



**Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina
Especialidad en Salud Pública**



TESIS DE ESPECIALIDAD

**“FACTORES CULTURALES QUE INFLUYEN EN
LA CALIDAD DE ATENCION EN EL CENTRO
DE SALUD ROSAS PAMPA”**

POSTULANTE:

Lic. Gladys Portanda Vigabriel

TUTOR

Dr. José Zambrana Torrico

LA PAZ – BOLIVIA

2011

INDICE

	PAG.
AGRADECIMIENTOS-----	1
DEDICATORIA-----	2
RESUMEN EJECUTIVO-----	3
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN -----	3
OBJETIVOS-----	3
LUGAR-----	3
POBLACIÓN-----	3
INTERVENCIÓN-----	3
RESULTADOS-----	3
INTRODUCCION-----	5

CAPITULO I

1.2. ANTECEDENTES-----	6
1.3. OBJETO DE ESTUDIO -----	7
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	7
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA-----	8
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN-----	9
1.5.1. OBJETIVO GENERAL-----	9
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS-----	9
1.6. JUSTIFICACIÓN-----	9

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO Y MARCO CONTEXTUAL

2.1. CONTEXTO LOCAL O EXTERNO DEL SISTEMA DE SALUD-----	12
2.2. UBICACIÓN-----	22
2.3. CLIMA-----	22
2.4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN-----	22
2.5. SERVICIOS BÁSICOS-----	22
2.6. CONTEXTO INTERNO INSTITUCIONAL-----	23
2.7. DATOS GENERALES DEL CENTRO DE SALUD-----	24
2.8. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL-----	25
2.8.1. UBICACIÓN-----	25
2.8.2. ANTECEDENTES-----	25
2.8.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA-----	26
2.8.4. PERSONAL MÉDICO Y DE APOYO-----	26
EL PERSONAL DE PLANTA SON: -----	26
EL PERSONAL DE APOYO SON: -----	27
2.8.5. PERSONAL ADMINISTRATIVO-----	27
2.8.6. SERVICIOS BÁSICOS-----	27
2.8.7. INFRAESTRUCTURA-----	27
2.8.8. MOBILIARIO-----	28
2.8.10. CONTEXTO DE AMBIENTES (CONSULTORIOS) -----	28

CAPITULO III

MARCO PRÁCTICO Y DISEÑO METODOLÓGICO

3.0 TAMANÑO DE LA MUESTRA-----	29.
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN-----	29
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN-----	29
3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO-----	30
3.4. CRITERIOS-----	30
3.4.1. Inclusión-----	30
3.4.2. Exclusión-----	30
3.5. VARIABLES-----	30
3.5.1.VARIABLE INDEPENDIENTE-----	30
3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE-----	31
3.5.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES-----	31
3.5.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE-----	32
.5.5. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN-----	35
3.6. ALCANSE DE LA INVESTIGACIÓN-----	3

CAPITULO IV

4.1 MARCO CONCEPTUAL-----	38
4.1.1. LA CALIDAD -----	38
4.3. EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION-----	41
4.4. LA MEDIACION DE LOS RESULTADOS-----	41
4.5. DIMENSIÓN DE CALIDAD-----	42
4.6. LA INTERCULTURALIDAD -----	42
4.7. TEORÍA DE LA INTERCULTURALIDAD -----	43
4.8. QUE BUSCA LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL---	43
4.9. EL MULTICULTURALISMO-----	44
4.10. INTERCULTURALIDAD EN SALUD-----	44
4.11. COMPRENDIENDO LA INTERCULTURALISMO-----	45
4.12. MULTICULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD.-----	46
4.13. EL USO DEL TERMINO INTERCULTURALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO-----	47
4.14. LA HOMOGENIZACIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD-----	
4.15. LA SOCIEDAD CIVIL COMO EJE DE LA INTERCULTURALIDAD--	

CAPITULO V

CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA INVESTIGACIÓN

5.1. CALIDAD HUMANA Y CALIDAD DE ATENCIÓN -----	53
5.2. CALIDAD DE ATENCIÓN-----	53
5.3. RELACIÓN INTERPERSONAL-----	54
5.4. PROYECCIÓN A LA COMUNIDAD-----	54
5.5. CREENCIAS, PRÁCTICAS Y COSTUMBRES EN SALUD-----	54
5.6. CONOCIMIENTO SOBRE INTERCULTURALIDAD-----	55
5.7. PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE INTERCULTURAL-----	56
5.8. FACTORES DETERMINANTES DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD-----	57
5.9. BLOQUEOS CULTURALES-----	59
5.9.1. LA PERSPECTIVA MÉDICA-----	59
5.9. 2. LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE-----	59
5.10. INICIATIVAS INTERCULTURALES-----	60
5.11. PERCEPCION SOBRE LA CALIDAD DE ATENCION-----	60

CAPITULO VI

ANALISIS DE LA INFORMACION-----	62
---------------------------------	----

CAPITULO VII

DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7. DISCUSION-----	73
7.1. CONCLUSIONES-----	74
7.2. RECOMENDACIONES-----	76
BIBLIOGRAFÍA-----	77
ANEXOS-----	79

CAPITULO VIII

PROPUESTA DE INTERVENCION

MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE ROSAS PAMPA A TRAVES DE LA TRANSFERENCIA DE METODOLOGIAS DE ATENCIÓN Y CAPACITACIÓN, DESDE UNA PERSPECTIVA DE INTERCULTURALIDAD

I.- ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN-----	80
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	81
III.- OBJETIVO GENERAL DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN---	81
IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS-----	81
V.- OBJETIVO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO-----	82
VI ACTIVIDADES-----	82
VIII.- TALLERES DE CAPACITACIÓN A USUARIAS-----	83
X.- RESULTADOS ESPERADOS-----	83
X1.- METODOLOGIA DE TRABAJO-----	83
XII.- ESTRATEGIA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE IMPACTO---	84
XIII- RESULTADOS ESPERADOS-----	84
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (EXPRESADO EN SEMANAS) -----	88
PRESUPUESTO-----	89

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su apoyo, a los docentes del Curso de Especialidad de Interculturalidad por colaborar en nuestra formación profesional y a la Universidad por darnos la oportunidad.

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado a mi querida Madre Genara Vigabriel de Portanda quien fue una guía para alcanzar este logro, gracias por sus enseñanzas y orientaciones; que me permitió alcanzar mis objetivos.

RESUMEN EJECUTIVO

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores culturales que influyen en la calidad de atención en el Centro de Salud de Rosas Pampa?

OBJETIVOS

- ❖ Identificar los factores culturales que influyen en la calidad de atención en el Centro de Salud de Rosas Pampa, Red Boliviano Holandés Distrito 1 tercer trimestre 2009

LUGAR

La investigación realizada en el Centro de Salud Rosas Pampa, dependiente de la Red Boliviano Holandés que se encuentra en el Distrito 1 ubicado al sur de la Ciudad de El Alto.

POBLACIÓN

Son los usuarios que asisten al Centro de Salud Rosas Pampa y la población en general de la Red Boliviana Holandés del Distrito 1

INTERVENCIÓN

El trabajo toma en cuenta a los usuarios del Centro de Salud de Rosas Pampa sin discriminación de género y/o edad, estado civil, grado de instrucción entre otro etc.

RESULTADOS

Con la interpretación de la interculturalidad que es la necesidad de comunicación, convivencia y entendimiento sobre la base del conocimiento y comprensión de las diferentes culturas. A las usuarias y/o usuarios les permita ejercer sus derechos ciudadanos y respeto a sus usos y costumbres.

En el sector Salud se promueve la participación efectiva de la comunidad, buscando la articulación de las mismas con las diferentes instancias de gestión y atención de Salud que brindan una atención de primer nivel.

INTRODUCCION

La presente investigación fue realizada en el Centro de Salud de Rosas Pampa perteneciente a la Red de Salud Boliviano Holandés del Distrito 1 de la Ciudad de El Alto, del tercer trimestre del año 2009.

Esta investigación está considerada como un estudio de mejoramiento a la calidad de atención con enfoque intercultural, respetando los valores y costumbres de la población usuaria que asiste al Centro de Salud de Rosas Pampa, donde se analiza los principales factores culturales que les impiden integrarse a la población a los servicios de salud que brinda el Centro de Salud para que pueda ayudar a mejorar la calidad de atención.

