constitución de 1967[2], revisada en 1994 y 2004. Los valores de la Carta Magna vigente, correspondientes a una sociedad elitista y en beneficio de la oligarquía nacional, han sido cuestionados y, tras una lucha muy intensa con los sectores reaccionarios que aún conservan determinados niveles de poder, especialmente en el Congreso, se ha logrado aprobar una constituyente que deberá reflejar las nuevas expectativas sociales y políticas de la Nación Boliviana**. (Ver anexo 5)**

[2] "Constitución Política de la República de Bolivia", en: http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Bolivia/consboliv2005.html#dispgrales

Según la constitución vigente hasta el momento el presidente de Bolivia, electo cada cinco años, es jefe de estado y gobierno y nombra al gabinete de ministros. El parlamento boliviano consiste de dos cámaras, la cámara de senadores, con 27 asientos, y la cámara de diputados, con 130 asientos.

El Poder Judicial consta de una Corte Suprema, cortes departamentales y juzgados. Ha sido, durante mucho tiempo, acusada de corrupción e ineficiencia. Luego de las revisiones en la constitución y las leyes subsecuentes, el gobierno ha iniciado una progresiva reforma en este Poder del Estado.

Evo Morales asumió el poder el 22 de enero de 2006 como el primer mandatario boliviano en ser electo Presidente de la República por una mayoría absoluta del 54% de los votos en la primera vuelta y como el primer presidente indígena en un país en el que más de la mitad de la población lo es. Lo hizo prometiendo nacionalizar los hidrocarburos del país, combatir la corrupción y excesos de las multinacionales, permitir el mercado legal de coca y diversificar progresiva y en base a los intereses de las mayorías en el país la producción agropecuaria e industrial, repartir mejor las tierras y gobernar para todos.

Características poblacionales

La composición etno-racial de la población boliviana comprende de una mayoría amerindia, un gran componente mestizo, y un menor porcentaje de criollos y otros europeos. La mayoría de amerindios ha adquirido una cultura mestiza, perdiendo aparentemente contacto con sus raíces ancestrales. Los indios, constituyen un 55% de la población total; los mestizos (de ascendencia mixta india y europea), constituyen 25-30% de la población total; y gente europea (principalmente española), constituye 5-15% de la población total. Los dos grupos indios más grandes son los *quechuas, de ascendencia incaica*, quienes constituyen sobre 30% de la población total, y los *Aymaras*, quienes constituyen sobre 25% de la población total del país.

La República boliviana posee tres idiomas oficiales: El español, traído por los conquistadores, es hablado por las tres cuartas partes de la población, aunque en ciertos casos como segundo lengua. Los otros dos idiomas oficiales de Bolivia son indígenas: el quechua (legado de los incas) y el aymará, un idioma anterior a la civilización incaica. En el oriente se habla el guaraní y otras lenguas nativas menores.

La tasa de crecimiento de la población estimada en el 2002 fue del 1,69; la de natalidad de 26,41 por cada mil habitantes; y la tasa de mortandad del 8,05 también por cada mil habitantes. La mortalidad infantil estimada es del 57,52 por cada mil nacidos vivos, y la expectativa de vida es de 62 y 67 años para los hombres y las mujeres respectivamente.

La capital de Bolivia es Sucre (La Paz, Sede de Gobierno) y la mayor ciudad tiene el nombre de Santa Cruz de la Sierra. En los últimos cincuenta años la población boliviana se ha triplicado alcanzando la tasa anual de crecimiento de 2,25%. En Bolivia los habitantes empadronados en la actualidad llegan a los aproximadamente 9.627.269 habitantes (2006), densidad 8,49 hab. /km^2.

La mayor parte de la población del país se concentra en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, estos reúnen más del 70% de la población boliviana. En la región del altiplano, los departamentos de La Paz y Potosí concentran la mayor proporción de población. En los valles los departamentos de Cochabamba y Chuquisaca tienen la mayor proporción de población y en los llanos esto ocurre con los departamentos de Santa Cruz de la Sierra y Beni. Nacionalmente la densidad poblacional es de 8,49, con variaciones entre los 0,8% en Pando y 26,2 en Cochabamba.

La población mayor de 60 años sobrepasa ya el 7%, grupo que ha experimentado un notable incremento proporcional en los últimos años, especialmente en las principales ciudades del país.

Por períodos, entre 1950-1976 los tres departamentos de mayor crecimiento poblacional fueron Santa Cruz, Beni y Pando; y los de menor crecimiento fueron Potosí, Chuquisaca y Cochabamba. En el período intercensal 1976-1992 los departamentos de mayor crecimiento poblacional fueron Santa Cruz, Beni y Tarija y los de menor crecimiento fueron Potosí, Oruro y Pando. En este período Potosí tuvo la tasa más baja de crecimiento llegando incluso a ser negativa (-12%). Finalmente en el período 1992-2001, los tres departamentos de mayor crecimiento poblacional fueron nuevamente Santa Cruz (4,3%), Pando (3,48%) y Tarija (3,18%). Los de menor crecimiento fueron Oruro, La Paz y Potosí.

La tendencia de la distribución en los últimos 50 años demuestra que en los departamentos de La Paz, Oruro, Potosí, Chuquisaca la población va disminuyendo proporcionalmente en comparación a los departamentos de Santa Cruz, Beni y Cochabamba, donde esta aumenta. En el departamento de Pando se ha mantenido constante la proporción de la población respecto de los otros departamentos (0,7%) de la población total del país.

La tasa de crecimiento de la población estimada en el 2002 fue del 1,69%; la de natalidad de 26,41 por cada mil habitantes; y la tasa de mortalidad del 8,05 también por cada mil habitantes. La mortalidad infantil estimada es del 57,52 por cada mil nacidos vivos, y la expectativa de vida es de 62 y 67 años para los hombres y las mujeres respectivamente.

De éstos, 5.165.882 viven en áreas urbanas principalmente en las ciudades de La Paz con 1.060.451 hab. (2005), El Alto con 775.836 hab. (2005), Santa Cruz de la Sierra con 1.368.390 hab. (2005), y Cochabamba con 592.594 hab. (2005) y 3.108.443 de habitantes, en áreas rurales. Respecto a 1992, la población de Bolivia aumentó en 1.471.036 habitantes en el área urbana y en 382.497 personas en el área rural.

La población rural, sobre todo en la zona del altiplano, tiene su economía ligada enteramente a la agricultura. Más del 80% de la población boliviana vive por

debajo de la línea de pobreza. De este 80% casi dos tercios se encuentran en situación de indigencia.

La inmensa mayoría de los bolivianos son católicos, si bien se han incorporado al culto elementos religiosos indígenas en expresiones del sincretismo propio de los pueblos multiétnicos y pluriculturales. Sin embargo y desde los años 1970s, las denominaciones evangélicas han crecido enormemente alcanzado, según varias estimaciones, hasta el 10% de la población boliviana.

La educación en Bolivia presenta algunas peculiaridades comunes con los demás países de Latinoamérica y el Caribe. Teóricamente la educación primaria para los niños entre 6 y 14 años, es gratuita, pero cada vez es mayor la población menor que no asiste a la escuela; como consecuencia, Bolivia tiene alrededor de un 25% de analfabetismo oficial, aunque la cifra real, incluyendo el analfabetismo funcional es muchísimo más alta. Posee 10 universidades en todo el país. La de Sucre es una de las más antiguas de América.

Al analizar la situación de la educación preescolar, las informaciones disponibles permiten estimar que en la región se atiende aproximadamente dos tercios de los niños de 5 años, y más de la cuarta parte de 3 y 4 años de edad. También se constata que la oferta favorece a los sectores medios y altos, tanto en cobertura como en calidad. La cuarta parte de la matrícula preescolar está atendida por el sector privado, que concentra su oferta principalmente en el área urbana, económicamente más favorecida.

La educación en Bolivia es un fenómeno social que no está al margen del contexto económico y político y constituye un instrumento de cambio social. Por esta razón el Supremo Gobierno ha tomado la decisión de implementar una reforma del actual sistema educativo que data de la década de los cincuenta y cuyas principales limitaciones serán enunciadas más adelante. Pretende descentralizar el actual sistema educativo, tanto en el régimen administrativo, como en los contenidos curriculares y técnicas pedagógicas que mejor se ajusten a la realidad

natural y condiciones socioculturales de cada región, con el fin de optimizar la relación costo/beneficio.

El analfabetismo es más significativo en el área rural y particularmente entre la población femenina. Entre las causas que traen consigo este fenómeno encontramos la insuficiencia de recursos para la educación, inadecuada distribución de riquezas, baja cobertura de servicios educativos, mala distribución y organización de los recursos educativos, la situación económica de los menores, que los obliga a trabajar y no estudiar, la deserción escolar es alarmante puesto que sólo el 34,9% de alumnos que ingresan a la escuela termina el ciclo básico, y 12,5% termina el ciclo medio.

A nivel urbano el 49,4% termina el ciclo básico y el 21% el ciclo medio. En el área rural el 14% acaba al básico, y el 0,5% termina el ciclo medio, la tasa de deserción se ha incrementado sobre todo en las áreas rurales y urbanas marginales, y demuestra en forma fehaciente que el sistema educativo boliviano es deficiente, la infraestructura escolar no cubre las demandas del servicio en cantidad y muchas escuelas se encuentran muy deterioradas. La escuela rural está organizada en núcleos escolares campesinos, los mismos que no sólo se preocupan de la formación del niño, sino también del desarrollo de la comunidad.

Por esta razón, hoy en día las escuelas rurales están distribuidas por todo el país aunque aún son insuficientes, siendo en algunas lejanas regiones, la única representación del Estado Boliviano. Administrativamente, cada núcleo escolar cuenta con una escuela central y cuatro seccionales. Una escuela central reúne en promedio a 125 alumnos, y la seccional a 50. La escuela central tiene cinco maestros de aula, la seccional uno o dos. La escuela central además tiene un director y un profesor agropecuario.

Podemos llegar a la conclusión de que a pesar del gran esfuerzo de los bolivianos por mejor el estado actual de su educación, el ámbito educativo en Bolivia presenta el perfil típico de un país en vía de desarrollo, con una alta tasa de

analfabetismo, alta deserción escolar, e infraestructura deficiente. La educación boliviana requiere en forma inmediata un cambio estructural que le permita superar sus grandes limitaciones actuales.

1.2 Situación de la salud histórica del país.

Como todos conocemos los países subdesarrollados tienden a presentar un crítico índice de solubilidad, Bolivia es un país que presenta pobres condiciones de salud. En los años 80 había un médico por cada 1600 habitantes con una concentración predominante en las ciudades y en barrios de clase media y alta. La mortalidad infantil es una de las más altas de América del Sur; la malaria, disentería y la tuberculosis son enfermedades comunes en este país. Ha habido en fechas recientes, serios brotes de fiebre amarilla. Los servicios médicos y hospitales en zonas rurales son particularmente inadecuados. Posee un Programa de Salud, que cubre hasta el momento menos de la mitad de las necesidades reales de la población de trabajadores quedando sin servicios médicos amplios sectores de la geografía y la población boliviana.

El Sistema de Salud en Bolivia consta de tres subsistemas: público, de la seguridad social y privado. La rectoría del Sistema de Salud es ejercida en el nivel nacional por un Ministerio de Salud. A nivel departamental existen las direcciones de Servicios de Salud, dependientes de las Prefecturas Departamentales, que cumplen un rol de ejecución y adecuación de las políticas nacionales, coherente con el nivel central. En el ámbito Municipal, como unidades desconcentradas, se encuentran las instancias locales con competencias operativas muy limitadas y de desarrollo de las acciones de prestación de servicios a través de los Distritos Sanitarios, responsables de la red local. La política de salud expresada en el Plan Estratégico en Salud (PES)[3], contempla 4 líneas estratégicas: técnica,

[3] **PES**: El Plan Estratégico de Salud del Gobierno Nacional en Bolivia, pretende convertirse en el pilar fundamental para mejorar la salud y calidad de vida de los bolivianos.

intersectorial, de gestión social y jurídica. Los principales componentes del PES, enunciados pero hasta hoy muy lejos de estar cumplidos son: el acceso universal, el seguro básico de salud, el fortalecimiento de la red de servicios, la salud familiar y comunitaria, la implementación del escudo epidemiológico, el fortalecimiento de los programas básicos de salud, y el desarrollo de la carrera sanitaria. El Seguro Básico de Salud es la política de atención en salud más importante del Ministerio de Salud, cuenta con la adscripción de los municipios para contribuir a su financiamiento.

El período 1990-1995 presentó una esperanza de vida para los bolivianos de 59,33 años, estimándose para el período 2000-2005 en 63.6 años, aunque la situación se hace muy desigual para los diferentes sectores de la población. La tasa de mortalidad neonatal en Bolivia estimada según los datos existentes, muy alejados de la situación real, arrojaba la cifra de 34 por mil nacidos vivos en el período de 1993-98. Más de la mitad de los niños oficialmente reportados muertos en el primer año de vida (67/1000 NV) murieron durante los primeros 28 días.

El último estudio sobre mortalidad general, según grupos de causas identificó signos y síntomas mal definidos en un 10.8%, enfermedades transmisibles en un 12.0%, neoplasias 8.7%, enfermedades del sistema circulatorio 30.3%, afecciones originadas en el período perinatal un 5.4%, causas externas un 10,7% y demás causas un 22.2%.

El diagnóstico de tuberculosis en la última década ha fluctuado entre 8,000 y 6,000 casos por año 1991 y 2000 respectivamente. La tasa de incidencia nacional de tuberculosis fue de 73,8 por 100,000 habitantes, según notificación del año 2000.

Respecto a la Lepra, el país se encuentra en el grupo 5 de la estratificación en las América, con una tasa de prevalencia del 0,41 por 10,000 habs., el 47,59% corresponde a la forma lepromatosa, el 36,3% a la tuberculoide, el 10.9% a la dimorfa y el 5.2% a la indeterminada.

Entre las enfermedades emergentes o re-emergentes que presentan los bolivianos, encontramos el cólera. Tuvo un brote en el año 1991 con 206 casos (12 defunciones). A partir de 1992, se produce una epidemia explosiva con 23,862 casos; en 1993, fueron registrados 10,290 casos. Se produjo un descenso hasta llegar a cero casos entre los años 1999 y 2000, ya que los últimos casos se registraron en 1998. Se presentó un brote de Sarampión, en 1999 que representó el 51% de todos los casos presentados en las América. Fueron confirmados 2,567 casos. De 1991 al 2000 se incrementó de 19,031 a 31,468 casos de malaria respectivamente, habiendo tenido un pico muy importante en 1998 con 74,350 casos.

La enfermedad de Chagas constituye un problema de salud pública en el que se encuentra en riesgo un 60% del territorio boliviano. Se estima que hay 1.800.000 personas infectadas por el Trypanosoma Cruzi. El departamento cruceño, considerado área endémica, ha bajado su nivel de infestación a menos del 3,5%, gracias al programa de lucha contra la vinchuca.

El Chagas infantil también es un serio problema para este país, pues compromete su futuro. Por ello, los bolivianos pusieron en marcha un plan de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los niños menores de 10 años en las comunidades de diferentes municipios del país, acompañado de una campaña de información, educación y capacitación a autoridades municipales, médicas, paramédicas y líderes comunitarios.[4]

En el año 2006 fueron notificados en Bolivia 133 casos de Sarampión – Rubéola, 79 de fiebre amarilla, donde fallecieron 11 de estos casos. Fueron confirmados 31 casos de enfermedad por Hanta Virus y fallecieron 11 personas. También hubo fallecidos de fiebre hemorrágica boliviana que ataca a la población indígena, rabia

[4] Bolivia 14 de diciembre de 2005, en El Deber .Santa Cruz. www.eldeber.com.bo

humana, entre otras que deben ser consideradas amenazas para los bolivianos. **(Ver anexo 6)**

Entre las principales enfermedades orgánicas que presenta Bolivia se encuentra la diabetes. La prevalencia de diabetes en ciudades de La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba, afecta un 7.2% de la población. Esta alcanza en mujeres al 7.6% y en los hombres al 6.8%. A los 45 años es del 10% y en el grupo entre 60 y 64 años alcanza el 20%. La hipertensión arterial llega al 18.6%, correspondiendo el 21% a varones y 16% en mujeres.

Respecto a datos sobre violencia en el año 1998 fueron reportados 504 casos de muertes por homicidio, 1007 por suicidio y 792 muertes debidos a accidentes por vehículos motorizados.

