

# DIAGNÓSTICO DE GÉNERO: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD OCULAR DE LA PROVINCIA DE INHAMBANE



## Un diagnóstico de:

### **Dr. Guillermo Martínez-Pérez**

Fac. Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, España  
African Women's Research Observatory (AfWORO), España

### **Lic. Lara de Sousa**

African Women's Research Observatory (AfWORO), España

### **Dr. Brigitte Bagnol**

Dept. Antropología, Universidad de Witwatersrand, Johannesburgo, Sudáfrica

## Un trabajo de:



## Comisionado por:



**Ojos del Mundo (OdM)** ha trabajado desde el año 2002, en colaboración con la Dirección Provincial de Salud (DPS) de la Provincia de Inhambane, en la prevención de ceguera por causas evitables en Mozambique. La catarata es la mayor causa de ceguera evitable en Mozambique, y afecta a más mujeres que hombres. En 2016, un estudio transversal de prevalencia de ceguera reveló cómo un tercio (33.0%) de la población en Inhambane no percibe la cirugía de cataratas como necesaria. En una sociedad tradicional en la que la pobreza afecta especialmente a las mujeres, éstas tienen múltiples barreras para acceder a los servicios de salud ocular (SSO), lo que se traduce en una infrautilización de cirugía de cataratas.

Debido a la ausencia de datos para entender cómo normas, roles y valores de género afectan al uso y beneficio de los SSO por parte de las mujeres, OdM comisionó un **Diagnóstico de Género** con el objetivo de identificar las barreras que inciden negativamente en la presencia de las mujeres en los SSO en la provincia de Inhambane. Para su realización, en coherencia con los enfoques de transversalización de género, el equipo consultor propuso una **metodología de trabajo etnográfica**. Entre Enero y Marzo de 2019, un equipo formado por un historiador, una antropóloga y dos guías locales realizaron grupos de discusión, entrevistas en profundidad, y conversaciones informales durante actividades de observación participante en ámbitos comunitarios y sanitarios de los distritos de Inhambane, Funhalouro, Homoine, Jangamo, Massinga, Maxixe, Panda, e Vilankulo. Se entrevistaron beneficiarios de SSO (pacientes, cuidadores, personas ciegas, etc.), prestadores de servicios de salud (ópticos, técnicos de oftalmología, enfermeros, etc.), promotores del derecho a la salud ocular (staff de ONGs, etc.) y responsables del gobierno. Del total de 179 informantes clave accedidos, 65 (44 de ellos mujeres) participaron en entrevistas individuales, y 114 (83 mujeres) en grupos de discusión.

## **Resultados - Parte A] Mapa de Normas y Valores de Género Tradicionales**

***Roles reproductivos*** – En Inhambane, tradicionalmente, la mujer debe asegurar las necesidades de alimentación y limpieza diarias del hogar. Desde la infancia, las mujeres son instruidas a ser *'sumisas'* y a cuidar del hombre y su familia. La baja escolarización de la mujer fomenta que esos roles no se desafíen.

A la mujer se le responsabiliza de la atención a los enfermos. Cuando algún integrante de la familia enferma, ellas deben conseguir medicamentos o remedios caseros, llevarlo al familiar al médico tradicional (*curandeiro*) o al centro de salud, o, si fuese necesaria una hospitalización, quedarse como acompañante. La mujer ejecuta los cuidados, pero es el hombre del que se espera tome decisiones relevantes sobre tratamientos, hospitalizaciones y cirugías.

El hombre es considerado el proveedor de seguridad, tierra, alojamiento, y medios financieros para el hogar. Los hombres aprenden, desde la infancia, a ser responsables de la continuidad de la vida. Tienen presión reproductiva, lo que incide en la aceptación social de las relaciones poligámicas y en el recelo a la planificación familiar. Para no quebrar esas expectativas reproductivas, las mujeres sienten presión para aceptar tener relaciones sexuales con el hombre siempre que este lo decida.