Para poder llevar adelante el trabajo se ha utilizado la investigación cualitativa y cuantitativa con lo cual se ha delimitado un universo de actores sociales y personal de salud, se ha observado desde diferentes puntos de vista en relación al tema tratado y una de las principales conclusiones a la cual se ha llegado es que la relación del personal del Centro de Salud y el usuario presentan una serie de dificultades, principalmente en lo que se refiere a la atención, comunicación y trato con calidez humana, por tanto esta investigación va a mejorar las relaciones entre el personal de salud y los usuarios y se pretende realizar estrategias de acción con enfoque intercultural para fortalecer esta relación y que incremente la cobertura de atención de la población de Rosas Pampa.

CAPITULO I

1.1. ANTECEDENTES.

La Ciudad de El Alto se encuentra ubicada al Oeste de la República de Bolivia, es la cuarta sección de la Provincia Murillo del departamento de La Paz, El Alto esta compuesta por 11 distritos los cuales se encuentran habitados por migrantes de segunda, tercera y cuarta generación y una gran cantidad de los mismos dedicados al comercio informal. Como referencia tomamos al distrito I que cuenta con las siguientes zonas principales: 12 de Octubre, Villa dolores, Santiago I, Ciudad Satélite, Santa Rosa, Rosas Pampa, Villa Exaltación, Alpacoma en las cuales se ubican los Centros de Salud de la Red Boliviano Holandés.¹

La Red de Salud se constituye en un instrumento de profundización de la descentralización y de desarrollo de los ámbitos municipales como instituciones comprometidas con la salud y garantizando la participación de la sociedad civil. El gobierno nacional ha establecido medidas claras y reglamentadas sobre las Redes de Salud en la Ley 2426.²

En el contexto de la Ley 1551 y la ley 1654, descentralización administrativa, y de la Ley 2426, el gobierno municipal asume la transferencia y delegación de atribuciones de carácter político técnico administrativo con el objetivo de establecer una estructura organizativa sectorial en el ámbito local, orientar el establecimiento del régimen de recursos humanos, económicos y financieros, mejorar y establecer la eficiencia de la administración pública, en la prestación de servicios de manera que las decisiones se realicen en forma directa y cercana a la población, sin embargo este aspecto provoca la politización de los cargos en el área de salud.³

¹ Anuario 2004, Red de Salud Boliviano Holandés

² Ley 2426, Seguro Universal Materno Infantil (SUMI); Ed. UPS; La Paz – Bolivia.

³ Ley 1551, Participación Popular y Ley 1654 descentralización Administrativa.

En mayo del año 2000, se crea la **Red Descentralizada – Comunitaria** y el Hospital Municipal Boliviano Holandés, asignándose a la misma la Gerencia de los Centros de Salud del Distrito I, con el objetivo de integrar y mejorar los servicios de salud. Los Centros de Salud, pertenecientes a la **Red de Servicios**, fueron constituidos con anterioridad, mediante un convenio entre el Ministerio de Salud y Previsión Social y la Embajada de Holanda.⁴

En la actualidad, la **Red de Salud Boliviano Holandés**, está conformada por el Hospital Municipal de segundo nivel y los Centros de Salud de Primer Nivel, ubicado en el Distrito I, administrada por el Gobierno Municipal de El Alto.

DISTRITO I.

- Centro de Salud Villa Dolores
- Centro de Salud Santiago I
- Centro de Salud 12 de Octubre
- Centro de Salud Villa Exaltación
- Centro de Salud Santa Rosa
- Centro de Salud Rosas Pampa
- Centro de Salud de Alpacoma Bajo

1.2 OBJETO DE ESTUDIO

Factores culturales que influyen en la calidad de atención en el Centro de Salud de Rosas Pampa.

1.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debe existir un interés particular en el medio en que se desenvuelven las personas considerando que es importante que en nuestro país existe una diversidad cultural en relación a su población

⁴ Anuario 2004, Red de Salud Boliviano Holandés.

Por lo que hasta ahora no se dio un interés importante a los sectores conformados por poblaciones originarias que tienen hábitos y costumbres diferentes en relación a los medios urbanos.

Es así que también se tiene diferentes conceptos en relación al padecimiento de sus enfermedades ya que por la pobreza de estas personas no son tomadas en cuenta.

Los problemas existentes son desde la creación de la zona de Rosas Pampa, formada por una población en su mayoría emigrantes del Área Rural; que existen diversos factores que impiden el acceso a la salud limita ejercer los derechos fundamentales de las personas que se constituye en un problema.

¿Cuáles son los factores culturales que influyen en la calidad de atención en el Centro de Salud de Rosas Pampa, Red Boliviano Holandés Distrito I en el tercer trimestre 2009?

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- 1.- ¿En qué medida los factores culturales influyen en la calidad de atención en el Centro de Salud de Rosas Pampa?
- 2.- ¿Cuáles son los niveles de conocimiento del personal de salud sobre el tema de intercultural y su aplicación en la práctica diaria?
- 3.- ¿Cómo es la adaptación del Equipo de Salud en el contexto sociocultural de la población, sobre la calidad de atención?
- 4.- ¿Cuál es el acceso a los Servicios de Salud respetando los valores culturales de la población?
- 5.- ¿Cuáles son las percepciones del personal de salud sobre el respeto de los aspectos culturales en la atención?

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

- ❖ Determinar los principales factores culturales que impiden integrar a la población a los servicios de salud que influyen en la calidad de atención que brinda el Centro de Salud de Rosas Pampa con el fin de mejorar la calidad de atención con enfoque intercultural, respetando los valores y costumbres de la población usuaria.

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Establecer los niveles de conocimiento del personal de salud sobre el tema de intercultural y su aplicación en la práctica diaria
- ❖ Determinar la adaptación del Equipo de Salud en el contexto sociocultural de la población y analizar las causas más frecuentes, sobre la calidad de atención
- ❖ Identificar el acceso a los Servicios de Salud respetando los valores culturales de la población
- ❖ Conocer las percepciones del personal de salud sobre el respeto de los aspectos culturales en la atención.

1.6. JUSTIFICACIÓN

La deficiencia en la promoción de los servicios de salud se ve reflejado por las bajas coberturas, tienen como una de las principales causas el inadecuado manejo de la promoción del enfoque de interculturalidad por parte del personal de salud en el Centro de Salud Rosas Pampa

En este sentido con la investigación se pretende identificar los factores culturales por los cuales las personas que asisten al centro de salud sean tomados en cuenta usos y costumbres, de esta manera intentar y contribuir a las políticas del nuevo modelo de salud en vigencia, Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), en la búsqueda del bienestar social de la población que atiende el Centro de Salud Rosas Pampa, accionando mediante la concientización al personal de salud y respetando los valores culturales de los usuarios.

Con respecto a esta situación el Centro de Salud Rosas Pampa presenta una baja cobertura en las diferentes especialidades que se atiende debido a que el personal de salud no se encuentra informado acerca del SAFCI que esta basada específicamente en el respeto a la diversidad cultural en un espacio de interculturalidad.

Por lo tanto existen diversos significados de concebir la **interculturalidad**: primeramente, es un fenómeno comunicacional, que trata de culturas que establecen interacciones comunicativas. En segundo es la cultura, como el fenómeno humano que define la diferencia entre uno y otro grupo. Pero diferencia que está ligada al concepto de Identidad Cultural, destacando todo aquello que lo hace único a un grupo determinado y el tercero es la Identidad ó Etnia, como condición sociocultural que establece las diferencias.

Finalmente están los conceptos de raza y racismo, cuya importancia surge más de las connotaciones negativas que generan.

En el sector Salud se promueve la participación efectiva de la comunidad, buscando la articulación de las mismas con las diferentes instancias de gestión y atención de Salud que brindan una atención de primer nivel.