No menos importantes resultan los problemas de nutrición pública en Bolivia. Resultan frecuentes y preocupantes la desnutrición, las anemias nutricionales, la hipovitaminosis A, los desordenes por deficiencia de yodo y las enfermedades crónicas (diabetes y obesidad). De todos estos problemas, la desnutrición, constituye el efecto, consecuencia o manifestación más preocupante porque tiene gran implicancia social y económica en el país.

La desnutrición es provocada por múltiples causas que actúan en forma temporal o permanente, a nivel inmediato, subyacente y básico. La interacción de diferentes factores causales reproduce un círculo vicioso entre desnutrición y pobreza. En general, este círculo vicioso se inicia en el vientre de madres gestantes mal alimentadas o desnutridas, que dan a luz niños con bajo peso al nacer que inician su vida en desventaja pues tienen alto riesgo de desnutrición y muerte. El deterioro del estado nutricional durante un largo período de tiempo se manifiesta por la insuficiente talla para la edad o desnutrición crónica, que afecta a un alto porcentaje de la población boliviana. Este tipo de desnutrición, revela la historia nutricional y es la manifestación más visible de la pobreza que repercute en el bajo

rendimiento escolar y en la vida adulta en la baja productividad y las no suficientemente estudiadas secuelas en el desarrollo físico, orgánico e intelectual, especialmente en los amplios sectores de los marginados.

A nivel nacional y según cifras oficiales que como reglan trataban de minimizar las situaciones críticas, en el 2003, el 26.5% de los niños menores de 5 años presentaban desnutrición crónica en grado moderado o severo. En ese mismo año se reportaba que la prevalencia de desnutrición global en grado moderado y severo, alcanzaba al 7,5% de los niños bolivianos menores de 5 años, magnitud similar a la registrada en 1998. Cabe destacar que tanto la prevalencia de desnutrición global como la de desnutrición crónica en grado moderado o severo en niños residentes del área rural, reflejaba un riesgo 2,5 y 2,6 veces mayor respecto a los niños de área urbana[5] con las correspondientes implicaciones de desigualdad social.

Según el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), la prevalencia promedio nacional de desnutrición global en grados leve, moderado y severo registrada en niños menores de 5 años, durante el año 2003, alcanzó a 29,44 % (promedio anual). De este porcentaje, el 34,2% de la población está en situación de Pobreza Moderada, 21,7% en condiciones de Indigencia y 2,7% en Marginalidad. Según esta misma fuente, con las limitaciones en la confiabilidad antes apuntada, el 16,6% de la población tiene Necesidades Básicas satisfechas y el 24,8% registra niveles de vida alrededor del Umbral de Pobreza.

Un sector altamente necesitado de cambios importantes en materia de atención a la salud lo constituye la población femenina. Esta situación se viene planteando con fuerza en la última década pero solo tas el triunfo revolucionario-popular es posible enfrentarlo con posibilidades reales. Se establece entonces un Programa

[5] Instituto Nacional de Estadística – Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENDSA/03). Bolivia.

de Atención Integral a la Salud de la Mujer que donde se plantean los siguientes objetivos:

- Revalorizar social y culturalmente la salud de las mujeres en la sociedad boliviana.
- Reintroducir el concepto del derecho a la salud y promover su cumplimiento.
- Desarrollar y difundir el concepto de atención integral al interior de la SNS[6] y en otras instituciones relacionadas.
- Establecer servicios que brinden atención en todas las etapas de la vida de la mujer, incluyendo aspectos de promoción, prevención, fomento y recuperación.
- Mejorar y ampliar la oferta programática dirigida a las mujeres.

En Bolivia la mayor causa de mortalidad en mujeres es por el cáncer de cuello uterino, enfermedad que se puede prevenir a través del diagnóstico oportuno mediante el Papanicolau[7].

Estudios realizados subrayan el alto índice de mortalidad e incidencia en las mujeres Bolivianas; dos muertes diarias a causa de esta enfermedad, lo que ubica al país como el de mayor incidencia a nivel latinoamericano.

Se expresó que el principal problema que existía era la cobertura mínima en salud que se daba a las mujeres; sólo dos de cada diez mujeres en Bolivia se realizaban

[6] **SNS:** Organización que realiza importantes esfuerzos que han permitido ampliar y mejorar los servicios de salud integral para la mujer.

[7] **Papanicolau**: Se le llama al diagnóstico citológico en Bolivia. Esta prueba, que consiste en extraer una muestra de moco, que contiene células del cuello de la matriz, dura 15 minutos, es gratis y no tiene dolor. Sin embargo, son pocas las mujeres que han tomado conciencia de la importancia de esta prueba y por ende que la demandan.

el Papanicolau. Esta enfermedad es previsible pero en Bolivia hay un alto índice de mortalidad por la cobertura mínima que se da a las mujeres.

A pesar de que ha habido evidentes progresos en la cobertura y calidad de la atención a la mujer en los últimos años, aún existen serias deficiencias cualitativas y cuantitativas en la prestación de servicios que se traducen en malos indicadores de salud. Por ejemplo, la mortalidad materna en Bolivia es muy alta, la prevalencia de uso de anticonceptivos es baja, el porcentaje de partos institucionales es bajo y la tasa de abortos es también muy alta.

La tasa de mortalidad materna para el período comprendido entre 1989 y 1994 fue estimada (con los altos grados de imprecisión que son propios de estas estadísticas que conducen a aceptar que los puntos críticos en este y demás indicadores están por encima de los oficialmente aceptados para esa época) en 390 por 100.000 nacidos vivos (nv) (Instituto Nacional de Estadística, 1994). Esta cifra es muy alta si se compara con la de los países del continente. Sin embargo, es aún más significativa la gran dispersión del dato a nivel regional. En áreas rurales es mucho mayor que en las áreas urbanas. Las tasas de mortalidad materna fluctúan entre 262 por 100,000 nv, en las zonas urbanas, y 563 por 100,000 nv, en las zonas rurales. Mientras que en las zonas de los llanos la mortalidad materna alcanza promedio de 166 por 100,000 nv en las zonas del altiplano boliviano la tasa promedio de mortalidad materna llega a 591 por 100,000 nv. Precisamente en la zona rural altiplánica se ha registrado una tasa de mortalidad materna de 929 por 100,000 nv, en el mismo período.

La mayor parte de las muertes maternas ocurre en domicilio. Fueron reportadas en el Sistema Nacional de Información sobre Servicios de Salud (SNIS), en 1994, 81 muertes maternas, lo que significaría una mortalidad hospitalaria de 129 por 100,000 nv. En las cajas de salud y en el sector privado la tasa es menor en correspondencia con los recursos y medios disponibles para los sectores de ingreso medio y alto de la población. No obstante la elevada mortalidad materna hospitalaria, en el peor de los casos, menos del 20% de las muertes maternas se

produce en los hospitales públicos y privados. De todas maneras, es importante destacar que la mayor mortalidad materna hospitalaria ocurre en los Valles (143 por 100,000 nv) y en los Llanos (133 por 100,000 nv) frente al Altiplano (113 por 100,000 nv), donde se registra precisamente la mayor mortalidad materna global.

Según la ENDSA-94[8], tres cuartas partes de las muertes maternas ocurre durante el embarazo o parto; las principales causas son hemorragia, aborto inducido e hipertensión, entre otros, el aborto es responsable del 27 al 35% de la mortalidad materna. Las causas sociales de la mortalidad materna incluyen el bajo nivel general de salud concurrente con altas tasas de fertilidad, extrema pobreza y falta de acceso a la salud y saneamiento básico.

En Bolivia el 43% de los partos son atendidos por médicos, los 40% por el marido, compañero, parientes y otras personas; 10% por parteras tradicionales; 4,5% por una enfermera o auxiliar y el 2% no tienen ninguna asistencia. Hay grandes diferencias regionales, en otros índices. Mientras el 62.2% de las mujeres en los Llanos tienen sus partos en algún local de salud, el 70% de las mujeres del Altiplano tienen sus partos en domicilio. Aproximadamente el 10% de los nacimientos ocurre en adolescentes. El 18% de las mujeres entre 15 y 19 años son madres. 40% de las mujeres de 19 años ya han sido madres o están embarazadas y 9% de las mujeres de 19 años han tenido dos niños. La mayoría de las niñas crecen con poca o ninguna educación sexual. Se estima que el 69% de los abortos se dan en mujeres de 14 a 19 años (Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia)

El porcentaje de mujeres que usa métodos anticonceptivos de cualquier tipo ha aumentado, las que usan métodos naturales se ha doblado en la última década. La abstinencia periódica o ritmo es el método natural más utilizado. El uso de métodos modernos ha aumentado casi en un 80%, pero aún sigue siendo relativamente bajo; de los métodos modernos el DIU es el más popular, seguido por la esterilización quirúrgica y la píldora. Aquí influyen, junto a las posibilidades y

[8] **ENDSA**: Encuesta con modalidad casa por casa. En este caso realizada en el año 1994.

costos de estos servicios las condiciones que imponen las tradiciones culturales y religiosas de amplio arraigo en la población.

La prevalencia de uso y el tipo de métodos utilizados varían según la región. La ENDSA estima que la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos es del 24.3% y la tasa global de fecundidad es del 4.8 pero el ideal de familia es de 2.5 hijos. Las altas tasas de abortos, la mayoría realizados en condiciones adversas por la falta de los servicios de salud adecuados, la casi inexistente educación sexual de la población femenina y las limitaciones que imponen las tradiciones culturales y religiosas muestran el número elevado de embarazos no deseados. Por cada 9 partos atendidos en los servicios se presenta un caso de aborto incompleto reportado.

Otro aspecto de extraordinaria significación para la salud en Bolivia está dado por los altos niveles de contaminación del agua. Entre las causas de dicha contaminación se destaca la de carácter biológico. Ello trae consigo, concomitantemente que una de las mayores causas de mortalidad infantil en este país son las enfermedades diarreicas agudas, trasmitidas por el agua. Solamente el 40% de las habitaciones urbanas tienen acceso al agua potable y el 20% tiene algún sistema de disposición de excreta, sea por alcantarillado, pozo ciego o fosa séptica. En la mayoría de las calles, fuera del centro mismo de las ciudades, las aguas servidas corren al aire libre y sirven de lugar de juego para los niños, cuando no para lavar ropa, utensilios de cocina o enjuagar recipientes para la venta domiciliaria de leche. Incluso las casas que poseen alcantarillado, envían los afluentes hacia los ríos sin ningún tipo de tratamiento previo.

En la ciudad de La Paz las aguas contaminadas son usadas río abajo para el riego de hortalizas, con la consiguiente prevalencia de enfermedades transmisibles y parásitos, como la cisticercosis y varios protozoarios intestinales. En los últimos años esto ha sido un factor importante de propagación del cólera.

Las fuentes de captación de agua potable para las capitales de departamento tienen su origen, principalmente, en los ríos y aguas de deshielo. En Santa Cruz y parte de Oruro se usan aguas subterráneas. En general se observa que el tratamiento del agua potable es deficiente y que existe una gran cantidad de sedimentos.

La falta de saneamiento básico, y la contaminación de ríos y lagos, muestra una situación que se refleja en los indicadores de salud, en especial si se considera que la primera causa de mortalidad infantil de Bolivia lo constituyen las enfermedades diarreicas agudas. Asimismo, el problema del cólera representa un indicador adicional de esta situación de deterioro.

Como puede verse la situación de la salud existente en Bolivia ha sido precaria desde hace muchos años y solo una acción revolucionaria consecuente puede, en el contexto de transformaciones básicas en las demás esferas vitales de la existencia social, dar al traste con esta realidad. **(Ver anexo 7)**

1.3 La ayuda médica sanitaria cubana en Bolivia. Características y resultados.

Para curar a personas enfermas, ayudar a individuos que pierden la esperanza de volver a ver la luz del día, que han perdido totalmente los deseos de vivir pensando que arrastran con una enfermedad incurable, están nuestros médicos cubanos. Siempre con el pie de la solidaridad delante, cambiando muchas veces sus batas blancas por los cascos de constructores si es necesario, para garantizar la entrega de unidades asistenciales.

Hace un año, el 2 de febrero de 2006, arribó a Bolivia la Brigada Médica Cubana "Henry Reeve", justamente en una situación de emergencia similar durante las intensas lluvias que afectaron a más de 40 000 familias bolivianas.

Son más de mil los médicos cubanos que trabajan en las zonas más empobrecidas del altiplano boliviano, realizando intervenciones quirúrgicas a los campesinos e indígenas que a diario llegan en masa a sus consultorios. Según la ministra de Salud de Bolivia, Nila Heredia, la presencia en Bolivia de más de mil 700 cooperantes cubanos ha permitido dar un mayor seguimiento a los problemas de salud que aquejan a la familia boliviana, incluido el control de la natalidad.

"Se trata de una atención más directa, además de la calidez en el trato que identifica a esos especialistas", apuntó.

Heredia remarcó la meta del acceso gratuito a la atención primaria y en esa dirección, la idea de ampliar el Seguro Público hasta 21 años en el primer trimestre. También mencionó el Programa Desnutrición Cero, y la necesaria interacción que en las comunidades deberá existir con los médicos cubanos, sobre todo en el área rural y periférica de las ciudades. La misma hizo referencia a que en esa estrategia de educar a la población en los mejores hábitos de nutrición, participan la familia y la escuela, muy acertado su criterio asegurando también que los galenos cubanos con su presencia en cada localidad ya han adelantado un buen trecho.

En Bolivia existe un programa llamado Medicina Familiar Comunista, una red institucional en la cual la labor de los hospitales donados por Cuba y sus colectivos de profesionales son vitales para alcanzar el éxito de los bolivianos. Como ejemplo de esto podemos mencionar los resultados de la Operación Milagro, pionera en materia de colaboración y que hasta la fecha ha permitido devolver la visión de forma gratuita a más de 50 mil personas. Más allá de la moderna tecnología instalada por Cuba en 11 centros oftalmológicos y 20 centros de diagnóstico integral, son invalorables la calidad y la entrega de estos médicos y personal paramédico de la nación caribeña.

El doctor Carlos García, subdirector del Programa Integral de Salud, destacó la encomiable labor de los cooperantes cubanos, quienes en lugares intrincados y de difícil acceso, desde su creación en 1998 hasta el cierre de 2005, han salvado

más de un millón de vidas. En ese período realizaron 66 millones de consultas, de ellas más de 13 millones en las viviendas, ubicadas en su mayoría en comunidades pobres, así como también superaron los 607 mil partos asistidos, precisa el especialista. Además el PIS impulsó las campañas de inmunización apoyadas por la Organización Mundial de la Salud, en las cuales aplicaron casi nueve millones de dosis de vacunas que han contribuido a disminuir de forma notable la mortalidad infantil en esos pueblos. Según Dausá, embajador cubano en Bolivia, en las zonas donde están los médicos cubanos han mejorado los índices de acceso a la salud, por lo que pronostica que en algunas zonas de Bolivia bajarán los niveles de mortalidad infantil.

Miles de pacientes en diversas ciudades y zonas rurales de Bolivia, han recibido la atención altamente calificada de la Brigada Médica Cubana que brinda su humanitaria labor dentro de la cooperación entre ambos países. Han prestado sus servicios en 236 de los 327 municipios, 72 por ciento del total.[9]

De los médicos cubanos en Bolivia, 360 están distribuidos en La Paz, 444 en Santa Cruz, 178 en Potosí, 163 en Chuquisaca, 150 en Cochabamba, 142 en Oruro; 100 en Tarija, 89 en Beni y 84 en Pando.

Mil 283 médicos y 192 paramédicos participan en la Operación Milagro, de cirugía y tratamientos oftalmológicos. Los médicos y demás colaboradores cubanos de la Salud trabajan fundamentalmente en áreas rurales y en los 20 hospitales donados por el Gobierno del país caribeño, de los cuales funcionan 17 en varias regiones del país.

El personal médico cubano presta servicios en postas sanitarias y centros de salud de nivel uno que corresponde a primeros auxilios (tratamiento de enfermedades leves, asistencia básica materno-infantil e inmunizaciones).

[9] "Labor de médicos en Bolivia prestigia a medicina cubana", en Despachos procedentes de La Paz, la capital administrativa boliviana. 24 de agosto de 2006, Granma.

También intervienen en el nivel dos, correspondiente a medicina general, algunas especialidades, radiología, farmacia, práctica de cirugías simples y otros.

Los pacientes atendidos en el país por el personal cubano de Salud alcanzaron hasta el 14 de agosto del 2006 el millón 198 mil 240, según la Embajada cubana. En el marco del programa Operación Milagro funcionan en este momento siete centros oftalmológicos: El Alto (La Paz), Villa Tunari (Cochabamba), Santa Cruz, Copacabana (La Paz), Sucre (Chuquisaca), Villazón (Tarija) y Uncía (Potosí).