***Roles productivos*** – Para garantizar las necesidades diarias del hogar, las mujeres cultivan la huerta (*machamba*), buscan agua, y preparan leña y carbón. Los hombres pueden ayudar en la *machamba*, recolectar mango o anacardo (*cajú*), y cortar madera para construcción o venta. Las mujeres cuidan de las gallinas y guineas. Los hombres de las cabras y el ganado. Ellos cazan animales grandes, y ellas pequeños animales. En la costa, los hombres se adentran en el

mar y pescan en grupo, con grandes redes. Ellas pescan calamar y crustáceos cerca de la orilla. Ellos, después del trabajo, pueden optar por volver a casa a descansar, o por ir a la comunidad a socializar con otros hombres. Las mujeres, tras la machamba, antes de volver a casa a cocinar y limpiar, van al mercado a vender cualquier excedente agrícola e intentar conseguir algún pequeño ingreso.

***Roles comunitarios y políticos*** – En las comunidades rurales, las mujeres en realizan actividades cerca del hogar para las que no es necesario que hayan recibido una educación formal. Ellas limpian las calles, cocinan en las ceremonias comunitarias, y se ayudan entre sí para el cuidado de niños y mayores. Los hombres realizan tareas más técnicas, de mayor reconocimiento social, y en espacios más alejados del hogar. Ellos participan de la delimitación de tierras, organizan entierros y lavan los cuerpos de los difuntos, ayudan en la construcción de casas, y son invitados a encuentros con visitantes de ONGs y del Gobierno.

Como consecuencia de una legislación favorecedora del acceso de la mujer a órganos de participación comunitaria en condiciones de igualdad, Mozambique ha visto un aumento progresivo de mujeres lideresas tradicionales (*regulas*), secretarías de barrio, o integrantes en comités de gestión de recursos comunitarios. Las autoridades sensibilizan a las mujeres y sus comunidades sobre su derecho de postularse, o de ser nominadas, a cargos representativos en plataformas de tomas de decisiones a nivel comunitario. No obstante, hay mujeres que no aceptan ser propuestas para ocupar posiciones de liderazgo, sea por falta de educación e información, sea por miedo a ser hechizadas (*enfeitçadas*) si no toman las decisiones correctas, sea porque les hacen sentirse inferiores a los hombres, sea porque las comunidades y las instituciones tienden a culpar más a las mujeres que a los hombres líderes que no cumplen con sus expectativas.

***Acceso, uso y control de recursos*** – Mujeres y hombres tienen acceso a las tierras comunales para cultivo y construcción. El acceso no implica igualdad en su control. La herencia de la tierra es patrilineal. Los conflictos comunitarios por la generación de excedentes de la *machamba* son frecuentes. Las mujeres dependen de esos excedentes para poder generar pequeños ingresos.

Los hombres, en general, controlan los gastos no domésticos. Ellos invierten en negocios, construcción, transporte y educación. Ellas en jabón, leña, alimentos, ropa y abrigo. Son frecuentes los conflictos conyugales por el uso del dinero. Tradicionalmente, los hombres gestionan los recursos financieros del hogar. A mayor acceso de las mujeres a la participación en sistemas de préstamo y ahorro comunitario (*xitiques*) o de microcréditos, o como empleadas en el mercado laboral privado o público, mayor autosuficiencia económica y menor dependencia del hombre. Pero algunos hombres prohíben a sus esposas que acepten trabajos para no perder ni el control sobre ellas ni su status como *‘proveedor del hogar’*.

En agregados donde las mujeres han ido a la escuela, estas diferencias en la gestión de los recursos financieros no son tan acentuadas. Pero el acceso y uso de recursos educativos es un desafío para muchas niñas. Las familias con pocos recursos priorizan la escolarización de sus niños porque sus niñas, en un futuro, serán entregadas a sus maridos (loboladas) y dejarán de contribuir al hogar materno. Las niñas que continúan escolarizadas hasta la educación secundaria deben hacer frente al riesgo de sufrir acoso sexual, infección temprana por VIH, y quedarse embarazadas.

## **Resultados - Parte B] La Salud Ocular**

***Recursos disponibles*** – Hay SSO en Chiquique, Inhambane, Massinga, Vilankulo, y Zavala. Las cirugías de cataratas sólo son realizadas de forma rutinaria en Inhambane. Hay ópticas en los hospitales de Vilankulo e

Inhambane, la del primero siendo autogestionada por una asociación de mujeres local, y la segunda por el propio hospital. Todas las unidades sanitarias tienen farmacia pública, aunque los fármacos oftalmológicos suelen estar accesibles sólo en farmacias privadas debido a su ausencia del catálogo de medicamentos esenciales del Gobierno. En las comunidades, los centros de salud se apoyan en una red de agentes polivalentes elementales (APE) y de matronas tradicionales (*parteiras*). En todas las comunidades hay médicos tradicionales (*curandeiros*) que suelen ser el primer punto de acceso a la salud ocular para muchos pacientes, aunque –debido a las críticas vertidas hacia los *curandeiros* por los sanitarios y las congregaciones cristianas y musulmanas– muchos pacientes no revelan haber empleado medicina tradicional cuando finalmente acuden a los SSO.