Es en este sentido con la investigación se pretende enfocar acerca de los **servicios** que brinda el Centro de Salud y los **derechos** que deben conocer los usuarios que asisten al Centro de Salud, ya que el aspecto cultural es muy importante y necesario para aceptar las diferentes culturas de cada usuario que asisten al Centro de Salud para que la atención sea con calidad y calidez humana de parte del personal de salud y que los usuarios no sean discriminados acerca de su cultura, lo cual es importante reflexionar y dar a conocer a la sociedad en su conjunto que toda persona merece ser respetada con sus usos y costumbres misma que esta estipulada en el Art. 35 de la Nueva Constitución Política del Estado.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO Y MARCO CONTEXTUAL

2.1. CONTEXTO LOCAL O EXTERNO DEL SISTEMA DE SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), agencia especializada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), establecida en 1948. Según su constitución es “la autoridad directiva y coordinadora en materia de labor sanitaria mundial”, siendo responsable de ayudar a todos los pueblos a alcanzar “el máximo nivel posible de salud”.⁵

Los servicios que la agencia proporciona pueden ser de carácter orientativo o técnico. Entre los servicios de asesoría se encuentran la asistencia en la formación de personal médico y la difusión de conocimientos sobre enfermedades como la gripe, la malaria, la viruela, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); la salud materno infantil, la nutrición, la planificación demográfica y la higiene y el medio ambiental. La agencia mantiene áreas de demostración sanitaria para una continua aplicación de las técnicas modernas con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias generales y combatir determinadas enfermedades que interfieren en la adecuada productividad agrícola y el desarrollo económico global.⁶

Dentro de los servicios técnicos están la homogeneización biológica y la unificación de las listas de medicamentos con instrucciones de uso, la recogida y difusión de información sobre las epidemias, proyectos internacionales especiales sobre enfermedades parasitarias y virales y la publicación de obras técnicas y científicas.

⁵ Organización Panamericana de la salud. Maternidad Saludable. Bogotá: OPS; 1998.

⁶ Ibid

Hoy en día la salud se considera un estado de bienestar social, mental y físico, más que la simple ausencia de enfermedades o dolencias. En la declaración de Alma-Atá de 1978, los países miembros de la OMS se comprometieron con el lema “Salud para todos”. El principio rector de todos los departamentos de salud locales, estatales, provinciales, regionales y nacionales es lograr esta meta de la manera más completa y rápida posible.

Entre las 8 metas del milenio que se firmaron el año 2000 en la Cumbre con la presencia de 189 países, una de ellas BOLIVIA, en cuanto a salud se acordó alcanzar las siguientes metas hasta el año 2015 son:

META 4 Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

META 5 Mejorar la salud materna

META 6 Combatir el VIH – SIDA el paludismo y otras enfermedades⁷

La Constitución Política del Estado, dentro del artículo 35, establece que:

I El Estado en todos sus niveles protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios públicos.

II El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesino.⁸

Es dentro de este marco que el estado boliviano asume, la responsabilidad de la salud y bienestar de toda la población delegando al Ministerio de Salud y Deportes el rol de normar este aspecto.

La Ley 1551 de Participación Popular transfiere la infraestructura física a título gratuito y derecho de propiedad a los gobiernos municipales, los bienes muebles e

⁷ “8 Metas del Milenio” [Http://www.metasdelmilenio.com](http://www.metasdelmilenio.com) ; fecha de visita: 06-07-08

⁸ La nueva Constitución Política del Estado , Art. 35

inmuebles de los servicios públicos de salud y deportes, hospitales de segundo y tercer nivel, centros de salud, puestos sanitarios y campos deportivos.⁹

Según esta Ley también se otorga a las Organizaciones Territoriales de Base (OTB's) los derechos de: proponer, pedir, controlar y supervisar la realización de obras y la prestación de servicios públicos de acuerdo a las necesidades comunitarias, además de proponer el cambio o la ratificación de autoridades de salud y deportes dentro de su territorio, de la misma forma las OTB's tienen el deber de identificar, priorizar, participar y cooperar en la ejecución y administración de obras para el cuidado y la protección de la salud, así como

También participar y cooperar con el trabajo solidario en la ejecución de obras y en la administración de servicios públicos.

La Ley 1654 de Descentralización Administrativa, la descentralización administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental, como un sistema unitario del Estado, en la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico administrativo a las prefecturas, establece la estructura organizativa a nivel departamental, el régimen de recursos económicos, financieros y fortalece la eficiencia y eficacia de la administración Pública, en la prestación de servicios en forma directa y cercana a la población. Esta Ley establece la estructura organizativa del poder ejecutivo departamental (9 administraciones departamentales), como también, el régimen de recursos departamentales.

Ds. No. 29894. Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional (DOE), La estructura y funciones del ORGANO ejecutivo expresa, a partir de los preceptos constitucionales, una forma horizontal del ejercicio del poder basada en la soberanía del pueblo cuya delegación asume el reto de conducir las transformaciones estructurales en coordinación con las entidades

⁹ Ley 1551 de Participación Popular : Art. 1; Pág. 2

territoriales autónomas en un proceso de construcción democrática con visión compartida de gestión y servicio público.

Dentro del marco de esta Ley las funciones del MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES son:

- ❖ Formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de Salud en el marco del desarrollo del país.
- ❖ Regular, planificar, controlar y conducir el sistema Nacionales de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con y sin fines de lucro y medicina tradicional.
- ❖ Vigilar el cumplimiento y primacía de las normas relativas a la Salud Pública.
- ❖ Garantizar la Salud de la población a través de su promoción prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.
- ❖ Ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el Sistema de Salud.
- ❖ Formular, desarrollar, supervisar y evaluar la implementación del modelo de atención en salud.
- ❖ Promover la medicina tradicional y su articulación con la medicina occidental, respetando los preceptos de intercultural.
- ❖ ARTICULO 91.- (Atribuciones del VICEMINISTERIO de Salud y Promoción) Las atribuciones del Vice ministerio de Salud y Promoción en el marco de las competencias asignadas al nivel central por la constitución Política del Estado son las siguientes.
- ❖ Coordinar las acciones para la formulación, ejecución y evaluación de las políticas generales de salud en el marco de las políticas de implementación del Plan General de Desarrollo Económico y Social

- ❖ Elaborar normas y reglamentos del Sistema Único de Salud
- ❖ Elaborar normas y reglamento para la implementación del seguro universal.
- ❖ Coordinar la implementación de la nueva política SAFCI
- ❖ Elaborar normas. Reglamento y protocolos para el control de la calidad de los servicios de salud incluyendo auditorías médicas y control de la mala praxis médica.
- ❖ Elaborar normas y reglamento de las redes del Sistema Único de la salud
- ❖ Elaborar normas y reglamentos de prevención, control y tratamiento de todos los programas de salud dependientes del ministerio del área de manera integral

Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) es la política pública oficial del Ministerio de Salud y Deportes que orienta el desarrollo de sus diferentes acciones, busca que el derecho a la salud se ejerza como un derecho fundamental que el Estado garantiza, vinculando e involucrando al equipo de salud a la persona, la familia y la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de salud a través de la promoción de la salud.¹⁰

El **SAFCI** se basa en cuatro principios:

1. **Participación social**, proceso por el cual las personas, familias, comunidades y barrios se involucran en la gestión de salud y toman decisiones en la planificación, ejecución administración, seguimiento control junto al equipo de salud dentro y fuera de los establecimientos.

¹⁰ Heredia Miranda, Nila : Ministra de Salud y Deportes , Pág. 8- 11

2. **Intersectorialidad**, trabajo coordinado con diferentes sectores como: educación, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia y otros para dinamizar las acciones de salud y optimizar recursos.
3. **Interculturalidad**, es la relación de grupos o personas culturalmente distintas, basada en el dialogo aceptación, reconocimiento, valoración, articulación y complementariedad de los diferentes conocimientos y practicas medicas existentes en nuestro país, que contribuyen a mejorar la salud.
4. **Integralidad**, es la capacidad del servicio de salud de concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

El **SAFCI** se aplica a través de dos modelos:

1. **Modelo de Gestión Compartida**, basada en la toma de decisiones de igual a igual entre el personal de salud y la comunidad.
2. **Modelo de Atención**, la forma de articular el servicio de salud con las personas familias y comunidad o barrio, a partir de una prestación eficiente y eficaz con enfoque de red, de carácter horizontal, integral e intercultural.

11

En este sentido se promueve la participación protagónica de la población a través de la conformación de redes sociales, de lo cual se encarga trabajo social.

La conformación de Redes de Salud, establecida en la Ley 2426 SUMI y en la Nueva Política de Salud, se constituye en un instrumento de profundización de la

¹¹ *Ibíd.*: Pág. 15-28

descentralización y de desarrollo de los ámbitos municipales como instituciones comprometidas con la salud garantizando la participación de la sociedad civil, es el brazo operativo del la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural en el ámbito de su jurisdicción.¹²

Las Redes de Salud son conjuntos de establecimientos de salud y servicios del sector público, cada Red toma en cuenta los tres niveles de atención de tal manera de que cada una tenga un centro de referencia en el nivel superior, es obligación de las Redes de Servicio de Salud promover una activa participación de las redes sociales o DILOS.