Hasta la fecha la brigada médica, integrada por mil 719 cooperantes cubanos, ha atendido a más de 776 mil pacientes y ha salvado mil 326 vidas. Como parte de la Operación Milagro, en siete centros oftalmológicos inaugurados en Bolivia, y también en los de Cuba, han sido operados gratuitamente de la vista 10 mil 903 bolivianos.

Muchos son los testimonios de personas que se sienten agradecidos por la cooperación de nuestros galenos, ejemplo de ello podemos mencionar a dos hermanos que fueron intervenidos quirúrgicamente en La Haban, Nélida y Felipe Acarigua. Estos luego de ser intervenidos quirúrgicamente, comentaron que nada podrá sustituir la calidez del trato de los médicos cubanos y su desvelo por la salud de sus pacientes.[10]

La cooperación de la Isla de Cuba con Bolivia en la esfera de la salud y también de la educación es parte de los convenios suscritos por el presidente Evo Morales, junto a los de Cuba, Fidel Castro, y de Venezuela, Hugo Chávez, en abril pasado en La Habana. [11]

Es indudable que ha sido un proyecto de salud muy humanitario, con el cual se han alcanzado importantes resultados, según las cifras anteriores. Además en el

[10] “Movimiento de Padres de Estudiantes Becados en Cuba."Ismaelillo", en Periódico boliviano El Diario Prensa Latina. 10 de julio de 2006, http://www.prensa-latina.cu/

[11] Ídem

plano social se ha avanzado mucho en la relación entre los equipos médicos cubanos y los pobladores de los lugares donde han desarrollado su actividad profesional. También debemos tener en cuenta el riesgo que corren estos al transitar por lugares prácticamente muy peligrosos y así podemos valorar la función que realizan nuestros galenos tan lejos de su país. **(Ver anexo 8)**

Capítulo II. Aspectos socioculturales de interés médico-sanitario en Bolivia.

Panorama cultural del país.

Bolivia, constituye un país de gran diversidad cultural donde, por las características de su variedad y posición geográfica, se han establecido pueblos de distintas raíces étnicas: arawacos en el Noroeste y Este (Amazonas), Aymarás y quechuas en el Occidente (Andes) y guaraníes en el Sudeste (La Plata). Con la conquista española y la colonización europea, con nuevas etnias venidas de ultramar, se constituye un país rico en historia de transculturación, policulturalidad y sincretismo. **(Ver anexo 9)**

La cultura boliviana contemporánea es precisamente el resultado de la fusión de tales culturas, predominantemente la incaica e hispánica, que le han permitido a este pueblo preservar tradiciones de sus ancestros al mismo tiempo que asimilar y recrear otras expresiones culturales, especialmente en las vestimentas, la lengua y el estilo de vida. Tanto en el vestir, como en el lenguaje, la arquitectura, la música y el estilo de vida, Bolivia se caracteriza por una cultura con amplias raíces folklóricas, tradiciones de los ancestrales habitantes de América, que se ha modificado y mezclado con las tradiciones españolas. Se celebran los días feriados y de connotaciones religiosas con grandes fiestas. A su vez la población descendiente de españoles, ha adoptado algunas de estas costumbres que han tomado así carácter nacional.

En este maravilloso país existen alrededor de 40 grupos étnicos, la mayoría en las tierras orientales tropicales, que en muchos casos aún conservan sus tradiciones, culturas e idiomas contribuyendo a la riqueza y diversidad étnico-cultural que caracteriza al país.

Esto hace que Bolivia presente en todas sus variantes culturales una enorme influencia indígena. En el altiplano la arquitectura colonial adquirió características

diferentes a los de otros virreinatos, en la que predominan edificios e iglesias decoradas con una fuerte presencia de motivos incaicos y de la flora y fauna locales. Entre los arquitectos más destacados podemos mencionar a Adán Sánchez, Emilio Villanueva Peñaranda, Hugo López Videla y Carlos Villagómez.

En la escultura y pintura son numerosos los retablos barrocos del período colonial, así como pinturas autóctonas de enorme ingenuidad. Algunos de los pintores más sobresalientes nacidos a finales del siglo XIX son: Arturo Borda, paisajista y Cecilio Guzmán de Rojas, indigenista. Del siglo XX hay que mencionar a la escultora Marina Núñez del Prado a los pintores Enrique Arnal y Alfredo Laplaca.

La literatura escrita de Bolivia ha tenido su mayor desarrollo en el último siglo, cuenta con cultores reconocidos como: Nataniel Aguirre, Oscar Alfaro, Alcides Arguedas, Alcira Cardona, Oscar Cerruto, Adolfo Costa Du Rels, Antonio Díaz Villamil, Ricardo Jaimes Freyre, Jesús Lara, Juan Claudio Lechín, Asunta Limpias de Parada, Carlos Medinaceli, Jaime Mendoza, Gabriel René Moreno, María Josefa Mujia, Fausto Reinaga, Gustavo Navarro, Gustavo Adolfo Otero, Natalia Palacios, Jaime Saenz, Pedro Shimose, Gastón Suárez, Franz Tamayo, Juan Wallparrimachi, Adela Zamudio y Pigro Duran.

Costumbres y tradiciones populares.

Es imposible sustraerse de una realidad: Bolivia atesora el más rico y puro folklore nativo de Sur América que trae consigo la herencia legada por las antiguas culturas que allí habitaron.

Pese a que pasaron muchos años de tentativas coloniales que sometieron y hasta extinguieron grandes pueblos y culturas, en Bolivia existen muchas comunidades quechuas y aymaras que conservan sus rasgos culturales con poca influencia de la cultura occidental o con una marcada presencia de estructuras formales y de contenido que tienen que ver con cosmovisiones milenarias.

Muchas comunidades mantienen sus formas de relacionarse con el mundo material, la sociedad, la naturaleza y el mundo sobrenatural y en esas relaciones la música, los bailes, las fiestas y celebraciones, los ritos y ceremonias, la vestimenta y modos de comportamiento social juegan un papel fundamental como propiciador de comunicación y factor de cohesión de estos pueblos. La cosmovisión andina supone la existencia de vínculos de identificación y relación íntimos con la tierra, formando una concepción del mundo coherente y monolítico en sus dimensiones estética, científica y religiosa. Esto permite afirmar que una de las principales características de la música, bailes, actividades colectivas y de socialización andinos, es su condicionamiento ritual, es decir su existencia en momentos ritualizados, festivos y religiosos.

La música andina, por ejemplo, y el empleo de determinados instrumentos responden a la celebración de las fiestas más importantes del ciclo agrícola. Tanto ritmos como instrumentos son usados de acuerdo a los ritos y las épocas de siembra, cosecha y almacenamiento (Lluvias y seca) según corresponda vinculado todo ello a una concepción religioso-ritual vinculado a la devoción a la tierra concebida como ente generador de la vida (la Pachamama).

La música popular folclórica boliviana ha sufrido muy pocas transformaciones debido al aislamiento geográfico del país. Todavía se utilizan instrumentos prehispánicos, como las variantes del *Siku o de la Quena*. Algunas de las músicas y danzas típicas de las regiones orientales amazónicas y chaqueñas y andina bolivianas conservan rico sabor aborigen como sucede con el carnavalito, el taquirari, la chovena, la chacarera, kaluyo, huayño, etc.

Alguno de los instrumentos que todavía se ejecutan son:

- Zampoña o Siku: Instrumento de viento compuesto de varias flautas de diferentes diámetros y largos**.**
- Toyo: Tipo de zampoña de tubos gruesos que produce sonidos graves.
- Tarka: Flauta con seis agujeros en hilera y uno lateral que produce la escala.

- Charango: Parecido a la bandurria resulta un típico instrumento transculturado. De tamaño pequeño, de cinco pares de cuerdas. Su caja de resonancia formada generalmente con la estructura coriácea del cuerpo del armadillo, genera una gama de agradables sonidos que lo hacen inconfundible.
- Ch´ullo ch´ullo: patitas de cabra o conchas de caracoles anudadas entre si que al chocar producen sonidos rítmicos que sirven para el acompañamiento. **(Ver anexo 10)**

Aunque las tradiciones musicales de los Andes han evolucionado a partir de una serie de influencias preincaicas, incas, españolas, amazónicas e incluso africanas, cada región de Bolivia ha desarrollado tradiciones musicales y danzarias características. El sonido de la música andina, desde el frío y casi desnudo altiplano, es adecuadamente persistente y lastimero, mientras que el de la más cálida Tarija, con su complemento de extraños instrumentos musicales, ofrece unos tonos más vibrantes y llenos de colorido. Aunque la música original andina fue exclusivamente instrumental, las tendencias hacia la popularización de magníficas melodías han inspirado el añadido de letras, generalmente en lenguas indígenas, apropiadamente trágicas, agridulces o taciturnas.

En el extremo oriental de las tierras bajas del norte de Bolivia, la influencia jesuita sobre el talento musical chiquitano, moxos y guaraní ha dejado un legado singular que todavía se pone de manifiesto y que se mantiene particularmente fuerte en las tradiciones musicales de la vecina Paraguay. Además de las aventuras económicas, los jesuitas estimularon la educación y la difusión de la cultura europea entre las tribus. Artistas y músicos extremadamente capaces, los indios crearon instrumentos musicales de artesanía (los famosos violines y arpas que se fabrican actualmente en el Chaco), y aprendieron e interpretaron la música barroca italiana, incluida la misma ópera. Ofrecieron conciertos hasta en los lugares más remotos, con actuaciones de danza y teatro, que podrían haber competido a escala europea. En Bolivia, a los espectáculos de música popular se

les llama peñas y funcionan en la mayoría de las grandes ciudades, tanto para los lugareños como para los turistas.

Aunque en Bolivia existe una gran riqueza de talento musical por descubrir, los intérpretes más importantes empiezan a influir sobre las tendencias y los gustos musicales del mundo entero, gracias a sus grabaciones y actuaciones ocasionales en el extranjero.

El grupo boliviano que más éxito ha conocido en el exterior es el de Los Kjarkas. Han grabado por lo menos una docena de álbumes, incluido el extraordinario “Canto a la mujer de mi pueblo”. La obra titulada “Llorando se fue”, compuesta por el ya fallecido autor boliviano Ulises Hermosa y su hermano Gonzalo, fue grabada por el grupo francés Kaoma en 1989 y se convirtió en un éxito mundial con el nombre de “La Lambada”. En junio de 1990, los hermanos Hermosa recibieron finalmente el reconocimiento oficial por su autoría de la canción. Además de la música folclórica se pueden encontrar con todo tipo de estilos musicales como pop, rock etc. Algunos grupos de música son los siguientes: Jade, Savia Andina (conocido por sus canciones de protesta), Chullpa Ñan, Rumillajta, Los Quipus, Grupo Cultural Wara, Los Masis, Atajo, y Yanapakuna.

El sonido marcial de pequeñas bandas de instrumentos de metal pobremente ensayados parece formar parte integral de la mayoría de fiestas sudamericanas.

Especial significación al hablar de instrumentos tradicionales lo tiene el *charango.* De indiscutibles raíces europeas este popular instrumento, está basado en al vihuela y la bandurria, de origen español, formas antiguas de la guitarra y la mandolina. A principios del siglo XVII los indígenas andinos ya habían mezclado y adaptado los diseños españoles en uno que reproducía mejor su escala pentatónica, un instrumento de diez cuerdas de tripa de llama (dispuestas en cinco pares) y una caja de resonancia de quirquincho (caparazón del armadillo). Los charangos modernos apenas son diferentes de aquellos otros modelos antiguos, aunque el material que se emplea actualmente para fabricar las cajas de

resonancia es la madera, debido tanto a la escasez y fragilidad de los quirquinchos, como a los esfuerzos por mejorar la calidad del sonido.

Otro instrumento de cuerda, el *violín chapaco*, tuvo su origen en Tarija y es una variación del violín europeo. Es el instrumento favorito entre Semana Santa y la fiesta de San Roque, que se celebra a principios de septiembre.

Antes de la llegada del charango, la melodía estaba exclusivamente a cargo de instrumentos de madera y de viento. Los más reconocidos de todos ellos son la *quena* y la *zampoña* (flauta combinada) ya mencionadas, que aparecen en la mayoría de las actuaciones musicales tradicionales. Las *quenas* son sencillas flautas de junco que se tocan soplando por un orificio en un extremo. Las *zampoñas* más complejas se tocan forzando el aire a través de los extremos abiertos de juncos atados juntos por orden de tamaño, a menudo en hileras dobles. Tanto las quenas como las zampoñas aparecen en una amplia variedad de tamaños y gamas tonales. Aunque la quena estaba destinada originalmente a interpretaciones solistas de piezas musicales conocidas como yaravíes, las dos flautas se tocan ahora como parte de un conjunto musical. El *bajón*, una enorme flauta combinada, con boquillas separadas en cada junco, acompaña las festividades de las comunidades de moxos, en las tierras bajas de Beni. Mientras se toca, se tiene que apoyar en el suelo, o ser transportado por dos personas.

Otros destacados instrumentos de viento incluyen el *tarka* y el *sikuri*, instrumentos importantes de las tarqueadas y sicureadas del altiplano rural, así como el *pinquillo*, una flauta de carnaval de la que se obtienen diversos tonos agudos. Los instrumentos de viento hechos de madera y propios de la zona de Tarija son el erke, la caña y la camacheña. El *erke*, conocido también como phututu, está hecho de un cuerno de vaca y se toca exclusivamente entre Año Nuevo y Carnaval. Desde la fiesta de San Roque (a principios de septiembre) hasta fin de año, se utiliza la camacheña, un tipo de flauta. La *caña*, un palo de caña de tres metros de longitud, con un cuerno de vaca en un extremo, es similar en cuanto a su aspecto y tono al cuerno alpino.

La percusión también figura en la mayoría de fiestas y otras actuaciones musicales folclóricas, como tonalidad de fondo para la música típicamente armoniosa de las melodías de los instrumentos de viento hechos de madera. En las zonas altas, el tambor más popular es el *granhuankara*, mientras que la *caja*, un tambor que parece una pandereta, se utiliza exclusivamente en Tarija.

Muchas danzas como Caporales, Diablada, Cueca, Tinkus, Morenada, Saya, Taquirari, etc. y canciones contienen elementos tanto de la cultura nativa como la española. Los ritos precolombinos son aún comunes durantes los fetivales religiosos. Importantes Fiestas son la Anata Andina, el Pujllay y el Tinku.

La cultura alimentaria de boliviana tiene unas profundas raíces europeas y árabes, y transformadas por el mestizaje y los diferentes momentos históricos que el país ha experimentado, esta no ha hecho otra cosa que sumar platos, mezclas y preparados a una larga lista que abarcan todas las variedades.

Existe una gran cantidad de comidas y platos, pero varían notoriamente dependiendo de la región, teniendo cada una sus propios platos típicos así como sus respectivas bebidas.

Entre los principales está (en el occidente) la sajta de pollo, el picante, chicharrón de cerdo, plato paceño, chairo, charquecan, silpancho y otros; (en el oriente) el majadito, el locro carretero, la patasca y otros y entre las bebidas típicas están la chicha, el tereré, el mate y el mate de coca, así como bebidas alcohólicas como el singani el licor nacional del país y otras diversas bebidas.

Vestuario

La vestimenta boliviana varía de acuerdo a la zona geográfica del país.

En la zona del Altiplano es común ver multicolores vestidos principalmente confeccionados con lanas de [[llama, alpaca]], [[vicuña]] u [[oveja]], que han sido teñidos utilizando [[colorantes]] naturales conocidos como [[añilina]]. Estas vestimentas capturan rápidamente la atención de los visitantes por su vistosidad y

peculiar confección. El vestuario lleva incluido generalmente tejidos con patrones geométricos, ocasionalmente zoomorfos y antropomorfos, y barras conocidos como *aguayos* (*away* es voz quechua y significa tejer) o *lliqllas.* Es común la presencia de estos elementos en comunidades de indígenas aymaras, quechuas, urus y chipayas, con variaciones en tonos o colores dependiendo de cada comunidad.

En las ciudades, los descendientes indígenas que migraron han adquirido también vestimentas características que tuvieron origen en tiempos de la colonia, y que con el tiempo ha dado origen a la palabra "cholo" y "chola". Las mujeres son las mejores representantes de esta herencia, pudiéndose diferenciar claramente el vestuario de mujeres potosinas, orureñas, paceñas, cochabambinas, chuquisaqueñas y tarijeñas.