**Problemas específicos de las mujeres** – En la actualidad, muchas mujeres encuentran problemas para recibir respuesta adecuada a sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Las mujeres seropositivas al VIH sufren más barreras para iniciar y adherirse al tratamiento antiretroviral que los hombres. La autonomía como pacientes de las mujeres no es siempre respetada. Cuando solicitan un aborto, una ligadura de trompas, o anticoncepción, a muchas se les exige que vuelvan a consulta en compañía de sus parejas. Según algunos trabajadores sanitarios, para evitar ‘*casos de violencia doméstica*’ como resultado del descubrimiento por parte de la pareja del uso encubierto de este tipo de intervenciones por parte de la mujer. Algunas niñas adolescentes sí tienen acceso a planificación familiar, que no siempre es facilitado acompañado de información en prevención de infecciones de transmisión sexual.

**Etiología de la pérdida de visión** – Según el personal sanitario, pocos pacientes establecen asociación entre sus problemas oculares con infecciones (tracoma, coinfección con VIH), enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión), u otras causas (errores de refracción). Predominan las siguientes creencias:

- i) **La vejez** . Cuando se cree que ésta es la causa de la pérdida de visión, no se suele solicitar ayuda a los SSO. En parte por considerarse consecuencia ‘*natural*’ del fin de la vida. En parte, por evitar lo que se percibe como un ‘*mal trato*’ hacia los mayores por parte del personal de salud.
- ii) **Motivos sobrenaturales** (*feitico*, espíritus). Cuando se cree ésta puede ser la causa de la pérdida visual, se pide ayuda a los *curandeiros*. Muchos *curandeiros* fueron formados por Odm en protocolos de derivación a los SSO, pero aún muchos tratan problemas de los ojos con remedios tradicionales (ej. polvo de hueso calamar). De forma esporádica, aparecen en los SSO pacientes con úlceras corneales y otras complicaciones derivadas del uso de remedios tradicionales.
- iii) **La vida diaria**. Algunas mujeres se quejan de problemas de ojos por estar todo el día expuestas al sol, al calor del fogón, y al polvo de la *machamba*. Algunos sanitarios mencionaron ver mujeres con problemas causados por cuerpos extraños –incluido pequeños insectos, irritaciones, o xeroftalmia como consecuencia del trabajo en la *machamba*.

Las estrategias de **prevención de ceguera** no diferencian entre hombres y mujeres pero, por el tipo de lugares en los que han tenido lugar (comunidades y centros de salud), sí favorecen la educación y movilización de las mujeres. Algunas actividades de prevención (p.ej. grupos teatrales) intentan directamente promocionar la demanda de los SSO por parte de las mujeres, pero no desde un enfoque de igualdad de derechos a la salud. Los grupos en riesgo ocupacional (carpinteros, soldadores), que son predominantemente masculinos, son ignorados.

En los SSO se pierden oportunidades de prevenir casos de ceguera por causas evitables. No se realiza *triage* de salud ocular a los acompañantes de los

pacientes con deficiencias visuales. Y otros servicios médicos no recomiendan *triage* ocular a los pacientes con patologías crónicas (VIH, diabetes).

***Barreras de acceso a los SSO*** – La pobreza, los ocasionales conflictos con la RENAMO en el norte de la provincia, las carencias de infraestructuras sanitarias y de transporte, la falta de conocimiento sobre la etiología de la pérdida de visión, la preferencia por los *curandeiros*, las dificultades para derivar pacientes a los SSO, inciden en una infrautilización de los SSO.

Existen personas que, aun conociendo la existencia de los SSO, rechazan la posibilidad de ser operados de cataratas. Mujeres y hombres tienen miedo a los riesgos de la cirugía. Pero el miedo no afecta la toma de decisiones por igual. Los hombres saben que serían cuidados después de la cirugía si ésta saliese mal. Las mujeres temen dejar de ser capaces de continuar desempeñando sus roles tradicionales y así, al perder valor para sus familiares, no ser cuidadas por estos.