Existen tres ámbitos territoriales de las Redes:

- Municipio
- Mancomunidad de municipios
- Dos o más municipios con una población menor a 5.000 habitantes, que no sean mancomunidad.

La ley 2426, reglamenta que las **redes sociales** fueron creadas con el objetivo de ser un conjunto integrado interconectado e interdependiente de los servicios de salud y para aumentar la calidad y eficiencia de los servicios que brindan los Centros de Primer Nivel, mediante la separación de roles y funciones en el marco de la concepción de espacios públicos no estatales considerando como ámbito geográfico poblacional del municipio.

La Red apoya al Sistema Nacional de Salud, es el brazo operativo de la implementación de la política y decisiones de salud del DILOS, SEDES, y MSD.

- Las instituciones y entidades de la Red basadas en las atribuciones conferidas por la Ley 2426 y su reglamentación se organizan para una

¹² *Ibíd.*: Pág. 30- 45

eficiente gestión que permiten al Sistema Nacional de Salud y las comunidades locales.

Según las funciones las redes trabajan de acuerdo a los diferentes programas mismos que están dirigidos por el Ministerio de Salud y Deportes los cuales se describen a continuación:

- **Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)** tiene la finalidad de erradicar las enfermedades inmunoprevenibles. La Red cumple anualmente con los indicadores del programa.
- **Control de Crecimiento y Desarrollo:** permite las vigilancias nutricionales al menor de 5 años y la administración de micro nutrientes, como la Vitamina A, sulfato ferroso y aceite vitaminado.
- **Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia** como las enfermedades diarreicas agudas (EDAS) y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), primeras causas de mortalidad y morbilidad.
- **Salud Oral:** realiza acciones de prevención en población de edad escolar, como la fluorinización.
- **Programas a la mujer en edad fértil:** con el objetivo de contribuir la disminución de las tasas de mortalidad materna, el programa comprende el control prenatal, desde la captación con primer control prenatal, preferentemente antes del quinto mes para obtener calidad en la atención prenatal. Otra actividad importante es la atención de parto, revirtiendo así el alto porcentaje de parto en domicilio a parto institucional. Esta actividad se complementa con el control post – parto y la administración de Vitamina “A” a púerperas.
- **Planificación familiar:** ofrece la libre elección de la usuaria a métodos de anticoncepción y aplicación de los derechos reproductivos.

Detección Precoz del Cáncer Cérvico Uterino: por el incremento de los casos de cáncer Cérvico uterino, el programa de atención a la mujer en edad fértil ha implementado la detección precoz del Cáncer a través del

- estudio de Papanicolau (PAP) que se realiza en todos los servicios de la Red Boliviano Holandés. Y la paliación del toxoide tetánico a las mujeres en edad fértil para la eliminación del tétanos neonatal.
- **Escudo Epidemiológico:** un programa que realiza acciones de protección prevención y curación de las enfermedades más prevalentes del área.

LOS DIRECTORIOS LOCALES DE SALUD DILOS SON:

La máxima autoridad responsable de la gestión compartida en salud en el municipio y tiene las siguientes funciones:

- Responsable de implementar la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Seguro Universal de Salud y otros programas nacionales.
- Dirige la mesa de salud municipal buscando consensos y acuerdos, además de orientar en la definición de la bases de la estrategia municipal de salud.
- Gestiona iniciativas de desarrollo de la cooperación técnica financiera; además de alinear estas a la estrategia municipal de salud.
- Evalúa la situación de salud del municipio, la ejecución presupuestaria en salud y el rendimiento de todo el equipo de salud.
- Controla la distribución equitativa de los recursos humanos en la Red Municipal de Salud.
- Participa en la elección del jefe de Red de Salud Municipal.

El DILOS toma decisiones en base a los acuerdos y consensos que se lleguen en espacios de liberación entre todos los actores, que este caso se llaman mesa de salud municipal.

Ya que tiene que existir un nexo articulador entre la estructura social local de salud (autoridades locales de salud y comités de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS). Se constituye en la representación del conjunto de comités locales de salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, que interactúan con los integrantes del DILOS garantizando la gestión compartida de salud que, en una directiva que se organiza en base a consensos y acuerdos entre el comité de vigilancia, los representantes de los comités locales¹³ de salud y el Comité Distrital de Salud es una organización representativa de la comunidad interesada en desarrollar actividades en forma voluntaria, apoyando y difundiendo el derecho a la salud.

Es por ello que los usuarios y la comunidad en general están invitadas a participar de manera activa en los Comité de Análisis de Información CAI que se llevan a cabo cada mes en el Centros De Salud con la presencia de todo el personal de salud, el CAI tiene el objetivo de analizar y evaluar la situación de salud, la coberturas de las diferentes prestaciones, el cumplimiento de las actividades que se han acordado en la reunión de planificación en funcionamiento del establecimiento de salud (administración), y la calidad de atención brindada a los usuarios.

Lo cual se encuentra normado por La Ley 1551 de Participación Popular donde se otorga a las Organizaciones Territoriales de Base (OTB's) los derechos de: proponer, pedir, controlar y supervisar la realización de obras y la prestación de servicios públicos de acuerdo a las necesidades comunitarias, además de proponer el cambio o la ratificación de autoridades de salud y deportes dentro de su territorio, de la misma forma las OTB's tienen el deber de identificar, priorizar, participar y cooperar en la ejecución y administración de obras para el cuidado y la

¹³ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES – PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. *Protocolos Seguro Universal Materno Infantil*. Pág. 20- 25, Bolivia, 2006.

protección de la salud, así como también participar y cooperar con el trabajo solidario en la ejecución de obras y en la administración de servicios públicos.

2.2. UBICACIÓN.-

La ubicación de la Red Boliviano Holandés se encuentra en la Ciudad de El Alto del Distrito I AV/ Villa Dolores C/ 3 misma que esta a cargo de siete Centros de Salud que específicamente brinda una atención de Primer Nivel.

Y el Centro de Salud Rosas Pampa se encuentra ubicado en el Distrito I Z/ Bolívar la misma brinda una atención de primer nivel. Ver Anexo No. 1

2.3. CLIMA

El clima adicionalmente proporcionara la retroinformación acerca de la interculturalidad y los procesos que determinan los comportamientos del personal de salud la misma que permitirá introducir cambios tanto en las

Actitudes y conductas del personal y de los usuarios asistentes al Centro de Salud.

2.4. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

La población que atiende el Centro de Salud de Rosas Pampa en su mayoría son migrantes de primera y tercera generación las mismas de esa urbe se dedican al comercio informal.

La atención que brinda el Centro de Salud son las siguientes especialidades: Medicina general, Seguro Universal Materno Infantil control prenatal (SUMI), Seguro Escolar Obligatorio (SESO), Consultorio Odontológico, Pediatría, Nutricionista, Auxiliar de Enfermería, vacunas, curaciones, emisión de certificados médicos en caso de violencia conjuntamente con el área social

2.5. SERVICIOS BÁSICOS

Los Centros de Salud que brindan la atención de primer nivel casi no cuentan con todos los servicios necesarios para prestar una atención con calidad y calidez a

los usuarios asistentes a cada Centro de Salud perteneciente a la Red Boliviano Holandés.

Excepción del Centro de Salud 12 de Octubre que cuenta con todos los Servicios necesarios, es uno de los centros de referencia perteneciente a la Red.

2.6. CONTEXTO INTERNO INSTITUCIONAL

El Centro de Salud de Rosas Pampa de la Ciudad de El Alto es una institución pública y una entidad operativa de la Red Boliviano Holandés que esta a cargo de las instancias del Servicio Departamental de Salud (SEDES) Municipio de La Paz, que desarrolla sus actividades de acuerdo a la Constitución Política del Estado en el Marco del Sistema Nacional de Salud así como el marco de la Gestión Publica establecidos en los sistemas Nacionales de Planificación, Inversión Publica y la Ley 1178 de la Administración Central Gubernamental, la Ley 1654 de la Descentralización Administrativa 1551 de Participación Popular

y sus respectivos reglamentos del Decreto Supremo N° 25233 y la Ley 2426 Seguro Universal Materno Infantil”.