Las zonas orientales presentan características similares en cuanto al vestuario. Otra vez, son las mujeres quienes muestran más ricamente toda la vistosidad del vestuario típico de esta región. Los vestidos son de una sola pieza, largos y de mangas cortas con bordes rematados de delicados encajes o lazos de colores. Los "tipoy", que así se denominan a estos vestidos, están confeccionados con hilos suaves y coloreados con matices alegres y diseños floridos. Generalmente las mujeres no llevan sombrero pero prefieren los arreglos en los cuales una flor está sujeta a los cabellos, a veces trenzados en una pieza y a veces en dos. Los varones usan sombreros de ala ancha confeccionado de mimbre o cuero, muy adecuado para el trabajo en el campo donde la temperatura es agradable, aunque muchas veces demasiado elevada.

Las comunidades afrobolivianas, muy focalizadas y poco numerosas, situadas principalmente en la región de La Paz, han sabido mantener tradiciones, música y por supuesto vestimentas características y muy diferenciables del resto sin significar esto una pérdida de vistosidad, galanura y belleza. **(Ver anexo 11)**

Higiene personal

A pesar de la visión occidental que trató de ver al indígena americano como un individuo desaseado y con hábitos higiénicos "negativos"[12], los pueblos precolombinos en general y especialmente los pueblos andinos, se caracterizaban por criterios de higiene y aseo personal rigurosos.

Hoy, las condiciones de miseria y marginalidad donde viven la mayoría de los pueblos indígenas, unidos a las situaciones geográficas hostiles en que vive una parte importante de la población indoboliviana, donde escasea extraordinariamente el agua potable y donde no se han garantizado condiciones mínimas de existencia, traen consigo, como en todos los pueblos marginados del mundo, actitudes de higiene y aseo que dependen en primer lugar de las posibilidades reales de satisfacer las necesidades principales de existencia.

Esto afecta la frecuencia del baño, el uso de jabón, el lavado de las ropas, la higiene en la preparación de los alimentos, la convivencia con animales "domésticos", etc. lo que repercute en la salud de su población y da idea de que tales actitudes son asumidas por falta de criterios higiénicos y actitudes preconcebidas[13].

Aspectos de la cultura popular tradicional boliviana de interés médico-sanitarios.

La cultura tradicional y popular es el conjunto de creaciones que emanan de una comunidad cultural, fundadas en la tradición, expresadas por un grupo o por individuos y que reconocidamente responden a las expectativas de la comunidad en cuanto expresión de su identidad cultural y social; las normas y los valores se

[12] Martínez Casanova, M. "La mística y la mística del horror: "justificación" antropológica de la guerra". 2003. ISLAS No. 137, p: 34-44.

[13] Lipschutz, A. "El problema racial en la conquista de América y el mestizaje". 1963. Santiago de Chile. Ed. Austral, p: 40-43.

transmiten oralmente, por imitación o de otras maneras. Sus formas comprenden, entre otras, la lengua, la literatura, la música, la danza, los juegos, la mitología, los ritos, las costumbres, la artesanía, la arquitectura y otras artes.

Una de las características de la cultura popular y tradicional es su capacidad de adaptación a situaciones sociales completamente diferentes de aquellas que fueron su origen, es decir, las formas de vida de las sociedades rurales de antaño. Este hecho se explica porque los elementos de la cultura popular y tradicional tienen su fundamento en el imaginario colectivo de los pueblos. Por eso, todavía hoy, los pueblos y las ciudades de todo el mundo mantienen vivas muchas manifestaciones propias e incluso desarrollan aspectos nuevos. La simbiosis entre las creencias, los valores, las aspiraciones y las necesidades de expresión y de comunicación de las personas ha posibilitado que la cultura popular y tradicional haya tenido continuidad a lo largo de períodos históricos muy distintos y con cambios de toda clase.

Los países de América Latina son muy ricos en producciones culturales de carácter tradicional, en particular los que agrupan un fuerte contingente de población indígena, heredera de las altas civilizaciones del pasado prehispánico, y que además, alcanzaron un alto desarrollo cultural durante los siglos de dominación española.

Como ya hemos apuntado Bolivia es uno de los países más ricos en tradiciones, ritos, vestimentas, bailes y costumbres conservados desde la colonia hasta nuestros días.

La primera riqueza de Bolivia es el conjunto de sus tradiciones, que lo mantiene como un país de raíces muy profundas. Estas tradiciones no son, como en Europa, folklorizadas ni escleróticas, sino que forman parte del cotidiano de cada boliviano. Con más fuerza todavía si esta persona viene del campo porque la ciudad suaviza mucho esta relación con las tradiciones.

Las tradiciones de Bolivia son muy sincréticas: tienen su origen generalmente en los tiempos incaicos, y poco a poco se han mezclado, mestizado con las tradiciones importadas por los españoles desde el siglo XV. Dentro de ellas podemos mencionar:

- El carnaval de Oruro (marzo 2006)
- La Entrada Universitaria (Enero 2006)
- La Fiesta de San Juan (Enero 2006)
- La Ch'alla (Enero 2006)
- La K'oa (Enero 2006)
- Los tejidos andinos (Noviembre 2004)
- Todos Santos (Noviembre 2004)
- Las Alasitas y la leyenda del Ekeko (Noviembre 2004)
- La hoja de coca, una cultura tradicional (Septiembre 2003) **(Ver anexo 12)**

En las ceremonias andinas se acostumbra *leer la suerte* en plomo, coca o cigarro. ¿Qué nos depara el Año nuevo? La incertidumbre impulsa a las personas a buscar astrólogos, kallawayas y adivinos que a través del estudio de cartas, la hoja de coca, plomo fundido y ofrendas rituales dan buenas nuevas o advierten días difíciles en torno a la salud, estabilidad laboral, progreso en los estudios y éxito en el amor.

Las descripciones sobre estas tradiciones “adivinatorias” nos indican cuan diferentes pueden ser de las propias de nuestro pueblo.

Doña Angélica Flores, de 49 años y madre de cuatro hijos, dijo que es una tradición “inviolable” en su familia acudir ante su adivino, don Florencio, para que les lea la suerte a través del plomo fundido.

“Cada año entre el 28 y 30 de diciembre busco a don Florencio para que me lea la suerte. Es muy bueno, porque todo lo que me dice se cumple. Este año me ha dicho que me iba a enfermar y estaba en cama dos meses, casi me muero. También me ha dicho que dos de mis hijos iban a terminar la universidad y ahora

son profesionales. Tengo mucha fe en mi adivino por eso lo busco sin fallar", aseguró doña Angélica. Explicó que cuando le dicen que el año no va a ser bueno, debe hacer una ofrenda a la Pachamama (madre tierra) para que termine con la mala suerte.

El psíquico, vidente y mentalista Ramse's explicó que dos semanas antes de Año Nuevo aumenta considerablemente el número de clientes que acuden a su consultorio para saber cómo les irá el próximo año. Al iniciar la consulta, el adivino les recomienda purificar su cuerpo con un baño de ruda, romero y retama al mediodía del 31 de diciembre. "Las personas que se han sentido abatidas en el amor, desilusión y desdicha deben estrenar prendas interiores de color amarillo, tanto el hombre como la mujer. Los que estén deseosos de tener dinero o trabajo deben irse por el color verde. A las 12 en punto de la noche deben contar dinero siete veces, preferentemente dólares, además de encender un cirio verde en un plato de porcelana", señaló.

Ramse's agregó que para tener prosperidad económica, fortuna y un trabajo estable las personas deben estrenar ropa interior verde. "Hay gente que es creyente de estas prácticas y busca que hagamos un trabajo de protección contra la depresión y algunos peligros. A los jóvenes les ayudamos a encontrar el camino de la energía para vencer sus dificultades", precisó. [14]

Don Nasario Mamani, kallawaya de la provincia Bautista Saavedra, explicó que las personas de origen aymara, quechua, de la clase media y alta lo visitan cada año para que prepare una "mesa" (ofrenda ritual) con el propósito de que les vaya bien en el trabajo, la salud y el amor. "Después de leer la carta o la hoja de coca nosotros le indicamos cómo le va a ir en el amor, el trabajo o el dinero. Cuando hay envidias o malas señales le indicamos que deben hacer una 'mesa' de la

[14] "Cada vez más gente acude a los ritos para saber su futuro", en: http://www.laprensa.com.bo/20060101

suerte para que le vaya bien. Para eso preparamos una especial que no cuesta mucho y la ofrecemos el día miércoles, jueves y sábado", precisó el kallawaya.[15]

Estas costumbres, de marcado sabor religiosos, son mal vistas por los sacerdotes de las denominaciones cristianas, católicas y en menor medida evangélicas, que conviven con esa cultura tradicional.

El padre de la basílica de San Francisco Uriona dijo que la consulta a brujos o kallawayas no es propia de los cristianos porque se está en contra de lo que profesa la Iglesia Católica, que es amar a Dios por sobre todas las cosas. "Siempre se debe confiar en la voluntad de Dios, y si uno está yendo ante astrólogos, kallawayas, adivinos y otros está poniendo su confianza en la mano de hombres, la superstición, y no en Dios. Por eso la Iglesia Católica considera ese acto como un pecado grave contra el primer mandamiento, que es amar a Dios sobre todas las cosas", aseguró el padre franciscano.

El pastor evangélico integrante de la Asociación Cristiana Remar Danny explicó que el evangelio está en contra de las "tradiciones paganas", aunque no de la cultura, de la que es muy respetuoso. Dijo que de acuerdo a las escrituras, las consultas a astrólogos, kallawayas y adivinos son una "abominación a Dios". "Todo pueblo y persona que hace abominación contra Dios está en maldición, así declara la palabra de Dios, pero los hombres preferimos la tradición diabólica, la adoración al demonio, dándole la espalda a Dios", manifestó.[16]

En cuanto a la **religión**, podemos decir que la mayoritaria es la católica, siendo esta la religión oficial del estado según la constitución vigente. Existe un crecimiento de los protestantes, conocidos como cristianos o evangelistas y Unitarios Universalistas. Sin embargo, existieron y siguen existiendo religiones de

[15] "Más de cien plantas medicinales están registradas en Bolivia", en:http://saludambiente.bvsp.org.bo/cgi/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=7872&S22=b

[16] Ídem

los pueblos originarios tanto en la parte Andina y Amazónica de Bolivia cuya trascendencia ya hemos visto al hablar de las costumbres y la cultura tradicional.

La **religión católica** es la de mayor influencia en el país como corresponde a la religión predominante durante toda la colonia y la historia republicana que hizo de la Iglesia una institución poderosa espiritual y materialmente. Esto marcó intensamente las costumbres bolivianas, especialmente en lo referente al calendario de fiestas, celebraciones, onomásticos, etc.

Se encuentra muy arraigada la costumbre de nombrar a un santo como patrón de la ciudad, país, pueblo y etc. para el cual se celebra una fiesta anual en el día de fiesta correspondiente. Bolivia tiene como patrona a la *Virgen de Copacabana* y su fiesta es el mismo día del aniversario de la república 6 de agosto y Sucre tiene como patrona a la *Virgen de Guadalupe* cuya festividad en la tradición boliviana es el 25 de mayo (a diferencia del 12 de diciembre en que se celebra a la original Virgen de Guadalupe, patrona de México y de toda América). En ocasión de estas fiestas se suelen realizar diferentes actividades entre los que destacan las Entradas Folclóricas, lectura del futuro en animales y los prestes que se convierten en los anfitriones de la fiesta haciendo se cargo de todo los gastos de la celebración.

Las diferentes **iglesias evangélicas o protestantes** han venido incursionando en el país desde principios del siglo XX con muy poca capacidad de avance en su proselitismo en una población de gran arraigo tradicional. Su acción más importante se realiza en zonas marginales de las ciudades donde, la población, emigrantes del campo con niveles diversos de desarraigo cultural y por tanto religiosos, sometidos a situaciones de extrema explotación y miseria, ven con cierta receptividad el mensaje moralista, salvacionista y escatológico que trasmiten unas u otras denominaciones evangélicas.

Las religiones evangélicas presentes resultan generalmente muy agresivas en su proselitismo, teniendo una aceptación creciente, en algunos casos evidentemente, por parte de la población, con la consiguiente intolerancia hacia las tradiciones

andinas de corte pagano no cristiano, incluso las tradiciones de connotación católica, contribuyendo con su acción, no pocas veces, a romper con estos ritos y sincretismos tradicionales, lo que atendiendo al carácter sistémico de la concepción tradicional no solo se modifican las ideas sobre lo divino sino se afectan otros componentes de la concepción del mundo repercutiendo en la ruptura de lazos familiares y comunitarios, llegando en casos extremos como en los Yukis (comunidad nómada del trópico de Cochabamba), a poner en peligro evidente su cultura en sí.

La **religiosidad de los pueblos originarios**, es por lo general la más extendidas ya sea en expresiones más puras o sincretizadas con otras creencias, principalmente cristianas y espiritistas.

Sin una estructura doctrinal sistematizada, resultante del exterminio a que fueron sometidos los sacerdotes indígenas y a la satanización de sus preceptos en épocas de la conquista y posteriores, se nos presentan mas como concepciones religiosas del mundo, inseparables de la cosmovisión total de estos pueblos y que por tanto toca y condiciona cada una de las actividades y comportamientos sociales de sus portadores. Su principal característica esta en ser concepciones panteístas y holísticas cuyas formas de ver o racionalizar las nociones o conceptos del tiempo-espacio son totalmente diferentes a las religiones monoteístas de origen judío-cristianas, traídos por los conquistadores de occidente.

Es de destacar que, luego de más de 500 años de evangelización católica, se pueda ver que el panteísmo de la religiosidad andina se ha recreado, se ha renovado, incluyendo a Cristo, a la Virgen Maria y a algunos santos pero no como todopoderosos sino con la no definitiva perfección propia de lo andino, donde lo “sagrado” convive con lo profano en el mundo cotidiano y donde a los entes no se les adora sino que se conversa y se recíproca con ellos.

Resultan referentes obligatorios de esta sacralidad del mundo: las montañas, las fuentes de agua, la tierra toda, la coca, por solo mencionar los más evidentes y cotidianos.

Con la esclavitud y la trata de los africanos, presente en Bolivia en proporciones insignificantes en relación con otros pueblos de América, pero presente al fin, se conservan también las costumbres, incluidas **concepciones religiosas afrobolivianas** presentes en las comunidades de descendientes de los primeros, caracterizadas por una mayor incoherencia doctrinal y cosmovisiva y por ser portadoras de gran nivel de mestizaje y sincretismo.

Es precisamente este sincretismo lo que más llama la atención al hablar de la religiosidad del boliviano. Los nombres de los "santos" católicos han ido reemplazando a los nombres de las deidades indígenas originarias; así tenemos por ejemplo, que la Pachamama (literalmente Madre-Tierra, Diosa de la tierra y de la fertilidad de los campos) terminó asociada con la imagen de la Virgen María , a quien en fechas de carnaval se debe dar una ofrenda consistente en una "mesa" (compuesta de lanas de colores o blancas, dulces, en forma de los objetos que se desea tener y en los que desea ser prosperada la persona, y fetos de llama). También se mantiene el ritual de sacrificar un animal para rociar con su sangre la tierra "hambrienta y sedienta" para hacerla más fértil durante el año. **(Ver anexo 13)**

Para los andinos el mundo es una totalidad viva. No se comprende a las partes separadas del todo, cualquier evento se entiende inmerso dentro de los demás y donde cada parte refleja el todo. La totalidad es la *colectividad natural o Pacha*; comprende al conjunto de comunidades vivas, diversas y variables, cada una de las cuales a su vez representa al Todo.

Todo cuanto existe en el mundo andino es vivo. No sólo el hombre, los animales y las plantas sino también las piedras, los ríos, los cerros y todo lo demás. En el mundo andino no existe algo inerte: todo es vivo. Todos participan en la gran fiesta

que es la vida: todos comen, todos duermen, todos danzan, todos cantan: todos viven a plenitud.

Esta concepción propicia ideas que parten del punto de vista de que no debe haber ni poderosos ni autosuficientes. Se necesitan unos a los otros para vivir. Aquí hay simbiosis que es lo inmediato a la vida. Ello contribuye a dar a los movimientos indígenas e incluso otros movimientos sociales integrados mestizos obreros y campesinos, visiones integristas que favorecen la unidad revolucionaria de diferentes sectores y grupos sociales en pos de lograr soluciones conjuntas a sus problemas.

La *chacra* (pedazo de tierra cultivada) es una forma de crianza. En la chacra andina no sólo se cría a las plantas y a los animales, sino que en la chacra también se cría al suelo, al agua y al clima. Recíprocamente, la chacra cría a quienes la crían. Se trata pues de una cultura de crianza en un mundo vivo. En los Andes toda la vida gira alrededor de la crianza de la chacra, por eso la cultura andina es agrocéntrica. Ello contribuye a la existencia de una concepción que parte de la necesaria armonía con el mundo donde se vide, de significación ecológica considerable y favorable a proteger el ambiente como parte de la visión dialéctica del universo en el que se vive y del cual se forma parte.