La pobreza es el gran factor estructural. Los sanitarios no pueden hacer uso del transporte sanitario para trasladar a pacientes de cataratas, por muy avanzado que sea el caso y por mucha falta de medios financieros y de transporte que sufra la persona. La oferta de transporte público es limitada. Y cara. Los pacientes también deben contar con recursos para poder comer y, tal vez, dormir fuera de casa cuando acuden a los SSO. Los sanitarios culpan a los hombres por la falta de recursos de las mujeres, y por no tener la voluntad de cuidar de las casas o los niños cuando éstas van a los SSO. Pero algunos informantes defendieron que sí hay hombres que ayudan a las mujeres, e insistieron que, aparte de que sí se comparten roles domésticos, la pobreza extrema afecta a los hombres también.

***Víctimas de discriminación*** – Las mujeres albinas y ciegas sufren más discriminación que los hombres. La discriminación puede ser sutil (dudas sobre sus capacidades como madres o trabajadoras). Sus derechos sexuales pueden ser vulnerados (violaciones, agresiones domésticas). Las mujeres mayores ciegas tienen más riesgo de ser abandonadas o de no ser cuidadas que los hombres. Sus esposos pueden optar por conseguir una mujer más joven para asegurarse la continuidad de los cuidados del hogar. Los y las albinas, sin ser ciegos/os, sufren estigma por su apariencia física y por mitos en relación a sus '*poderes mágicos*'.

***Diferencias de trato*** – No hay diferencias en cuanto a la aplicación de protocolos de cuidados oftalmológicos. En los SSOs se dan varias consultas al mismo tiempo. La falta de privacidad la sufren hombres y mujeres, y afecta la anamnesis, la entrevista y recogida de datos antes de la exploración visual, y la comunicación del diagnóstico y recomendaciones de cuidados.

Sí hay diferencias en cuanto a la percepción por parte de los sanitarios de los hombres y las mujeres como pacientes en cuanto a su habilidad de transmitir sus motivos de consulta o de entender las recomendaciones terapéuticas. En ocasiones, los sanitarios describen a los pacientes como personas '*del bosque*', asumiendo que –especialmente las mujeres– no pueden entender las explicaciones médicas ni tener una opinión informada. La comunicación a los pacientes es directiva, paternalista, y tacaña en información útil.

Los sanitarios huyen de la exploración de factores de género o sociales que puedan entorpecer el proceso de cuidados ocular. Más aún, pueden incidir en la perpetuación de roles dañinos para las mujeres, al responsabilizarlas de los cuidados y, por ende, de las complicaciones no esperadas en los procesos patológicos, sobre todo en los niños. Los sanitarios son los primeros que promueven que los pacientes que requieran cirugía y hospitalización sean acompañados por mujeres y que sean los hombres –sobre todo cuando los pacientes son menores– los que deban, como autoridad en el hogar, dar el

consentimiento para las intervenciones quirúrgicas. Los hombres no reemplazan a sus mujeres en la ejecución de las tareas domésticas o de crianza durante el tiempo que ellas permanecen en el hospital, sea como pacientes o acompañantes. Así, es frecuente la solicitud de alta voluntaria por las mujeres.

Más allá de las SSO, hay otros problemas de trato en las instituciones sanitarias que sufren tanto hombres como mujeres. Estos problemas están en relación a la corrupción por parte del personal sanitario. O en relación a la omisión de cuidados (negando el desayuno a los acompañantes de los hospitalizados, omitiendo información sobre el diagnóstico o tratamiento, no atendiendo a los pacientes el día que éstos tienen cita después de haber cruzado la provincia para llegar al hospital) o al mal cuidado (gritos, reprimendas por haber ido al *curandeiro*, comunicar diagnóstico a un paciente delante de otros pacientes, mandar al *curandeiro* o a la *igreja* por no saber dar respuesta médica apropiada) por parte del personal sanitario. Son estos incidentes, descritos como comunes, los que promueven que haya pacientes que prefieran ir al *curandeiro* en busca de una experiencia sanitaria más respetuosa e integral. Los trabajadores de la Direção Provincial de Saúde admiten que este tipo de trato al paciente existe.