Centro de Salud Rosas Pampa

2.7. DATOS GENERALES DEL CENTRO DE SALUD

EL Centro de Salud está dedicado a la prestación de servicios con el fin de garantizar la ejecución de los programas de: promoción, prevención y prestación de servicios de salud, conduciendo la programación, supervisión central y evaluación del desarrollo de los mismos, con el fin de ampliar la cobertura de los servicios de Salud, mejorar los niveles de Salud del área de influencia y la calidad de los servicios que prestan en el Centro de Salud. Misma que va dirigido a toda la población en general, pero específicamente a la mujer embarazada con el Seguro

Materno Infantil (SUMI) y a los Niños Adolescentes con el Seguro Escolar de Salud Obligatorio (SESO).¹⁴

2.9. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL

La Red de Salud Boliviano-Holandés, se encuentra ubicada en el ámbito territorial del Municipio de El Alto, ya que esta conformado por varios establecimientos de Primer Nivel, Centros de Salud instalados en el Distrito 1, contando con el Hospital Boliviano Holandés de Segundo Nivel de Atención en Salud, como establecimiento de referencia. Siendo el Centro de Salud Rosas Pampa, uno de los establecimientos de primer nivel que conforma la Red de Salud Boliviano Holandés.

2.8.1. UBICACIÓN

La investigación se centrara en el Centro de Salud Rosas Pampa misma que se encuentra en el Distrito I ubicado al sur de la ciudad de El Alto.

2.8.2. ANTECEDENTES

La zona de Rosas Pampa se encuentra ubicada a la altura del Km. 5 de la carretera La Paz – Oruro y se ingresa por el camino que conduce a Achocalla. Actualmente por la avenida Cívica”.

Según Marcela Paredes Vda. De Chima, antigua comunaría, informo. “Que, la zona originalmente no se llamaba Rosas Pampa”, el nombre de este lugar era Cututo o Kututu. Desde el túnel de Achocalla hasta la zona de Rosas Pampa, anteriormente tenía ese denominativo. “Kututu” en aymará que traducida al castellano significa conejo macho, muchos de los comúnarios habían confirmado haber visto en esas regiones conejos silvestres ó vizcachas de tipo roedores.

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES – PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Protocolos Seguro Universal Materno Infantil. Bolivia, 2004.

La zona de Rosas Pampa se creó aproximadamente por los años 1975 y su aniversario es el 14 de septiembre

En el Centro de Salud de la zona de Rosas Pampa lo primero que se destaca es la construcción del Centro de Salud en el año 1988, se construyó con recursos de Fondo Social de Emergencia. Conformado por un Médico y un Auxiliar de enfermería y se inauguró en julio de 1988 y a principios de 1989”.

El 30 de junio de 1993, se inauguró el nuevo Centro de Salud Rosas Pampa con el apoyo del “Proyecto de Fortalecimiento a la Atención Primaria en el Distrito I de la ciudad de El Alto con la cooperación técnica Holandesa que estuvo trabajando en la zona desde 1991, que fue construida con un área edificada de 227 metros cuadrados, en una superficie total de 378 metros cuadrados con 13 ambientes. Tiene a su cargo las zonas de: final Rosas Pampa, Complejo Rosas Pampa, Santa Rosa 31 de Octubre, Anexo Santa Rosa, Urbanización Arco Iris y cooperación Jon F. Kennedy y fue creada bajo el gobierno del Lic. Jaime Paz Zamora.” estaba destinado para la construcción de un parque, pero tiempo después las autoridades dejaron al olvido la construcción, por lo que el lugar se llegó a convertir en un basural y tornándose en un espacio peligroso para los vecinos en el transcurso de la noche, por la proliferación de pandillas y consumo de bebidas alcohólicas.

Razón, por lo cual la junta de vecinos tras una lucha incansable llega a proponer en el POA de la gestión, la construcción de un Centro de Salud, por lo que la construcción se levanta el año 1998 y en dos años de trabajo se concluye la infraestructura del Centro, llegándose a inaugurar el 17 de Marzo del año 2000.

2.8.3. POBLACIÓN BENEFICIARIA

Son los usuarios que asisten al Centro de Salud Rosas Pampa y la población en general

2.8.4. PERSONAL MÉDICO Y DE APOYO

EL PERSONAL DE PLANTA SON:

- ❖ Los médicos de medicina general (6)
- ❖ Los odontólogos (en diferentes consultorios dentales)(2)
- ❖ Las enfermeras auxiliares (6)
- ❖ Enfermera Titular (1)
- ❖ La Dra. Del responsable del (Laboratorio) (1)
- ❖ La Dra. Encargada de la farmacia (farmacéutica) (1)

EL PERSONAL DE APOYO SON:

- ❖ Los pasantes de auxiliar en enfermería, odontología y de trabajo social. (fluctúa entre de 5 a 12)
- ❖ La partera (1)

2.8.5. PERSONAL ADMINISTRATIVO

Entre ellos están los siguientes:

- ❖ Director Municipal del Centro de Salud (1)
- ❖ Recaudador (a) (2)
- ❖ Portero (a) (1)

MANUAL (1)

2.8.6. SERVICIOS BÁSICOS

El Centro de Salud cuenta con todos los servicios básicos de atención de primer nivel que cuenta con baños independiente para los usuarios, cuenta con luz, alcantarillado y agua potable.

2.8.7. INFRAESTRUCTURA

El Centro de Salud de Rosas Pampa cuenta con una infraestructura edificada de 227 metros cuadrados, sobre una superficie total de 378 metros cuadrados con 13 ambientes.

La construcción del Centro de Salud se levanto en 1998 y se concluyo en 2000 y actualmente es un Centro Materno Infantil que brinda al mismo tiempo una atención de primer nivel.

2.8.8. MOBILIARIO

El centro de salud no cuentan con todo el equipo mobiliario pese que es un centro de materno infantil de primer nivel, se evidencia la falta de camas, sillas de rueda, camillas y otros.

- **EQUIPAMIENTO**

- Medicina general.- no cuenta con algunos instrumentales médicos
- Odontología.- Falta algunos instrumentales odontológicos y con los que cuenta son en algunos casos precarios.
- A las enfermeras auxiliares de planta también le faltan algunos instrumentos de trabajo para su atención en el centro
- Farmacia no cuenta con los insumos necesarios

2.8.10. CONTEXTO DE AMBIENTES (CONSULTORIOS)

Los 13 ambientes con los que cuenta el Centro de Salud de Rosas Pampa se encuentran en condiciones perfectas para la atención a los usuarios asistente

Lo cual les permite desarrollar satisfactoriamente los trabajos que realizan el personal de salud de las diferentes áreas existentes en el Centro.

CAPITULO III

MARCO PRÁCTICO Y DISEÑO METODOLÓGICO

3.0 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El estudio toma en cuenta, entre su personal de salud a 35 funcionarios de diferentes edades y 85 usuarias de la zona del área de Rosas Pampa.

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio comparativo que consiste en la acumulación de datos, basándose en las semejanzas y diferencias que el objeto tiene con el otro, cuya naturaleza se conoce de antemano (Llanos, 2003:17), el estudio comparativo se basa en la ley de analogía, esto es, del supuesto de que los seres que coinciden en los datos comprobados también deben recordar en los datos no comprobados.¹⁵

Por ello se realizo entrevistas y encuestas las mismas que sirven para proporcionar clara y concretamente los factores culturales que influyen en la calidad de atención en el Centro de Salud de Rosas Pampa. Asimismo se describieron las acciones de los participantes dentro de su interacción lo que permitirá habituar y al mismo tiempo se describe detalladamente con respecto a los factores culturales que impiden una buena atención del personal de salud hacia los usuarios que asisten al Centro.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Es una investigación, de acción y reflexión participativa **de tipo longitudinal prospectiva.**

¹⁵ Condori Murillo, Adalberto Fidel Categorías Conceptuales la metodología de la Investigación. 2008 La Paz – Bolivia

El Diseño de investigación aplicado es el método cuanti-cualitativo donde nos facilita, analizar, comprender y valorar de una realidad determinada más allá del recuento numérico y recopilación de datos estadísticos.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La investigación se realizó en la comunidad que reciben atención médica.