Cada uno de los seres que habitan en el mundo vivo andino es equivalente a cualquier otro, esto es, cada quien (ya sea hombre, árbol, piedra) es una persona plena e imprescindible, con su propio e inalienable modo de ser, con su personalidad definida, con su nombre propio, con su responsabilidad específica en el mantenimiento de la armonía del mundo, y es en tal condición de equivalencia que se relaciona con cada uno de los otros. Otra manifestación de equivalencia en el mundo andino es que todos tienen chacra y todos pastorean un rebaño.

La cultura andina, que es la cultura de un mundo vivo y vivificante, late al ritmo de los ciclos cósmicos y de los ciclos telúricos que es el ritmo de la vida: su «tiempo», por tanto, es cíclico. Sin embargo, las ceremonias del calendario ritual andino son momentos de conversación íntima con tales ciclos en los que no se repite un

«arquetipo» sino que se sintoniza la situación peculiar. En los Andes, el clima, que es la manera de mostrarse de los ciclos cósmicos y telúricos, es sumamente variable e irregular. Esto condiciona una diferencia importante con el mito del eterno retorno de los griegos de la Edad Clásica y con el modelo del tiempo circular. En los Andes hay una recreación, una renovación, anual de los ritos, esto es, de la conversación íntima entre todos los componentes del mundo vivo, que se armoniza con el estado correspondiente del clima. Esta recreación, esta renovación, es la digestión, por parte del mundo vivo, de las condiciones de vida en el momento del rito, que, repetimos, son muy variables e irregulares.

La Pachamama, la Madre Tierra, cada año, cada ciclo telúrico, concibe -fecundada por el Sol- y pare un nuevo pacha, (dentro del pacha, a su vez, el agua fecunda a la tierra, y así sucesivamente). Los sacerdotes y las sacerdotisas toman el pulso a la Pachamama y palpan el “feto” durante la gestación para conocer antes del parto el carácter de la cría. Por eso plantean saber el clima del año venidero. Pero ellos también, por su conocimiento tan íntimo de la Pachamama y del Sol, así como de las circunstancias de su vida, consideran saber incluso el carácter de las criaturas aún no engendradas.

Otra característica de la cosmovisión andina es su inmanencia, esto es, que todo ocurre dentro del mundo. El mundo andino no se proyecta al exterior y no existe algo que actúe sobre él desde fuera. Esto implica que en la cultura andina no exista lo sobrenatural ni «el más allá» ni lo trascendente. El mundo inmanente andino es el mundo de la sensibilidad: nada en él escapa a la percepción. Todo cuanto existe es patente. Todo cuanto existe es evidente. Hasta la «deidad» Viracocha es perceptible, es visible.

Bolivia es un país que maneja bastantes tabúes acerca de la libertad sexual, pues imperan los valores de la moral católica, y las conversaciones abiertas sobre el sexo no son la regla en la mayoría de las parejas. Una señorita que pierda su virginidad antes de los 18 años aproximadamente es mal vista ante los ojos de los demás.

En contraste con lo anterior, ciertos sectores "occidentalizados" pueden asumir prácticas nada tradicionales y que rompen con normas y esquemas de comportamiento tradicionales. Así sucede con el swinging (intercambio de parejas) se practica en Bolivia, incluso hay grupos bien organizados que recurren a Internet para reclutar adeptos. En Santa Cruz, los "intercambiadores" están organizados y hasta cuentan con su página Web[17].

Medicina popular tradicional.

El personal médico cubano que se encuentran cumpliendo misión en diferentes países de Latinoamérica, en algunas ocasiones tropieza con elementos tradicionales de la cultura popular de gran interés para su trabajo, de mucha utilidad para su desempeño como profesional de la salud. Ejemplo de ello tenemos la utilización de las plantas medicinales (medicina verde), muchas veces por los países del tercer mundo.

Quizás un paciente no desee ir al médico porque no cree que este pueda curarlo, o simplemente porque no tiene suficiente dinero para pagar una clínica asistencial de la salud e incluso, como resulta muy frecuente a menudo, no puede acercarse a los centros donde existen las instalaciones de salud adecuadas por lo lejos que pueda vivirse de los grandes centros urbanos; entonces es cuando se beneficia de la medicina verde, que puede resultar realmente un medio digno de valorar.

En Bolivia, existen varias plantas medicinales tradicionales[18] que son utilizadas por su valor cultural y principalmente curativo. Un ejemplo de estas es la hoja de la coca, la cual tiene una importante función y un significado relevante para los bolivianos.

La hoja de *coca* es utilizada desde hace más de 5 000 años por las civilizaciones precolombinas, esta hoja es parte integrante de su civilización. Producción

[17] "Swinge, Placer, Desafío y Conflictos", en: www.laprensa.com.bo/domingo/20061203/domingo02

[18] "La Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional comenzó sus actividades en los años 80", en: http://saludambiente.bvsp.org.bo/cgi/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=7872&S22=b

agrícola en sí, se integra a su farmacopea ancestral, a sus rituales sociales y religiosos, hasta el día de hoy. Las leyendas incaicas cuentan por su parte que el Dios Sol creó la Coca para hartar la sed, matar el hambre y hacer que los hombres se olviden del cansancio. Los Aymaras, cuya civilización se expandió en la región del Lago Titicaca antes de la llegada de los Incas, le dieron su nombre de khoka, que significa "el árbol por excelencia".

Consumir la hoja de coca forma parte de una cultura tradicional en Bolivia. Para nuestras sociedades cristianas, el pan y el vino son unos símbolos fuertes, utilizados para desear felicidad y salud o bien recibir a un amigo. Pues en la sociedad andina, la coca lleva este papel de vínculo entre la gente. Si los Indios te consideran como un amigo, te regalarán con gusto un poco de coca. La hoja sagrada mantiene su presencia en cada actividad pública o doméstica dentro de la comunidad.

Hoy en día, ¿En qué se usa la hoja de coca en Bolivia?

Hasta hoy, la hoja de coca es presente en cada acto de intercambio en los Andes. Todavía se encuentra gente con la bola de coca en su mejilla pinchando, o saludando la montaña con tres hojitas de coca en la mano. En el universo mental de los Indígenas existen tres mundos en interacción: el mundo de arriba, él de los dioses; el mundo del medio donde vivimos todos y el mundo de abajo. Entre estos tres mundos, el intercambio espiritual es permanente y la hoja de coca siempre presente. Sin ella, no existe interacción entre los tres mundos.

La hoja se regala a la Pacha Mama (Tierra Madre) para agradecerla de una buena cosecha. Durante la misa aymara (kintu), los sacerdotes leen el futuro en sus fibras. La muerte, el matrimonio, el nacimiento. Cada momento simbólico de la vida humana se acompaña de ofrendas de coca. Sigue la hoja de coca siendo un elemento simbólico fuerte en los intercambios terrestres entre las comunidades de las montañas y de los valles del mundo del medio, adquiriendo un significado simbólico aún más fuerte en los intercambios con los otros mundos.

A diferencia de otros tipos de cultura (maíz, trigo, arroz.) la coca se adapta muy bien en las zonas tropicales de Bolivia, Perú, Ecuador y Colombia. Puede dar hasta 4 cosechas al año y no necesita ningún cuidado especial, resistiendo a cualquier parásito o enfermedad. Constituida por 14 alcaloides de los cuales la cocaína (0.5 a 3 %), científicamente la hoja de coca es un estimulante comprobado, pero no un narcótico, ya que no crea dependencia. Mascar esta hoja reduce de manera significativa los riesgos de caries, aumenta la resistencia física y alimenta la persona que la masca. De gran riqueza nutricional, 100 gramos de coca boliviana bastan para cubrir las necesidades diarias en calcio, hierro, fósforo, vitamina A y B2.

El mate de coca es una bebida (infusión) popular y típica en Bolivia y en el Perú y otros países sudamericanos. Consiste básicamente de hojas de coca remojadas en agua caliente durante unos minutos y a lo que se agrega azúcar al gusto. El mate de coca es una bebida que se ha venido consumiendo desde hace varios milenios, ya sea tanto como estimulante (ni dañino ni tóxico) como para curar el soroche (mal de altura); además de tener un valor simbólico. La venta y consumo de las hojas de coca (no así la cocaína) es legal en Perú y Bolivia.

Como podemos observar, el consumo de esta planta milagrosa, como le llaman, constituye uno de los aspectos favorables en este país. Cuando es utilizada correctamente, la hoja de la coca trae consigo muchos beneficios, pues impide de manera significativa los riesgos de algunas enfermedades, sin embargo esta puede a la ves causar conflictos, pues a la hora de ingerirla, muchas personas no le dan el uso que realmente lleva.

Al estado natural, la coca, no es nada nociva para la salud y según estudios realizados este sería uno de los mejores alimentos del mundo. El secretario de organización de la Asociación Departamental de Productores de Coca (Adepcoca), Sergio Ojeda, afirmó que la incorporación de la hoja tradicional al mercado medicinal será un éxito porque la coca tendría la facultad de curar desde dolores

de cabeza comunes hasta problemas gástricos que suelen ser tratados con fármacos[19].

En el Departamento de Oruro, perteneciente a la República de Bolivia, podemos encontrar otro alimento que tiene gran valor para los bolivianos, se le llama mote. *Mote* es el nombre genérico para distintos granos cocidos, consumidos en Bolivia y Chile.

En Bolivia el mote se usa como grano hervido con su cáscara. Por defecto el grano es de maíz. También se consume mote de haba (habichuelas).

Cuando al grano se le saca el salvado (cáscara), se le llama *pelado*. Sin especificar, *pelado* se refiere al grano de maíz. El *pelado de trigo* se usa principalmente en sopas. El descascarado se realiza artesanalmente, con ceniza el de maíz y con batan, (piedra de moler) el de trigo. Ambas formas se usan extensamente como acompañamiento en platos o como parte de un bocado.

Muchos bolivianos conservan la creencia de que si lo comen, las personas no se enferman. Para ellos el mote también es un medicamento que les impide enfermarse.

Los Kallawayas

La práctica que desarrollan los kallawayas, o médicos-curadores tradicionales, data de hace miles de años. Los conquistadores españoles reconocieron que sus conocimientos eran superiores a los de la medicina occidental.

En el seminario “Historia y patrimonio en la cultura Kallawaya”, realizado en la casona Santibáñez del 26 al 27 de septiembre, Rolando Magnani Chaca, explicó que para las terapias, los Kallawayas usan elementos de los reinos mineral,

[19] “Buscan regular la medicina naturista en Bolivia”, (La Paz - La Razón). 8 de enero, 2004, en: http://66.102.9.104/search?q=cache:OYpmt5r09KkJ:www.bolivia.com/noticias/autonoticias/DetalleNoticia18068.asp+medicina+natural+tradicional+bolivia&hl=es&ct=clnk&cd=10&gl=cu

animal y vegetal. En la atención a los pacientes hablan un idioma secreto y sagrado y conciben al ser humano como un ente con cuerpo, alma y espíritu.

La medicina tradicional es el único recurso que tienen las poblaciones pobres y aisladas. Esta práctica comprende ideas, conceptos, ritos y procedimientos para atender enfermedades físicas, espirituales y sociales. Es el conjunto de conocimientos para el diagnóstico, el pronóstico y la curación. A diferencia de la medicina occidental, los costos de los medicamentos y productos que se emplean son de bajo costo y, muchas veces, los kallawayas no cobran por sus servicios. La atención es auténtica, eficaz y confiable, señala Magnani.

El saber milenario, transmitido por generaciones, no concibe a la salud como ausencia de enfermedad, sino como el bienestar biológico y social de la persona en armonía con su entorno social y con la naturaleza.[20]

Un curandero herbolario Josué Gonzáles dijo que la medicina tradicional puede dar respuesta a todas las afecciones del hombre porque data del principio de la creación del mundo e incluso habría plantas que pueden sanar lo que la tecnología todavía no logró conseguir. "El hombre siempre tuvo dolencias y enfermedades y en la antigüedad no había un comprimido creado en base a químicos que dé alivio", dijo Gonzáles que destacó que Bolivia y Perú son ricos en hierbas medicinales.

El curandero herbolario aseguró que un mate de hierbas espinosas y autóctonas como la escorzonera puede curar "en cuestión de horas" las afecciones respiratorias como la gripe aguda y la tos compulsiva. Otra de las afecciones comunes en Bolivia, según Gonzáles, es el estrés y las dolencias en el corazón que de acuerdo a la medicina tradicional pueden ser curadas con una infusión de hojas de naranja, pétalos de claveles, raíz de valeriana y hierba lisa. En su afán de

[20] "Más de cien plantas medicinales están registradas en Bolivia", La Paz - Bolivia. 29 de septiembre de 2005, en:
http://saludambiente.bvsp.org.bo/cgi/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=7872&S22=b

mostrar ejemplos, afirmó que para las personas que tienen problemas vesiculares un mate preparado en base a chanka piedra, que es una hierba similar al orégano, es muy eficaz.

Aspectos de interés para los colaboradores médicos relacionados con el idioma y la forma de comunicación.

Aunque el idioma español es el idioma más hablado en Bolivia la forma de hablarlo por los bolivianos contiene diferentes acentos y modismos. En las regiones limítrofes con otros países se comparten los mismos dialectos como también puede haber voces o palabras diferentes.

En este país se habla los siguientes dialectos:

Español Andino

Llamado también como *acento colla* en Bolivia, es hablado en la región andina de los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí , que adoptan fonemas de lenguas indígenas como el quechua y aymará, con algunas diferencias con los países limítrofes como Perú , norte de Chile y Argentina.

Español Camba

Llamado también *acento camba* es hablado en las regiones tropicales, más corrido y sin pronunciar la "s" final. Por ejemplo la palabra "pues", la gente de la región tropical cortan la "s" y pronuncian "puej", es hablada en los departamentos de Santa Cruz, Beni y Pando, dado que los benianos y pandinos también se consideran cambas, y existe poca diferencia en su acento entre estos tres departamentos, ya que tienen voces acuñadas de la lengua guaraní. El uso del "voseo" es hegemónico. El uso del pronombre tú, es considerado andino.

El caso de las regiones tropicales de los departamentos de La Paz, Cochabamba y Chuquisaca, existe casi una variedad ya que en las regiones de los Yungas paceños y el Chapare cochabambino, se asemeja a la de los Andes y los valles, más al norte fusionado con acento camba.

Español de los Valles

Existen en esta parte de la región central de Bolivia diferentes modismos que coinciden y comparten con las voces de los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca, con los departamentos pertenecientes a la región andina.

Español Chapaco

Este acento es hablado principalmente en el departamento de Tarija, el cual es muy distinto a los antes mencionados, ya que es una variación o pronunciación del español colonial.

Español Vallegrandino

Este español se habla principalmente en las provincias de Vallegrande y Caballero y en menor medida en la provincia Florida, todos en el departamento de Santa Cruz, es una mezcla de varios idiomas, como el quechua, español, guaraní, y otros idiomas extranjeros. Los cuales se mezclan para formar palabras, pero las palabras predominantes son en Español-Quechua.

En cualquier caso el español sirve de base solo a una parte de la población que lo habla. Muchas veces en mezcla con palabras y giros idiomáticos aborígenes, especialmente del quechua y del aymara. Por ello resulta importante conocer el significado de algunas palabras en estos idiomas que más se usan en relación con la actividad del médico. **(Anexo 14)**

Independientemente del dialecto que se utiliza, la presencia de las lenguas indígenas predominantes han marcado definitivamente la nomenclatura de la geografía boliviana, derivándose muchísimos nombres de la tradición precolombina, como sucede por ejemplo con:

Cuenca: Tumipampa: llanura de cuchillos de piedra
Cochabamba: Qhuchapampa (Qhuchapampa): llanura del lago
Oruro: Ururu (Uru-Uru): muchas arañas o bichos (?)
Sucre: Chuqichaka: puente de metal

Potosí: P'utuqsi; ruido

Huamanga: Wamanqa: el halcón

Ayacucho: Ayakuchu: rincón de muertos

CAPITULO III. Propuesta sociocultural de facilitación del uso, apropiación y utilización de la información por el personal médico-sanitario cubano.

En la preparación sociocultural del profesional de la salud, existen una serie de problemas que afectan el nivel de información y actualización de este, y a la vez se ha corroborado la situación crítica existente de los materiales bibliográficos en los cuales ellos se apoyan para su preparación. Siendo el nivel de información sociocultural muy variado y carecer de materiales específicos, donde aborden las diversas problemáticas que ocurren en el país y teniendo en cuenta que es de gran utilidad para complementar la labor de los cooperantes internacionalistas, se decidió crear un Sitio Web, específicamente que contenga todo tipo de información organizada, actualizada y referida a aspectos socioculturales del país y la región.