### **30 Recomendaciones a autoridades sanitarias para mejora del acceso a los SSO**

1. Ofrecer, en igualdad de condiciones a hombres y mujeres, las actividades de promoción de la salud ocular, prevención de patología ocular, y prestación de servicios óptico-oftalmológicos, priorizando el acceso a los colectivos que por motivos socio-económicos y culturales sean más vulnerables a la ceguera.
2. Establecer indicadores de proceso y resultados que, independientemente del sexo de los pacientes, atiendan a criterios de vulnerabilidad en intersección con el género y que incidan en aumento de demanda, acceso y beneficio de las prestaciones ofertadas en los SSO.
3. Reforzar la capacitación en transversalización de enfoques de género al personal SSO con medidas de acompañamiento continuo virtual (Learning) y presencial (punto focal de género) que guíen e incentiven la aplicación en la práctica clínica y preventiva de los principios de igualdad de género.
4. Proponer, de forma participativa, un paquete de medidas de mejora del trato clínico y psicosocial a usuarios de los SSO para aumentar su satisfacción y, como resultado, su adherencia a cuidados oftalmológicos, y monitorizar su cumplimiento con la ayuda de auditores o inspectores externos a los SSO.
5. Optimizar los sistemas de quejas y sugerencias de los pacientes para poder actuar sobre rumores y miedos sobre la cirugía de cataratas y dar respuesta a pacientes que hayan sufrido corrupción, no hayan sido atendidos el día de su cita, se les haya negado información sobre su proceso, o que hayan salido de los SSO insatisfechos por el trato recibido por el personal sanitario.
6. Minimizar el riesgo de que la *'fatiga'* del paciente y cuidador causada por su insatisfacción con la calidad y gestión de los SSO termine en su recurso a la medicina tradicional, mediante la optimización de procedimientos y protocolos ya existentes (protocolos de derivación, flujo de pacientes, sistema de citas, seguimiento de pacientes en lista de espera para cirugía, etc.).
7. Fomentar en el personal de los SSO, por encima del respeto a normas de género tradicionales dañinas para las mujeres, una actitud favorable a la defensa de derechos del paciente y a la denuncia de los hombres que infringen los derechos de las mujeres impidiendo su acceso a los SSO.

8. Ofrecer al personal SSO formación en legislación vigente, para mejor integrar en su praxis clínica el respeto a la autonomía de la mujer paciente o cuidadora quien, salvo en supuestos que indique la ley, no precisa de la presencia de un hombre para recibir información o dar consentimiento a intervenciones terapéuticas (cirugía), para ella o las personas a su cargo.
9. Establecer mecanismos de coordinación inmediata entre los SSO y la policía, servicios jurídicos y acción social para actuar siempre que se detecte un niño/a, mujer o mayor que no pueda acceder a cirugía de cataratas u otras intervenciones oftalmológicas por falta de autorización de los hombres.
10. Cambiar protocolos de derivación y actuación, y tratar la ceguera por causas evitables como una emergencia médica, para evitar nuevos casos de personas ciegas que puedan sufrir discriminación a distintos niveles así como violación de sus derechos sanitarios, sexuales y reproductivos.
11. Acabar con el analfabetismo oftalmológico para ayudar a la población a reconocer factores de riesgo para la salud ocular, factores que puedan agravar el pronóstico de las patologías no tratadas, evidencia de que la ceguera no es causa de *'feiticaria'*, dando explicaciones sobre las etiología y fisiopatología de la pérdida de visión, sin distinguir entre hombres y mujeres, salvo cuando haya datos epidemiológicos que indiquen que un grupo de sexo es más vulnerable que el otro a padecer una determinada patología ocular.
12. Mejorar el sistema de información de las SSO para poder incorporar variables de vulnerabilidad que interseccionan con el género y así poder priorizar qué pacientes tratar de forma urgente, qué pacientes tienen riesgo de rechazar cirugía de cataratas, o de no adherir a cuidados recomendados.
13. Atender a sólo un paciente a la vez, sea hombre o mujer, para poder garantizar un ambiente de privacidad y confidencialidad en el que el proceso de valoración, diagnóstico y terapéutico se pueda dar con calidad.
14. Establecer, en coordinación con otros departamentos clínicos, protocolos de cribado rutinario de pacientes con patologías crónicas con posible manifestación ocular (VIH, diabetes, tuberculosos).
15. Establecer en los SSO protocolos internos de cribado de salud visual de acompañantes de usuarios de consultas externas, cirugía y hospitalización.
16. Realizar ejercicios de autoidentificación de comportamientos, prácticas, y expresiones habituales del personal SSO que contribuyan a perpetuar normas de género dañinos para los más vulnerables (ej. presión sobre las mujeres para que prioricen el cuidado de hijos y esposos a su autocuidado).
17. Formar al personal SSO en técnicas de comunicación interprofesional e interpersonal, para controlar sesgos de género implícitos, mejorar conciencia de cómo ellas/os son modelos de comportamiento para los usuarios de los SSO, y evitar así que éstos vean en ellos una justificación a la dispensación de un trato diferente a las mujeres, sean pacientes o profesionales sanitarios.
18. Organizar encuentros, de puertas abiertas, en los espacios sanitarios, para reflexionar críticamente sobre las causas que motivan a la población a preferir recurrir a la medicina tradicional así como sobre las barreras institucionales y profesionales para la prestación de cuidados holísticos, con énfasis psicosocial y educativo, a los pacientes oftalmológicos.
19. Integrar, en cualquier campaña o formación diseñada para desincentivar el uso de la medicina tradicional, advertencia sobre nuevas formas de búsqueda