3.4. CRITERIOS

3.4.1. Inclusión

El estudio está enfocado en la población usuaria que vive dentro del área de influencia del Centro de Salud de Rosas Pampa, sin exclusión alguna. Y personal de Salud que otorga prestaciones en forma directa a los usuarios que asisten al Centro de Salud de Rosas Pampa

Usuaris que realizan su control prenatal

- ❖ Mujeres en edad fértil de 14 a 45 años
- ❖ Usuaris que dieron a Luz a su Bebe
- ❖ Usuaris con tratamiento de PAP
- ❖ Personal del Centro de Salud

Población en general que pertenece al área de influencia que acuden al Centro de Salud

3.4.2. Exclusión

- ❖ Población no usuarios del Centro de Salud.
- ❖ Población que no pertenece al área de influencia del Centro de Salud de Rosas Pampa

3.5. VARIABLES

3.5.1.VARIABLE INDEPENDIENTE

- Factores culturales (causa)
- Idioma
- Creencias
- Idiosincrasias
- Costumbres
- Conocimientos culturales o mitos

3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE

- Calidad de atención (efecto)

3.5.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE VARIABLES

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Se llama así a la variable que no depende de otra para explicar un fenómeno o hecho ahora esta variable es posible manipular por el investigador (generalmente sucede con la investigación de carácter experimental), con el intento de descubrir su relación con el hecho observado. En este sentido (Luís Piscocoya) afirma que la variable independiente es aquella que se puede manipular para obtener determinados resultados o efectos esperados. (Murillo, 2008:138)

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

Es aquel factor o aspecto que aparece, desaparece o que se modifica por acción de la variable independiente. Es el resultado emergente de la manipulación de la variable independiente.

3.5.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVO	DIMENSIÓN	CATEGORIA	INDICADOR	ESCALA	PREGUNTA
FACTORES CULTURALES	Es todo aquel impedimento con respecto al efecto de cultivar los conocimientos humanos, ya sean de un grupo social o de un pueblo en sus costumbres y modalidades así como también a la riqueza y extensión de	<ul style="list-style-type: none"> - Respeto a la interculturalidad de usos y costumbres y saberes del usuario que son un impedimento para la atención médica en el Centro de Salud de Rosas Pampa. - No existe respeto a la interculturalidad de usos y costumbres del usuario al momento de su 	<ul style="list-style-type: none"> - Usuarios Del área rural o Urbano que son atendidos en el Centro de Salud Idiomas que hablan : castellano quechua aymará y otros 	<ul style="list-style-type: none"> - Usuarios que vienen del área rural que reciben maltrato o exclusión al momento de acceder a lo servicios de salud. - Usuarios que solo hablan idiomas nativos presentan limitaciones de comunicación que dificultan en el tratamiento adecuado al acceder a los servios de salud Pacientes que no 	<ul style="list-style-type: none"> -Maltrato psicológico al momento de acceder a los servicios de salud. - Usuarios excluidos al no recibir atención por parte del personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> ¿Cuál es el número de pacientes provenientes del área Rural, que sufre algún tipo de maltrato o discriminación al momento de acceder a los servicios de salud en el Centro de Salud de Rosas pampa? ¿Qué porcentaje de pacientes que sólo hablan idiomas nativos es excluido o maltratados cuando necesitan acudir a algunos servicios de

	saber.	atención.	Pacientes de bajos recursos económicos	cuentan con recursos económicos suficientes para su atención que sufren maltratos o se les niega la atención en el Centro de Salud de Rosas Pampa.	-No existe discriminación si el usuario o paciente accede al servicio de salud que necesita.	salud en el Centro de Rosas Pampa? ¿Cuál es el porcentaje de paciente que encuentran los servicios de salud adecuado a sus necesidades?
CALIDAD DE ATENCIÓN	Es el conjunto de características y atributos de los bienes y servicio que permiten determinar si cumplen o no una serie de requisitos de producción y si satisfacen a los usuarios.		- Efectividad. Oportunidad	- Pacientes que reciben una atención efectiva - Pacientes que no reciben una atención efectiva - Pacientes que reciben una atención oportuna - Pacientes que no reciben una atención oportuna		¿Cuál es el porcentaje de usuarios que han encontrado los servicios de Salud en forma efectiva? ¿Cuál es el número de pacientes que han

	<p>Conocimientos de valores, practicas culturales de la población que accede a los servicios del Centro de Salud de Rosas Pampa</p>	<p>- Identificar el acceso a los servicios de salud respetando los valores culturales de la población.</p> <p>Identificar conocimientos sobre los derechos de los usuarios en el Centro de Salud de Rosas Pampa</p>	<p>Eficiencia</p> <p>Seguridad</p>	<p>-pacientes que encuentran los servicios de salud en forma eficiente</p> <p>-pacientes que no encuentran los servicios de salud en forma eficiente</p> <p>-pacientes que encuentran seguridad en los servicios de salud</p> <p>-pacientes que no encuentran seguridad en los servicios de salud</p>	<p>Atención al paciente puede calificarse en:</p> <p>1.excelente</p> <p>2.- bueno</p> <p>3.- regular</p> <p>4.- malo</p>	<p>recibido atención en forma oportuna?</p> <p>¿Cual es el número de pacientes que han recibido una atención con eficiencia?</p> <p>¿Cuál es el número de pacientes que encuentran seguridad en el Centro de Salud?</p>
--	---	---	------------------------------------	---	--	---

3.5.5. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN.

- **GRUPOS FOCALES**

El grupo focal es un método de investigación colectivista, más que individualista, y se *centra* en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto.

Esta técnica maneja aspectos Cualitativos. Los participantes hablan libre y espontáneamente sobre temas que consideran de importancia. Generalmente los participantes se escogen al azar y se entrevistan previamente para determinar si califican o no dentro del grupo.



Grupo focal

- **ENTREVISTA**

Es una técnica de investigación que se constituye en el proceso de acción recíproca entre dos o más interlocutores a través de la palabra oral o escrita, con el propósito de obtener un conocimiento objetivo de un fenómeno social. Es un diálogo entre el investigador y los sujetos de investigación para que a través de este acto se pueda recolectar información respecto al tema en cuestión. (Murillo: 2008; 36)

- **OBSERVACIÓN**

Es aquella que se realiza con cierta espontaneidad y sin el adecuado control del proceso y de las percepciones del observador. En esta forma se confía en los juicios y evaluaciones del investigador, en su elevada calificación y en su consiente y desprejuiciada actitud hacia los fenómenos que observa (Condori: 2008; 107)

- **ENCUESTA**

Es el estudio de una cuestión social, económica o política mediante la reunión de juicios opiniones, puntos de vista, mereced al uso de un cuestionario. Puede referirse a un solo asunto o a varios que constituyen una unidad o sistema y que puede abarcar un sector de la ciudad o población, un país o un continente. La amplitud de la encuesta se refiere siempre a un universo, o totalidad cuya extensión varía. Ante la imposibilidad de llegar a todas las unidades del universo, se calcula una muestra representativa y el de seleccionar muestras y realizar el muestreo es de por sí una ciencia que obedece a una tarea muy responsable y cuidadosa (Murillo: 2008; 34 y 35) Ver Anexo No.2

- **FICHA SOCIAL**

Se consigna en ciertos datos de identificación de un individuo o de una familia que es atendida por un profesional por diversas circunstancias que se puedan conllevar tal como se vera en el Centro de Salud Rosas Pampa Ver Anexo No. 3

- **BOLETAS DE SATISFACCIÓN AL USUARIO**

Esta es una técnica que se realiza en el interior del Centro de Salud a los usuarias que asisten a las consultas diarias, es por ello que esta técnica ya fue puesta en marcha. Ver Anexo No. 4

3.6. ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN

Se trabajo con las usuarias que asisten a sus controles pre-natales, pacientes que tuvieron su bebe en el centro y reciben tratamiento de PAP del personal de salud, a este grupo seleccionado se recopiló información sobre los conocimientos y percepciones relacionados con la Bio- Medicina y Medicina Tradicional, las problemáticas de la baja calidad de atención entre usuaria/os y personal de salud y en cuanto al alcance de la investigación se centro en recopilar opiniones de la población, con respecto a las funciones que deberán cumplir el personal de salud, con un enfoque de interculturalidad para lograr el mejoramiento de la calidad de atención en los servicios del Centro de Salud de Rosas Pampa.

CAPITULO IV

4.1 MARCO CONCEPTUAL

Cuando se utiliza la palabra calidad, el usuario o la usuaria por lo general considera características típicas de la atención médica, como eficiencia, cuidados y eficacia. Los programas de calidad, en realidad pretenden además mejorar el desempeño, los resultados y otros aspectos, así como reducir los costos de la institución.