3.1 Proceso de elaboración de la Página Web:

El tiempo se ha convertido en algo muy valioso para nuestros médicos cubanos internacionalistas. Este les impide a veces informarse acerca de los acontecimientos que están ocurriendo en el mundo entero, prepararse profesionalmente y conocer un poco más acerca de la cultura y tradiciones de los países donde se encuentran prestando ayuda solidaria. En varias ocasiones es muy difícil verlos delante de una computadora, ya que solo lo hacen para lo indispensable.

Debido a los problemas que presentan estos colaboradores, muy importantes para su mejor desempeño, se consideró necesaria la creación de la siguiente *página Web*, ya que tiene la característica peculiar de que los textos que en ella aparecen se combina con imágenes para hacer que el documento sea dinámico y permita que se puedan ejecutar diferentes acciones, una tras otra, a través de la selección de texto remarcado o de las imágenes, acción que nos puede conducir a otra sección dentro del documento, abrir otra página Web, iniciar un mensaje de correo

electrónico o transportarnos a otro Sitio Web totalmente distinto a través de sus hipervínculos. Por eso se considera una vía más interactiva, capaz de motivar mejor a nuestros galenos y a cualquiera otra persona que pueda interesarse en los temas que la integren. De esta manera pueden consultar con mayor rapidez la información y la accesibilidad a ella por parte de estos.

Para la selección de los documentos, artículos, mapas, imágenes, etc. se consultaron varios sitios en Internet, el buscador Google, fue uno de los más utilizados, a ello se le unió la Enciclopedia Encarta 2005, 2006 y 2007. También se consultaron diferentes libros y se realizaron algunas entrevistas que nos aportaron numerosas informaciones aprovechadas con muy buena intención. Todos los datos que aparecen en la Página Web, fueron escogidos a partir de la importancia que brinda cada uno de ellos. La información que contiene cada artículo que aparece en este documento electrónico es confiable, esta no contiene ideas subversivas, todo funciona sobre la base de los diferentes criterios que pueden existir. Para corroborar la veracidad de esta información se recurrió al criterio de expertos de la salud y de estudiantes bolivianos.

De forma general, una de las tareas más arduas fue la organización de la información, contando con la ayuda del Doctor en Ciencias Manuel Martínez Casanova, en este caso tutor de la investigación realizada; y Antonio Ariel González-Aramayo, estudiante boliviano de tercer año de Psicología, pues dicha información debía ser previamente revisada y luego clasificada por conocedores de los temas tratados.

Es preciso señalar que hay algunos aspectos que podrían ser enriquecidos, porque la información en estos casos fue muy limitada, a pesar de todos los esfuerzos realizados debemos conocer que este trabajo es muy novedoso, existe muy poco escrito respecto a lo abordado en él y esto a veces nos imposibilitó desarrollar esos temas con mejor calidad.

Esta Página Web comenzó a ser programada por el estudiante Dayron Ramón González Ramírez, alumno de tercer año de la carrera de Ciencias de la

Computación, en la Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas. Llevar toda la información a este espacio virtual, requirió de mucha paciencia y tiempo, para ello, después de escoger todos los datos que decidimos mostrar en él, fue necesario crear un guión, donde quedara bien estructurado el orden y la ubicación de todo el contenido de la página y la ambientación de la misma.

El trabajo fue muy productivo y exitoso, logrando establecer muy buena relación entre la autora de la Web y el programador, pues era muy importante que se trabajara en conjunto, para que no se cometiera error alguno en la ubicación del contenido. El tiempo dedicado a su constitución fue de 30 dias, teniendo en cuenta algunos contratiempos que surgieron. Finalmente el 15 de junio del 2006, quedó creada la siguiente propuesta que conllevó a tanto tiempo y sacrificio.

3.2 Estructura de la Página Web:

La Página Web que se propone, está dedicada a la colaboración médica cubana, a aquellos galenos que se encuentran cumpliendo misión internacionalista y que tienen una información muy limitada sobre los países en el que se encuentran colaborando. Fue creada a partir de la necesidad de una mejor preparación sociocultural del colaborador médico sanitario cubano que presta servicio en la República de Bolivia. Es por ello que resulta importante complementar su información sociocultural, siendo este el objetivo principal del mismo.

Su estructura obedece a las necesidades socioculturales del especialista en salud, posibilitándole una buena accesibilidad que a su vez permite una fácil y adecuada navegación, proveyendo al colaborador, de una vasta información organizada en cada uno de los aspectos que se presentan en la página.

La estructura de la página propuesta es la siguiente:

Este documento informático cuenta con una página de inicio, que brinda al colaborador y a toda persona que lo visite, una ubicación predeterminada de los materiales a consultar**. (Ver figura 1)**
Ella esta estructurada de la siguiente forma:

- En la parte superior izquierda podemos encontrar el escudo de Bolivia identificando a esta República, se colocó en esa posición para que el visitante pueda observar que la misma esta dirigida a este país. Debajo aparece un pequeño menú estructurado de la siguiente manera:

  - ❖ Inicio
  - ❖ Noticias (posibilita la información diaria de cada uno de los periódicos bolivianos que aparecen, todo ello considerando que el médico cuente con Internet)
  - ❖ Foro
  - ❖ Contáctenos (en caso de que el usuario no pueda acceder a Internet, posibilitarle el material)

- En la parte superior derecha aparece una frase relacionada con la República boliviana, una república que está llena de cultura y tradición.

- En el lateral derecho se colocó un menú principal con diferentes aspectos de interés sobre Bolivia. De ellos se derivan varios submenús relacionados con cada tema desarrollado. **(Ver figura 2)**

- Seguidamente, al final del lateral derecho se encuentra un buscador, para aquellos que deseen realizar una búsqueda más rápida de la información.

- Al centro de la página de inicio está ubicado un mapa donde se aprecian los diferentes departamentos y ciudades de Bolivia. A su lado podemos

observar un párrafo que brevemente expone características muy generales del “Corazón de Sudamérica”, como se le llama en algunas ocasiones a la República boliviana.

Figura 1. Página de inicio de la Web.

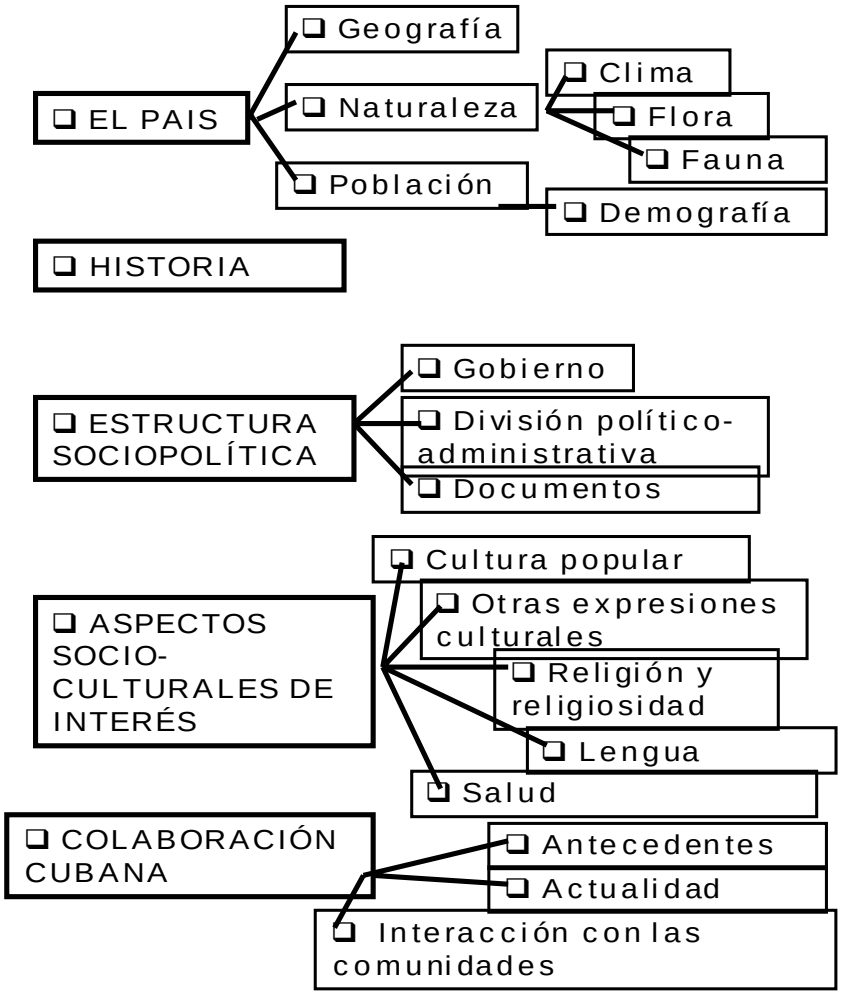


Figura 2. Estructura del menú principal que se encuentra en el lateral derecho de la Página Web.

CONCLUSIONES

En el trabajo presentado se realizó un estudio dirigido a facilitar un grupo de informaciones y conocimientos socioculturales que favorezcan el trabajo del personal médico-sanitario cubano que sale a cumplir misión a otros países hermanos, donde el desconocimiento de ciertos elementos de su cultura pueden dificultar un mejor desempeño del trabajo que estos deberán cumplir. Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente podemos concluir que:

- Bolivia es un país que presenta gran diversidad cultural, que por las características de su variabilidad geográfica, se han establecido pueblos de distintas raíces étnicas: arawacos en el Noroeste y Este (Amazonas), Aymaras y quechuas en el Occidente (Andes) y guaraníes en el Sudeste (La Plata). Con la conquista española y la colonización europea, con etnias venidas de ultramar, se constituye un país rico en historia de transculturación, policulturalidad y sincretismo.

- Es indispensable enfrentar el estudio de los principales aspectos socioculturales por parte del colaborador cubano de la salud, para que su trabajo se logre de manera más eficiente y no se cree una imagen desfavorable de ello, pues para tener un buen intercambio con el paciente hay primeramente que conocerlo, comprenderlo y respetarlo, por ser este portador de una cultura diferente a la nuestra.

- La preparación sociocultural sobre la diversidad de la cultura boliviana, que poseen los colaboradores médicos cubanos en el país repercute en la efectividad de la comunicación con la población, la aceptación de su labor por la misma y la capacidad de interactuar con los diferentes sujetos sociales que participan y condicionan la labor profesional del cooperante cubano.

- Una parte de la población boliviana utiliza la medicina tradicional, en algunos casos por costumbre, y en otros por necesidad, por lo que es imprescindible que el médico cubano tenga conocimiento de esto y sepa cómo manejar la situación en caso de entrar en contradicción con algún paciente a la hora de su consulta. Así será posible lograr sobre todo una relación e interacción entre los dos métodos de curación, el tradicional y el institucional.

- Es indudable que las misiones médicas internacionalistas han formado parte de un proyecto de salud muy humanitario, con el cual se han alcanzado importantes resultados, según las cifras que se mencionan a lo largo de esta investigación. Además en el plano social se ha avanzado mucho en la relación entre los equipos médicos cubanos y los pobladores de los lugares donde han desarrollado su actividad profesional.

RECOMENDACIONES

La preparación sociocultural de los médicos cubanos que se encuentran cumpliendo misión internacionalista en los diferentes países del tercer mundo es indispensable para el logro de un mejor trabajo y complementación de sus conocimientos; la creación de una Página Web al alcance de nuestros galenos, constituye uno de los soportes fundamentales para el logro de este objetivo. En este caso se realizan las siguientes recomendaciones:

- Hacer realidad esta propuesta de preparación autodirigida para los colaboradores cubanos de la salud en Bolivia como contribución a la facilitación y perfeccionamiento de su labor en el plano sociocultural como complemento y ampliación de la destacada labor que en el plano técnico-profesional y humanitario vienen realizando.

- Darle continuidad a esta línea de investigación científica, con el fin de ampliar, enriquecer y perfeccionar los diferentes temas abordados en ella y los mecanismos de acceso y uso de los cooperantes de esta información que se pone a su disposición.

- Perfeccionar y buscar nuevas vías que contribuyan a perfeccionar la información y permitan as su vez la validación, actualización y corrección de los contenidos manejados.

- Validar la Página Web propuesta y someterla a criterio de expertos como vía indispensable de su ulterior generalización y uso efectivo por los colaboradores.

BIBLIOGRAFIA

Agencia Cubana de Noticias, *Reafirman cooperantes cubanos ayuda a Bolivia*, en: http://www.cnctv.cubasi.cu/noticia.php?idn=2468, 20 de septiembre de 2006.

Alina M. Lotti*, Palabras desde lejos, en:* http://www.trabajadores.co.cu/ayuda-medica-cubana/palabras.htm , 13 de febrero de 2007.

Así viven los médicos cubanos en Bolivia, en: http://www.conexioncubana.net/index.php?st=content&sk=view&id=3908&sitd=334 , 26 de Mayo de 2007.

Aymarás, en: http://es.wikipedia.org/wiki/Aymara , 8 de noviembre de 2006.

Bebidas y tragos, en: http://es.wikipedia.org/wiki/Mote, 28 de marzo de 2007.

Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation.

Bolivia es fauna, en: http://www.bolivia-internet.com/tamandua/fauna.php, 2 de junio de 2007.

Buscan regular la medicina naturista en Bolivia, en: http://66.102.9.104/search?q=cache:OYpmt5r09KkJ:www.bolivia.com/noticias/autonoticias/DetalleNoticia18068.asp+medicina+natural+tradicional+bolivia&hl=es&ct=clnk&cd=10&gl=cu , 10 de febrero de 2007.

Cada vez más gente acude a los ritos para saber su futuro, en: http://www.laprensa.com.bo/20060101, 1 de enero de 2007.

Cañizares José Luis Cárdenas. *La solidaridad y el internacionalismo en Cuba,* en: http://www.nodo50.org/cubasigloXXI/congreso06/conf3_canizares.pdf, 3 de octubre de 2006.

Carmen Pérez Carrillo, *Dos niños son violados cada día*, El Deber/ Santa Cruz Bolivia*,* en: www.eldeber.com.bo , 24 de septiembre de 2006.

Casi medio millón de pacientes beneficiados por Operación Milagro, en: http://cubasalud.blogia.com/acercade , 21 de noviembre de 2006.

Cingolani Pablo, La Paz*, Médicos cubanos en Maldidi*, en. http://adin-noticias.blogspot.com/2006/10/mdicos-cubanos-en-el-madidi.html, 17 de octubre de 2006.

Constitución Política de la República de Bolivia, en: http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Bolivia/consboliv2005.html#dispgrales, 22 de enero de 2007.

Costumbres y tradiciones de Bolivia, en: Microsoft ® Encarta ® 2007. © 1993-2006 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos, 31 de mayo de 2007.

Cuando los diablos rezan, en: http://www.enjoybolivia.com/espanol/guiadestinos/articulos/LOS_DIABLOS_ES.shtml, 31 de Mayo de 2007.

Cuatrocientos médicos cubanos atienden a damnificados en Bolivia, en: http://pinerita.blogspot.com/2007/02/400-mdicos-cubanos-atienden.html, 22 de febrero de 2007.

Cultura de Bolivia, en: http://es.wikipedia.org/wiki/Cultura_de_Bolivia 22 de mayo de 2007.

Clima, en: http://www.enjoybolivia.com/espanol/informacion/CLIMA_ES.shtml 2 de junio de 2007.

Dámaso Barrera Araya, *Fundación para la vida en Bolivia, "Bolivia la Educación Ambiental en la Educación primaria",* Primera y Segunda Parte en: http://iacd.oas.org/Interamer/Interamerhtml/Edwardshtml/Edw_Ara.htm, 5 de junio de 2007.

Diagnóstico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia, en: www.who.int/reproductive-health/publications, 25 de abril 2007.

El Área de Salud en Bolivia. *13 de diciembre de 2006, en: http://www.barriosdepie.org.ar, 30 de mayo de 2007.*

El Deber / Santa Cruz Bolivia, *Cuba entregará 20 hospitales rurales y ampliará ayuda*, en: http://www.bvsp.org.bo/sys/s2a.xic?DB=B&52=2&511=10588&522=b, 4 de septiembre de 2006.

El Deber / Santa Cruz Bolivia*, Jefe de misión cubana dice que presentó título de médicos cubanos*, en: http://www.bvsp.org.bo/sys/s2a.xic?DB=B&52=2&511=10366&522=b,27de septiembre de 2006.