- de atención a la salud (iglesias evangélicas, profetas) que también incida en un retraso de aparición de pacientes en riesgo de ceguera en los SSO.
20. Hacer a los médicos tradicionales partícipes de actividades de promoción de salud ocular y prevención de ceguera, mediante la capacitación de los médicos tradicionales, junto a matronas y agentes polivalentes, en higiene, saneamiento, nutrición, cuidados a afecciones leves de los ojos, derivación directa a los SSO.
  21. Hacer a los médicos tradicionales partícipes de actividades de diagnóstico y atención precoz de patología ocular mediante la organización de visitas conjuntas con los agentes polivalentes elementares o mediante la organización de estadías de médicos tradicionales en los SSO.
  22. Divulgar datos epidemiológicos de patología ocular e historias de padres de familia que narren cómo el acceso de las mujeres a cirugía de cataratas incide en mejora de posibilidades de desarrollo socioeconómico de las familias y las comunidades, con el fin de reconvertir a los hombres en agentes de cambio sensibles a la mayor vulnerabilidad de las mujeres a la ceguera.
  23. Divulgar, en teatros, en la radio, en las iglesias, y en centros de salud, historias de vida de casos de éxito de cirugía de cataratas para erradicar rumores sobre la cirugía y sensibilizar a la población de ambos sexos en la emergencia humana y sanitaria de evitar nuevos casos de ceguera.
  24. Asignar recursos a programas de retención en cuidados oftalmológicos a nivel comunitario para mantener vínculo con aquellos pacientes con catarata avanzada que viven en situación de pobreza y extrema vulnerabilidad.
  25. Mantener activa la red de movilizados comunitarios formados en promoción de salud ocular, mediante la oferta de participación en nuevas actividades de formación y crecimiento profesional (APE, p.ej), en actividades de investigación, o en acceso como movilizados en acciones de otras ONGs.
  26. Favorecer el trueque de recursos entre organizaciones de la sociedad civil e instituciones públicas, para mejor sensibilizar a la población, por medio de la inclusión de información sobre la ceguera, en la agenda educativa sobre el VIH, tuberculosis, malaria, malnutrición y otras patologías.
  27. Fomentar el uso de imágenes de personas con gafas, ciegas, albinas, en campañas de salud para permitir a la población entender que cualquier persona, independientemente de su clase, educación, etnia, género, puede padecer deficiencias visuales y llevar una vida productiva y satisfactoria.
  28. Minimizar el riesgo ocupacional de patología ocular traumas ofreciendo formación en promoción de salud ocular a sindicatos, asociaciones de trabajadores, colegios profesionales, ferias sectoriales.
  29. Establecer mecanismos internos en los SSO para poder denunciar a los trabajadores de salud que deriven a los pacientes a los médicos tradicionales o a las iglesias cuando no las soluciones biomédicas no han sido efectivas.
  30. Promover investigación operacional en propiedades etnobotánicas de los medicamentos tradicionales empleados para las patologías oculares en colaboración de las agrupaciones de médicos tradicionales de la provincia.