4.1.1. LA CALIDAD

Es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. La calidad de atención adquiere cada vez más fuerza, debido a la presión creciente por parte de los usuarios, que son la población que utiliza los servicios como los miembros de los equipos de salud y de la sociedad en su conjunto. La calidad es la medida en que el producto satisface requerimientos y/o necesidades del cliente. De tal manera que la calidad se divide en 8 dimensiones que son:

Competencia profesional, Acceso a los servicios, Eficacia, Satisfacción del cliente, Eficiencia, Continuidad, Seguridades, Comodidades.¹⁶

- 1 **Competencia Profesional:** Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud del personal administrativo y del personal de apoyo.
- 2 **Acceso a los Servicios:** Elimina las barreras de la calidad geográfica, económica, social, organizacional y/o lingüística.

16 (COLQUE, Rubén y Zeballos Yolanda; Modelo de Calidad en los Servicios de Salud con enfoque de Genero ; OPS-OMS; La Paz Bolivia

En lo cultural se refiere a que los servicios de salud deben respetar los valores culturales a las actitudes locales.

- 3 **Eficacia:** Se refiere a las normas de prestación de servicios y la orientación clínica. La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas cuando el tratamiento se aplica correctamente.
- 4 **Satisfacción del Cliente:** Es la relación entre proveedores y clientes entre los administradores y proveedores de servicios de salud y la comunidad.
- 5 **Eficiencia:** Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y la comunidad, es decir suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con que cuenta.
- 6 **Continuidad:** Implica que el usuario puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones, ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnósticos o tratamiento. Los servicios deben ofrecer en forma constante, además el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica para derivarlo oportunamente a servicios especializados cuando corresponda.
- 7 **Seguridad:** Implica la reducción de riesgos de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como el paciente.
- 8 **Comodidad:** Es importante porque pueden influir en las expectativas que tiene el paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio, además cuando se considera la recuperación, las comodidades pueden servir para que los pacientes estén más dispuestos a pagar por los servicios. Las comodidades a menudo se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad.

La calidad de atención de acuerdo a la organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un alto nivel de excelencia y comprende.

1.- Una eficiencia de los recursos

- 2.- Un mínimo de riesgo para el paciente
- 3.- Un alto grado de satisfacción para el paciente
- 4.- Un impacto final en la salud.

La calidad de atención según Bruce: es la atención que se incluye en ello los siguientes elementos:

- **INTERCAMBIO DE INFORMACION ENTRE EL USUARIO Y EL PROVEEDOR DE SERVICIOS.-** Explicación a la paciente y/o a la pareja sobre el problema, opciones para enfrentarlo, complicaciones y/o contradicciones, etc. Solicitud de información a la paciente/ pareja sobre circunstancias a tomar en cuenta en el manejo del caso.
- **SELECCIÓN DE LA MEJOR OPCION PARA CADA MUJER.-** Tomar en cuenta sus circunstancias personales (biológicas, psicológicas, sociales y culturales), de las condiciones materiales y preferencias.
- **TRATO ADECUADO POR EL EQUIPO DE SALUD.-** (además de proveedor de servicios), Incluye respeto, amabilidad, tiempos razonables de espera, costos, tiempo dedicado a cada paciente, etc.
- **CONDICIONES ADECUADAS.-** Instalaciones con característica satisfactorias, insumos necesarios, medicamentos, capacidad “técnica del proveedor” (incluye conocimientos, experiencias), la misma que están fijadas en la norma de la institución.
- **MECANISMOS PARA EVITAR LA PERDIDA DEL PACIENTE.-** La misma incluye seguimientos, comunicación masiva, recordatorios, citas, visitas domiciliarias.
- **CONSTELACION DE SERVICIOS.-** Ya sea a través de la integración concreta de los servicios de planificación familiar con los que ofrecen atención para las enfermedades en las cuales se puedan prevenir en los centro de primer nivel.

- 4.2. ESTANDARES PARA EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCION.- Existen dos tipos de estándares que son:
- **ESTANDARES UNIVERSALES.-** Son independientes sobre las condiciones socio-económicas y culturales de la población, de los servicios y recursos, etc. Existen ciertos “ mínimos “ en la calidad absolutamente indispensable como la asepsia en los procedimientos clínicos, y el tratamiento respecto hacia los pacientes,
- **ESTANDARES ESPECIFICOS.-** Las mismas están adaptados a los modelos de atención y condiciones culturales y económicas de los responsables de la toma de decisiones, programas y de servicios que deben establecer estándares aceptables y alcanzables en cada contexto de cada país.

4.3. EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION.- Se basa en los siguientes elementos:

- **RECURSOS DISPONIBLES.-** Los recursos materiales y humanos, técnicos, etc. Requeridos se habrá cumplido con una condición necesaria para dar atención de buena calidad.
- **PROCESO DE ATENCION.-** Si se atiende con personal calificado, utilizando los elementos necesarios y de acuerdo con las normas correctas, se habrá cumplido con la otra condición necesaria.
- **TRATO PERSONAL.-** Si esta condición se suma a los anteriores, se habrá alcanzado una atención de buena calidad.

4.4. LA MEDIACION DE LOS RESULTADOS.- Una buena atención de calidad debe dar mejores resultados. Estos pueden ser “intermedios” (mejor utilización de servicios; mejor cumplimiento de las indicaciones; mayor continuidad en el uso de servicios; mayor cumplimiento de las indicaciones; mayor continuidad en el uso de servicios; mayor utilización de servicios preventivos; etc.) Para mejor calidad de vida, como el conjunto de

características y atributos de los bienes y servicios que permiten determinar si cumplen o no una serie de requisitos de producción y si satisfacen a los usuarios.

4.5. DIMENSIÓN DE CALIDAD

- ❖ **EFFECTIVIDAD.-** Conocimiento, experiencia técnica, relaciones interpersonales entre prestadores y usuarios.
- ❖ **OPORTUNIDAD.-** El usuario reciba la atención en el momento que requiere de manera segura con costos menores y con los recursos disponibles.
- ❖ **COMPETENCIA.-** El concepto de competencias ha sido utilizado como autoridad, capacidad profesional, competición, calificación e inclusión y como suficiencia de acuerdo a la lengua española.

4.6. LA INTERCULTURALIDAD

Frente a la discriminación étnica se contraponen la categoría de Interculturalidad. En el marco de la atención de calidad de los servicios de salud implica un tratamiento que no signifique “Conocer al otro, aceptarle y respetarle; para lograr hace falta primero conocerse, aceptarse y respetarse a si mismo”.

Una propuesta de interrelación igualitaria en situaciones de contacto se conoce como “Interculturalidad” es una de las estrategias más eficientes para reducir y /o evitar conflictos.

La interculturalidad debía ser entendida desde 3 puntos de vista: como concepto, paradigma, y desafío.

Concepto: Es la relación entre culturas dinámicas, proceso en que nadie lo sabe todo, todos aprenden: aprovechar lo mejor de cada cultura y exista reciprocidad, voluntad, conocimiento, valoración, entendimiento, interacción, participación, horizontalidad, respeto y solidaridad entre culturas.

Paradigma: Significa que hay espacios de encuentros donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades y es necesario respetar las diferencias, la interculturalidad requiere de un cambio global.

Desafío: La interculturalidad debe mejorar la salud, porque se requiere que gane mayores espacios, por tanto debe permitir una mirada holística y humana de las personas.

4.7. TEORÍA DE LA INTERCULTURALIDAD

Rechaza la noción de territorio como propiedad exclusiva de una etnia, origen, religión, cultura, lengua, patria, e intenta asumir de una manera pacífica y democrática. Hermas (1987) propone superar el viejo patriotismo y desarrollar el patriotismo de la constitución y considerar las normas consensuales para organizar la convivencia de gente diferente, a través del diálogo y abriendo posibilidades para la lucha crítica por la obtención de consensos más igualitarios, es su posición.