El Diario/ La Paz - Bolivia www.eldiario.net,
Paceños están habituados a comer en la calle,
Malos hábitos alimenticios pueden provocar aparición de enfermedades, en: http://salud.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=9096&SE=SN, 30 de octubre de 2007.

El pueblo indígena: los Aymarás, en: http://www.indigenasurbanos.cl/aymara/pueblo_aymara.htm,25 de noviembre 2006.

El Tejido Andino: arte, técnica y tradición milenaria, en: http://www.vincetmanu.com/tradiciones_bolivia/tejido_andino_intro.htm, 31 de mayo 2007.

Fong Sorribes, Roberto. *Médicos combatientes*. Editorial Oriente. Santiago de Cuba, Cuba, 2004.

Fulgueiras, José Antonio. “Gambia. El perfume de las raíces”. Editorial Pablo de la Torriente Brau. La Habana, Cuba, 2001.

Gerardo Fernández Juárez, *Kharisiris de agosto en el altiplano aymará de Bolivia*, en: www.scielo.cl/scielo, 12 de septiembre de 2006.
Idiomas de Bolivia, en: http://es.wikipedia.org/wiki/Idiomas_de_Bolivia#column-one, 18 de febrero 2007.

Inequidad de servicios de salud para indígenas en Bolivia, en: http://www.cinu.org.mx/tema/desarrollo/dessocial/salud.htm, 30 de mayo de 2007.

Información general de Bolivia, en: http://www.khainata.com/solobolivia/sp/cli.html , 28 de marzo de 2007.

Jemio Miriam, *Plaguicidas: La muerte ronda durante dos décadas*, en: http://plagbol.org.bo/prensa/blog/2007/01/15/plaguicidas_la_muerte_ronda_durante_dos_decadas,15 de enero de 2007.

JOSÉ A. DE LA OSA*, La semilla del desarrollo de la salud pública en Cuba, en:* http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/04_la_semilla_del_desarrolo.doc., 12 de diciembre de 2006.

Klein Herbert, *Historia general de Bolivia*, "Juventud". La Paz, 1987, Segunda Edición, Librería Editorial en: www.monografías.com/trabajos 15/juventud/juventud.shtml , 15 de noviembre de 2006.

La naturaleza es la riqueza del departamento, en http://www.bolivia.com/noticias/autonoticias/DetalleNoticia28780.asp, 2 de Junio de 2007.

La Prensa/ La Paz - Bolivia, *Cantidad de médicos cubanos en Bolivia ya supera el millar*, en: www.laprensa.com.bo, 13 de junio de 2006.

La Prensa / La Paz Bolivia. *Médicos cubanos atendieron a 1,8 millones de bolivianos*, en: http://www.bvsp.org.bo/sys/s2a.xic?DB=B&52=2&511=11043&522=b,16 de octubre de 2006.

La Razón/ La Paz – Bolivia www.la-razon.com/, *Epidemiología confirma 2.822 casos de dengue, en:http://saludpublica.bvsp.org.bo/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=12052&S22=b, 19 de marzo de 2007.*

La Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional comienza sus actividades en los años 80, en: http://saludambiente.bvsp.org.bo/cgi/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=7872&S22=b, 23 de diciembre de 2006.

Laura Mendoza, *Nueva donación médica de Cuba a Bolivia,* en: http://www.scielo.br/scielo.php? , 21 de julio de 2006.

Lipschutz, A. *El problema racial en la conquista de América y el mestizaje*. 1963. Santiago de Chile. Ed. Austral, p: 40-43.

Martínez Casanova, M. *La mística y la mística del horror: justificación antropológica de la guerra.* 2003. ISLAS No. 137, p: 34-44.

Medicina preventiva cubana, un referente en BOLIVIA, en: http://www.scielo.br/scielo.php? , 3 de enero de 2007.

Mate de coca, en: http://es.wikipedia.org/wiki/Mate_de_coca, 28 de marzo 2007.

*Naturaleza,*en:http://www.enjoybolivia.com/espanol/actividades/naturaleza/INTRO_ES.shtml, 31 de Mayo de 2007.

Naturaleza en Bolivia, en: http://www.bolivia-internet.com/tamandua/naturaleza.php, 31 de Mayo de 2007.

Opinion/ Cochabamba – Bolivia www.opinion.com.bo/, *La fiebre amarilla, el hanta virus, el dengue y malaria atacan en el trópico*, en: http://saludpublica.bvsp.org.bo/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=12090&S22=b, 23 de marzo de 2007.

Opinion/ La Paz - Bolivia. www.opinion.com.bo, *Más de cien plantas medicinales están registradas en Bolivia*, en: http://saludambiente.bvsp.org.bo/cgi/sys/s2a.xic?DB=B&S2=2&S11=7872&S22=b, 9 de mayo de 2007.

Organización Panamericana de la Salud, en: http://www.ops.org.bo/ambiental/proteccionydesarrollo/protesta.htm ,18 de diciembre de 2006.

Preparación de la fuerza laboral sanitaria, en: http://www.who.int/entity/whr/2006/06_chap3_es.pdf, 15 de enero de 2007.

República de Bolivia, en: http://es.wikipedia.org/wiki/Pol%C3%ADtica_de_Bolivia,10 de enero de 2007.

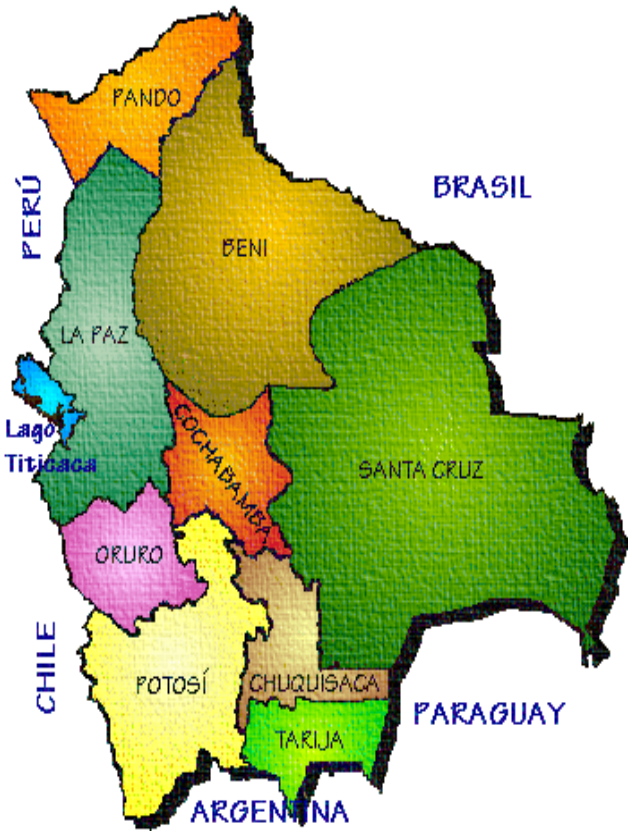
Ricardo Reverón*, Yo no sé si tenga amor la eternidad*, La Habana 17 de Abril de 2007, en: http://www.lajiribilla.cu/2002/n52_mayo/1320_52.html , 1 de junio de 2007.

Salud reproductiva en Bolivia, en: www.fhi.org/sp/RH/Pubs/Briefs/bolivia/bolabs14, 20 de abril de 2007.

Seguiremos luchando por las ideas y los sueños de Fidel, en:
http://cubasalud.blogia.com/, 29 de noviembre de 2006.

Swinge, placer, desafío y conflictos, en:
www.laprensa.com.bo/domingo/20061203/domingo02, 23 de marzo de 2007.

Anexo 1

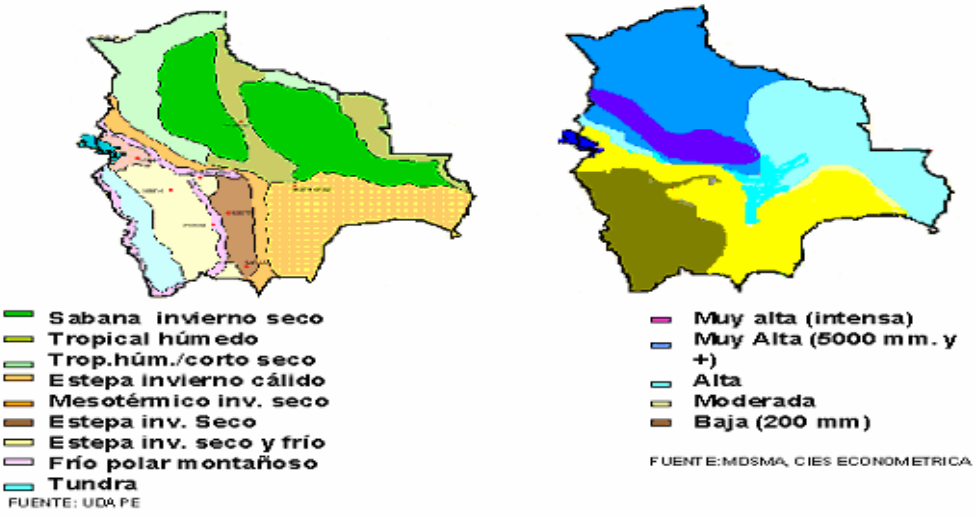


Departamentos de Bolivia.

Fronteras de Bolivia			
País	**km terrestres**	**km acuáticos**	**Total**
Argentina	471	302	773
Brasil	2.673	750	3.423
Chile	830	20	850
Paraguay	741	-	741
Perú	677	370	1.047
Total terrestre	**5.392**		
Total acuático		**1.442**	
TOTAL FRONTERA			**6.834**

Fronteras de Bolivia.

Anexo 2



Mapa climático y de precipitaciones en Bolivia.

Anexo 3

GUERRA DEL CHACO

Guerra del Chaco, conflicto bélico que desde 1932 hasta 1935 enfrentó a las repúblicas de Bolivia y Paraguay por la posesión de buena parte de la escasamente poblada región del Chaco, el llamado Chaco boreal, situado al norte del río Pilcomayo, cuya titularidad reclamaban ambos países debido a la presunta existencia de petróleo. Ésta fue la razón que también motivó el interés de ciertas compañías petroleras de otros países (como la estadounidense Standard Oil Company, con concesiones en el sur de Bolivia) y que a su vez provocó la estimulación del enfrentamiento.

CAUSAS Y DESARROLLO DE LA GUERRA

La cuestión de los límites fronterizos en la zona no había quedado solucionada de forma tajante en ninguno de los tratados limítrofes acordados al respecto durante el último tercio del siglo XIX. Privada de salida al mar tras su derrota en la guerra del Pacífico (1879-1883), Bolivia comenzó a construir en 1906 pequeños fuertes en el Chaco (también conocido genéricamente como Gran Chaco) con el objeto de acceder al río Paraguay y lograr de esa forma una vía de comunicación con el océano Atlántico, introduciéndose poco a poco en un territorio que Paraguay consideraba bajo su soberanía. Pese a la adopción de un nuevo acuerdo gracias a la mediación argentina en 1907, prorrogado en 1918, Paraguay contraatacó construyendo sus propios fuertes y, en la década de 1920, fomentó el asentamiento en la zona de menonitas canadienses (miembros de un grupo religioso protestante) con el fin de reforzar sus derechos.

En 1928 comenzaron a producirse escaramuzas esporádicas, y finalmente la guerra estalló de forma abierta si bien no declarada en julio de 1932, cuando durante la presidencia de Daniel Salamanca el Ejército boliviano atacó el fuerte paraguayo de Boquerón, erigido cuatro años antes. El gobierno paraguayo presidido por Eusebio Ayala envió al coronel José Félix Estigarribia al frente de un contingente para detener el avance enemigo. En un principio, el curso bélico

parecía decantarse del lado boliviano, que contaba con un mayor número de tropas mejor adiestradas; pero éstas, acostumbradas a un clima montañoso, tuvieron dificultades a la hora de operar en las cálidas y húmedas tierras bajas del Chaco. Sus tácticas y un mejor conocimiento del terreno, combinado con un feroz espíritu combativo, permitieron a los paraguayos hacerse con el control de casi toda la zona antes de 1935, pese a la resistencia encabezada por el general boliviano Enrique Peñaranda Castillo.

FINAL DE LA GUERRA

El 12 de junio de ese año, cuando desempeñaban las respectivas presidencias de las dos repúblicas implicadas el mencionado Ayala y el boliviano José Luis Tejada Sorzano, se alcanzó una tregua que detuvo los combates. El tratado definitivo fue redactado y firmado en Buenos Aires el 21 de julio de 1938 por las partes implicadas y por los demás participantes, en tanto que mediadores, en la Conferencia de Paz del Chaco: Estados Unidos, Chile, Perú, Brasil, Argentina y Uruguay. De acuerdo con dicho tratado, Paraguay (gobernada por el presidente Félix Paiva) pasó a ejercer su soberanía sobre el 75% de la zona en litigio, en tanto que Bolivia (cuyo presidente era Germán Busch Becerra) hizo lo propio con el territorio restante, logrando el ansiado acceso al río Paraguay, así como a la localidad paraguaya de Puerto Casado.

La más inmediata consecuencia de la guerra fue que cerca de 50.000 bolivianos y 35.000 paraguayos murieron en el transcurso de la misma. De otro lado, los dos países contendientes hubieron de hacer frente desde el mismo alcance de la tregua a la crisis económica e institucional derivada de su participación en tan sangriento conflicto.

Anexo 4

Actual presidente de la República de Bolivia. Evo Morales: líder de los cocaleros.

Anexo 5

Símbolos Patrios de la Nación Boliviana.

Bandera Nacional de Bolivia

Escudo Nacional de Bolivia.

Patujú

<Flores Nacionales de Bolivia >

Kantuta

Ave Nacional de Bolivia: Cóndor

Árbol Nacional de Bolivia:

Leguminosae

Himno Nacional de Bolivia.

Si extranjero poder algún día sojuzgar a Bolivia intentare, al destino fatal se prepare que amenaza a soberbio invasor. Que los hijos del grande Bolívar han ya mil y mil veces jurado morir antes que ver humillado de la patria el augusto pendón.

Coro

De la patria el alto nombre en glorioso esplendor conservemos y en sus aras de nuevo juremos. ¡Morir antes que esclavos vivir!

Bolivianos: el hado propicio coronó nuestros votos y anhelo; es ya libre, ya libre este suelo, ya cesó su servil condición. Al estruendo marcial que ayer fuera y al clamor de la guerra horroroso siguen hoy, en contraste armonioso, dulces himnos de paz y de unión.

II

Loor eterno a los bravos guerreros, cuyo heroico valor y firmeza conquistaron las glorias que empieza hoy Bolivia feliz a gozar. Que sus nombres el mármol y el bronce a remotas edades trasmitan y en sonoros cantares repitan: Libertad, libertad, libertad.

III

Aquí alzó la justicia su trono que la vil opresión desconoce, y en su timbre glorioso le goce libertad, libertad, libertad. Esta tierra inocente y hermosa que ha debido a Bolívar su nombre es la patria feliz donde el hombre goza el bien de la dicha y la paz.

Escarapela de Bolivia. Emblema que simboliza los colores patrios Rojo, Amarillo y Verde, y es portado como representación individual, en eventos patrios, deportivos, educativos e internacionales.

Anexo 6

CASOS NOTIFICADOS HASTA LA SEMANA 44			CASOS CONFIRMADOS HASTA LA SEMANA 44		
No.	CASOS	NOTIFICADOS	CONFIRMADOS		FALLECIDOS
1	Sarampión - Rubeóla	133	Sarampión Rubeóla	3	
2	Tos ferina	15		2	
3	Difteria	0			
4	Parálisis Flácida Aguda	25			
5	Fiebre Amarilla	79		15	11
6	Dengue Clásico	1698		545	
7	Dengue Hemorrágico	3		1	1
8	Enfermedad por Hanta Virus	74		31	11
9	Fiebre Hemorrágica Boliviana	13		1	1
10	Peste	0			
11	Meningitis Meningocócica	2			
12	Cólera	3			
13	Rabia Humana	4	Rabia Canina	572	
			Rabia Humana	2	1
			Rabia Felina	10	
14	Personas mordidas por animal sospechoso de Rabia	18810			

Reporte acumulado de casos sospechosos y confirmados en Bolivia. Año 2006.

Anexo 7

Principales problemas de salud. Bolivia-2002.

Del grupo materno infantil.

- Altas tasas de Fecundidad.
- Altas tasas de mortalidad infantil con predominio neonatal, en gran proporción por causas evitables.
- Altas tasas de mortalidad materna en gran proporción por causas evitables.
- Desnutrición Infantil.

En grupos de población excluidas.

- Mayor riesgo de enfermedad y muerte en poblaciones indígenas, campesinas, originarias y población pobre, principalmente en las zonas rurales y peri urbanas.
- Discriminación de la mujer.
- Importante proporción de población joven y adolescente que no esta cubierta por atención integral de salud.

Enfermedades transmisibles.

- Alta incidencia de Tuberculosis.
- Alta prevalencia de enfermedad de Chagas.
- Riesgo de incremento de casos de Malaria.
- Riesgo de brotes de Dengue Hemorrágico.
- Incremento de casos de ITS, VIH - SIDA.
- Alta incidencia de enfermedades de origen hídrico transmitidas por alimentos.
- Persistencia de casos de rabia humana y otras zoonosis (fiebre aftosa).
- Focos de Leishmaniasis en determinadas zonas del territorio nacional.
- Persistencia de la lepra como problema de salud pública.

- Necesidad de conocer el comportamiento de ciertas enfermedades, tales como la neurocisticercosis, parasitosis intestinales como la fasciolasis, la peste, la fiebre hemorrágica, entre otras.

Enfermedades no transmisibles.

- Alto riesgo de muerte por cáncer de cuello uterino.
- Alta prevalencia de Diabetes Tipo II.
- Alta prevalencia de Hipertensión Arterial.
- Alta prevalencia de Obesidad.
- Alto riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.
- Elevado riesgo de exposición a radiación ultravioleta y sus efectos sobre la salud.

Estilos de vida y comportamientos.

- Alta prevalencia de violencia intrafamiliar y doméstica.
- Maltrato infantil.
- Alto riesgo de mortalidad por accidentes de tránsito.
- Alta frecuencia de consumo de alcohol.
- Incremento en el consumo de cigarrillos principalmente en jóvenes.
- Incremento en la prevalencia de consumo de sustancias sicoactivas.

Relacionados con la gestión del sistema de salud.

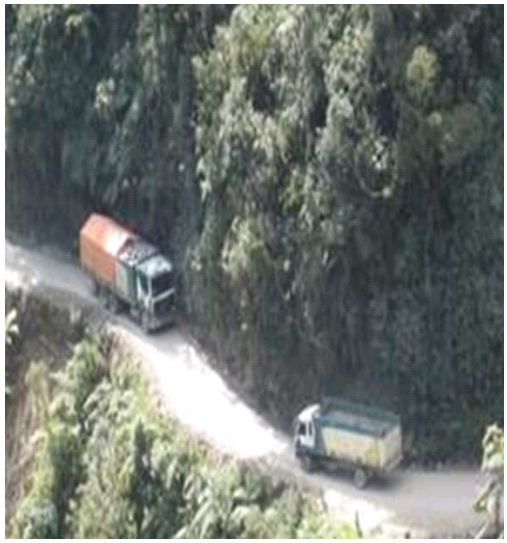
- Limitada capacidad de análisis de la situación de salud y vigilancia de la salud pública e investigación.
- Insuficiente implantación de políticas, programas y procesos de promoción de la salud y participación popular.
- Fiscalización y control de la autoridad sanitaria en todos los niveles del sistema, requiere mayor énfasis.
- Acceso inequitativo a los servicios de salud y necesidad de articulación de la red de servicios de salud.

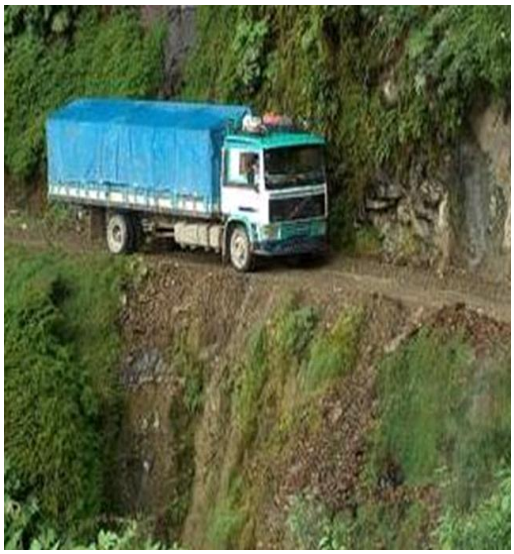
- Débil capacidad de gestión y desarrollo del recurso humano vinculado al sector.
- Poca capacidad para asegurar la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios.
- Incipiente capacidad en la preparación para la reducción del impacto de las emergencias y desastres.
- Dificultades para una óptima disponibilidad y accesibilidad a medicamentos esenciales.
- Debilidad en la implementación de políticas de atención integral a la mujer, principalmente en salud sexual reproductiva.
- Escaso conocimiento de la situación de salud de los trabajadores y necesidad de definir políticas y programas.
- Escaso conocimiento de la situación de salud de los ancianos y necesidad de fortalecer el Seguro Gratuito de Vejez.
- Baja cobertura de Saneamiento Básico y ambiental.
- Dificultad financiera para mantener las altas coberturas de vacunación.
- Insuficiente disponibilidad de sangre segura.
- Limitada capacidad de acceso a la información de salud y de gestión del conocimiento científico.

Anexo 8

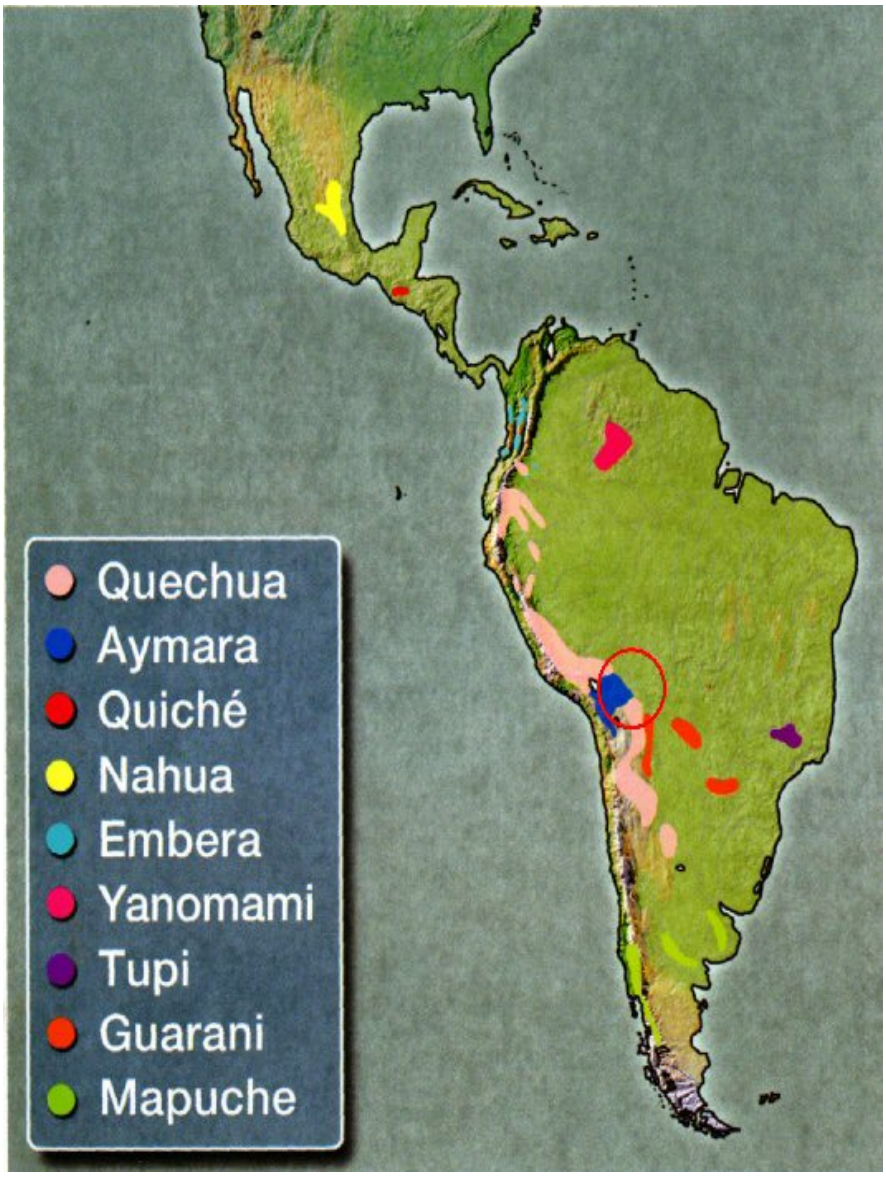
Lugares donde viven algunos de nuestros médicos cubanos.

Riesgos que pueden correr nuestros galenos.





Anexos 9



Además del español, otras lenguas que se hablan en Bolivia

Anexo 10

Algunos instrumentos musicales prehispánicos de Bolivia.

Tarka

Quena

Toyo

Siku jujeño o Zampoña

Charango

Anexo 11

Trajes tradicionales de Bolivia.

Anexo 12

Tradiciones bolivianas de origen incaicas que se han mezclado con las tradiciones importadas por los españoles desde el siglo XV.

Carnaval de Oruro.

Entrada universitaria

<u>Moreno:</u> propio de las danzas bolivianas.

Todos Santos 1

Tejidos andinos

Alasitas y Ekeko

Anexo 13

Ofrenda a la Madre-Tierra. ”Pachamama”

Anexo 14

Glosario de términos médicos y de mayor utilidad para los colaboradores cubanos

Castellano	Quechua	Aymara
	A	
Abuelo	Awicho	Achachila
Agua	Uma	Uma
Ahora	Kunan	Jica
Ají	Uchu	Waícha
Aliento	Samay	Serna
Amigo	Khochu	Kochu
A la casada	Khariyuxman	Chachaniru
Al casado	Warmiyuxman	Waiwiniru
Al dueño de los animales	Uywayuxman	Uymaniru
Al padre del hijo o hija	Wawayuxman	Wawaniru
Al pueblerino	Yaxyujman	Markaniru
	B	
Baño	Tuyuna	Unthuña
Barriga	Wijgsa	Puraca
Boca	Simi	Laca
Brazo, mano	Maqui	Ampara
	C	
Cabello	Chujcha	Ñicuta
Cabeza	Uma	Pek'e
Carne	Aycha	Aycha
Canasta	Walay	Sapha
Cebo	Wira	Luk'i
Corazón	Sunccu	Chuyma
Costilla	Uactta	Jarapi
Cuchara	Wislla	Wislla
Cuello	Cunca	Cunca
Curandero	Jampiri	Kolliri
	D	
Débil	Llauchi	Jlgrnalacbi
Dentro de un rato	Uj ratumantawam	Ucampiro
De donde viene	Maytamanta jamun	Kawkita juthi
Desde allí	Jaqaymanta pacba	Khurita pacha
Desde ayer	Qaynamanta	Masuruta
Desde hace rato	N'aqpitamanta	Nixrata
Desde Oruro	Urumanta pacha	Ururuta pacha
Diente	Qiru	Lacacchaca

	E	
En el frío	Mayupi	Jawirana
En la fiesta	Kusikuypi	Kusisiwina
En la montaña	Urquchakipi	Qulluna
En la casa	Wasipi	Utama
En tu casa	Wasiykipi	Utamana
Excremento	Aca	Yacca
	F	
Fatiga	Saicusca	Ccariña
Fuego	Nina	Nina
Fuerza	kallpa	Chama
	G	
Garganta	Tuncuri	Mallka
Gorro	Lluchu	Lluch'u
	H	
Hambre	Yarccai	Auti
Hermana	Ñaña	Cullaca
Hermano	Wawqe	jila
Hija	Ususi	Pfucha
Hijo	Churi	Yuka
Hipo	Jipu	Jicu
Hilo	K'aytu	Ch'anca
Hueso	Tullu	Chaka
	I	
Ingle	Chilla	Characucho
	J	
	K	
	L	
Lágrima	Wacai	Jacha
Leche	Iñi	Millk'i
Lengua	Kailu	Lajra
	M	
Madre	Mama	Taica
Maíz	Sara	Tonco
Mañana	K'aya	Kharuru Khara
Marido	Kusa	Chacha
Médico	Jampey	Kolliri
Mesa	Churana	Uchañataqui
Miel	Mis'ki	Mis'ki
Muerto	Uañusca	Jiguata
Mujer	Huarmi	Huarmi
	N	
Nariz	Sinca	Nasa

Nervio	Anku	Anku
Nieto	Alichhi	Alichhi
	Ñ	
	O	
Ojo	Ñanui	Naira
Oreja	Ningri	Jinchu
Orina	Yspay	Chuju
	P	
Padre	Tata	Tata
Pan	T’anta	Tanta
Pantorrilla	Thusu	Tusu
Pañal	Jananta	Jamacora
Papa	Papa	Cho’oke
Pie	Chaqui	Cayu
Piel	Qara	Lip’ ichi
Pierna	Pfaca	Chara
Puerta	Punku	Puncu
Pulgar	Rukhu ruk’ana	Mama ruk’ana
Pupila	Ñawi luru	Nayra luru
Plato	Chuwa	Chuwa
	Q	
	R	
Raza negra	Yana runa	Ch’iyara papi
Rodilla	Ccuncun	Cconcuri
	S	
Sangre	Yahuar	Huila
Saliva	Tukai	Thusa
Sebo, gordura	Uira	Liki
Serpiente	Katari	Asiru
Sesos	Ñujtu	Lijui
Silla	Tiyana	Chucuña
Sudor	Jumpi	Jumpi
	T	
Tripa Intestinos	Chunchuli	Jipilla
	U	
Uña	Sillu	Sillu
	V	
Vaca	Waca	Waca
Vaso	Mathi	Wampara
Vena	Suka	Sirk’a
Vomitar	Kutichina	Kutiyaña
	W	
	X	

	Y	
	Z	

Anexo 15

Guía de entrevista

Compañero (a)

El centro de estudios Comunitarios de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas se encuentra realizando un estudio dirigido a facilitar un grupo de informaciones y conocimientos socioculturales que favorezcan el trabajo del personal médico -sanitario cubano que sale a cumplir a cumplir misión en otros países hermanos y donde el desconocimiento de ciertos elementos de su cultura pueden dificultar el mejor desempeño del trabajo que estos deberán desempeñar.

Ud, que ha tenido la experiencia de haber cumplido tareas como colaborador en el exterior en este campo, ha sido seleccionado para contribuir a recopilar una parte importante, vivencial, de esos conocimientos y puntos de vista que ha asumido como parte de dicha experiencia.

Necesitamos entonces, y agradeciéndole de antemano su colaboración y la dedicación de su precioso tiempo, que colabore con nuestra tarea reflexionando sobre un grupo de aspectos que consideramos importantes y sobre aquellos que usted considere de interés.

¡Muchas Gracias!

Aspectos Socioculturales de interés.

- Vocabulario operativo (qué palabras vinculadas a su área de trabajo considera que son importantes conocer para los nuevos colaboradores para realizar mejor su función en el país donde UD colaboro?
- Supersticiones y religiosidad.
- Tabúes.
- Normas de comportamiento médico –sanitarias.
- Principales dolencias y padecimientos.
- Tradiciones alimentarias.

- Producción tradicional.
- Figuras comunitarias de interés médico –sanitario.
- Aspectos naturales y medioambientales de interés.
- Estructura político-administrativa e institucionalidad de la salud.
- Experiencias personales de interés.
- Aspectos de protección personal.
- Otros de interés que Ud considere.

¡Muchas Gracias!

Anexo 16

Relación de informantes

Nombres y apellidos: Antonio Ariel González-Aramayo.

Número de Identidad: 87041737300.

Dirección particular: Departamento de Oruro. (Minero).

Graduado de y año: Estudiante de 2do año de psicología.

Idioma: Español

Nombre y apellidos: Yamil Gopal Benítez.

Número de Identidad: 77061014524

Dirección particular. Calle Felino Rodríguez ··No 6 localidad Iguará municipio Yaguajay provincia Sancti –Spiritus.

Graduado de y año: Doctor en ciencias medicas en el año 2003.

Centro de graduación. F.C.M. Faustino Pérez de Sancti- Spíritus.

Especialidad. Médico General Integral. **Misiones**: Realizadas tres misiones.

Lugares: Venezuela, Guatemala y Boliva.

Tiempos: Venezuela 1 año y 5 meses, Guatemala 1 mes y 15 días, Bolivia 6 meses y continúa en esta misión.

Tareas realizadas: Atención gratuita a todas las personas sin distinción de raza, sexo, nivel social. La Misión Milagro donde ha captado más de 200 pacientes, los cuales han sido operados recuperando su visión. Ha salvado 9 vidas incluyendo dos menores de 1 año. Ha participado en la misión educativa “Yo si puedo”, en la cual se le dio la tarea de poner paneles solares y buscar los facilitadores para librar a Bolivia de analfabetos.