La perspectiva comunicativa, crítica y/o rechaza el etnocentrismo que impone las condiciones de convivencia de los grupos y etnias dominantes al resto, con la exclusión de la persona y las culturas no dominantes, ésta imposición conlleva; así como objeta al relativismo en la consideración de que es posible el entendimiento entre las formas culturales que coinciden en un mismo territorio, y se fomenta el establecimiento de las condiciones que hacen posible el diálogo entre ellas, siendo éste un elemento prioritario para una convivencia intercultural.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) constituye una nueva forma de pensar, comprender y aplicar la salud: vincula e involucra y articula al equipo de salud, la persona, la familia, la comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención en salud a través de la promoción de la salud. Revaloriza, articula y complementa las medicinas tradicionales existentes en el país (particularmente las medicinas originarias indígenas campesinas) en la atención como en la interacción mediante la aceptación el respeto y la valoración de los conocimientos y prácticas.¹⁷

¹⁷ Salud Familiar Comunitaria Intercultural , Documento técnico -estratégico versión didáctica , La Paz Bolivia 2007

4.8. QUE BUSCA LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

Busca que el derecho a la salud se ejerza como un *derecho fundamental* que el Estado garantice que la persona, familia y la comunidad tengan una atención de salud, que no solo vea la enfermedad de la persona sino también su armonía con ella misma, con la comunidad, con lo espiritual y con la naturaleza; aceptando respetando y valorando lo que siente, conoce y practican.¹⁸

Para aplicar la interculturalidad primeramente se debe profundizar el conocimiento en el multiculturalismo. ¿Por qué el multiculturalismo se convierte en un tema tan importante en este contexto? Esta pregunta es pertinente si se parte de una perspectiva histórica, desde la cual es posible comprender que el multiculturalismo no es un hecho social específico de la modernidad ya que la convivencia de grupos culturales diversos en un mismo espacio social (que acontece en relaciones interculturales) es un hecho histórico recurrente, por lo que sería la condición normal de toda sociedad humana.

4.9. EL MULTICULTURALISMO

Es entendido como una manifestación de la diversidad y del pluralismo cultural, que constituye una realidad en nuestro país al igual que en la gran mayoría de las naciones del mundo en donde coexisten distintos grupos étnicos y/o culturales en un mismo territorio.

Ahora bien ¿Qué entenderemos por Interculturalidad? Este concepto sea como discurso o como praxis se halla intrínsecamente ligado al de multiculturalismo. Mientras éste último visibiliza y pone de manifiesto la diversidad cultural, la interculturalidad (en términos ideales) va más allá al fomentar la construcción de diálogos igualitarios en pos del entendimiento entre particularidades diferenciadas.

¹⁸ Ibid

4.10. INTERCULTURALIDAD EN SALUD

El hablar de interculturalidad en salud, promovida por el Estado, nos remite necesariamente a la problemática de la salud en su totalidad. Sin lugar a dudas es una de las mayores preocupaciones en toda sociedad actual y constituye una problemática social en contextos pluriétnicos. Como consecuencia por una parte, de la situación de abandono y falta de acceso a los servicios públicos de salud y por otra, de la imposición de un sistema de salud hegemónico muchas veces antagónico en relación a los sistemas médicos indígenas.

En las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.

Al respeto a esta diversidad existe una larga trayectoria en países cuyas altas tasas de inmigración han generado contextos de gran diversidad étnica y cultural; situación que ha puesto al equipo de salud en el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la relación médico-paciente.

En este contexto, la antropología como ciencia que contribuye tanto a descubrir y comprender las culturas involucradas en el proceso de atención de la salud, y proporcionar elementos socio antropológicos para apreciar el fenómeno de salud y enfermedad desde su dimensión biológica, social y cultural en un escenario de creciente pluralismo médico que caracteriza a la sociedad contemporánea.

4.11. COMPRENDIENDO LA INTERCULTURALISMO.

La noción de lo intercultural parte del hecho de que las culturas no se encuentran aisladas ni se producen por generación espontánea, en su diario acontecer tiende a abarcar espacios que le conducen a entrar en relaciones con otras culturas. Y esas relaciones que se establecen entre las culturas es lo que se denomina interculturalidad

La interculturalidad puede darse de distintos modos, pero predominante, de dos formas:

- La primera cuando al entrar en contacto con otras culturas tienden a desaparecer por las relaciones de dominación y no existe reconocimiento lo que metafóricamente denominamos antropología cultural
- La segunda se da cuando al contactarse dos o más culturas se parte del reconocimiento del contexto y la particularidad

4.12. MULTICULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD.

Lo multicultural y lo intercultural son nociones que empezaron a ser reconocidos y difundidas con insistencia a partir de la década de los ochenta del siglo XX, existe consenso en el que vivimos en un mundo y en sociedades multiculturales, sin embargo debemos observar con detenimiento la constatación de que estos conceptos son utilizados en sentidos tan opuesto que es necesario ponerse de acuerdo, en primera instancia, en lo que no significan. Razón por el cual Alain Touraine (investigador Francés) en un artículo titulado "¿ Que es multiculturalismo?". Sostiene que se han divulgado en la opinión pública cuatro acepciones:

La **primera** identifica la **multiculturalidad** con la defensa de las minorías y sus derechos. La defensa de las culturas minoritarias puede parecer a primera vista una manifestación de multiculturalismo, pero en general lleva en sentido contrario a una especie de fragmentación autista y a la hostilidad ante la coexistencia de culturas diversas la simple defensa de culturas minoritarias o sojuzgadas no constituye una manifestación o conducta multicultural

La **segunda** acepción concibe lo **multiculturalidad** como el inalienable derecho al respeto de la diferencia, una sociedad multicultural desde esta perspectiva es aquella que no se inmiscuye en "mis" diferencias culturales y las preserva intactas. Es una especie de "laissez faire" cultural (dejar hacer, dejar pasar) que conduce en las sociedades concretas aun relativismo cultural cargado de conflictos irresolubles. Esta postura termina en un individualismo ultranza y en un gregarismo social intocable. Defiende la perpetuación de la

diferencia cultural, pero no la multiculturalidad: una especie de multiculturalismo de la segregación o, inclusiva, de la secesión.

La **tercera** visión concibe la **multiculturalidad** como la simple coexistencia indiferente entre distintas culturas, desde una tolerancia incorrectamente comprendida, considera que la sociedad multicultural es aquella donde subsisten en una cierta indiferencia pluralista varias culturas. No existe interacción entre ellas, sino mera subsistencia irrelevante. Ser multicultural sería no preocuparse por el destino de las otras culturas del entorno.

La **cuarta** versión inadecuada de los fenómenos **multiculturales** es aquella que los asimila con el rechazo a la cultura occidental y las búsquedas anti occidentales. Al final del siglo esta en boga en diversas latitudes y actores sociales un llamamiento anti moderno y anti occidental, para refugiarse aparentemente en "otras culturas". Por esto es ineludible, mas bien, rechazar la polémica identificación entre antioccidentalismo y multiculturalismo.

Estas cuatro acepciones de multiculturalidad se han convertido en un serie de obstáculos para comprender la complejidad del mundo cultural actual, se han convertido, en termino según de A Touraine, en "falsos multiculturalismo". Estamos obligados a realizar esfuerzos reflexivos e investigativos para destacar el sentido profundo de lo multicultural

4.13. EL USO DEL TERMINO INTERCULTURALIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

Uno de los problemas, a la hora de diseñar políticas y programas de salud, es el uso del término interculturalidad entendido desde la bipolaridad entre lo tradicional y lo biomédico. De este tipo de problemas conceptuales derivan alguna de las confusiones más frecuentes en la práctica concreta de programas o acciones sanitarias. **La interculturalidad es entendida por el sector salud y gran parte de las ONGs como la relación entre medicina tradicional y biomedicina**, como si el hecho de incorporar la interculturalidad al sistema de salud implicara casi exclusivamente el reconocimiento y la incorporación de terapeutas tradicionales y el acomodamiento de prácticas tradicionales a los servicios sanitarios, especialmente en atención primaria y en

las salas de parto de algunos hospitales. De hecho, existen experiencias en el país – aunque aisladas y muy recientes como iniciativa en donde terapeutas tradicionales forman parte de hospitales o centros de atención primaria.

4.14. LA HOMOGENIZACIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD

La biomedicina tiende a homogenizar los programas sanitarios. El término interculturalidad hace referencia a la multiplicidad de culturas y a la interrelación de las mismas, pero en esta relación se dejan de lado la interrelación existente entre distintas culturas no occidentales que se encuentran en el país, además de los mestizos y los criollos. ***La categoría de interculturalidad resulta poco clara en el contexto Boliviano ya que es entendida exclusivamente como la unión de dos culturas en este caso la andina y la occidental, lo que llevado al campo de la salud refiere solamente a la medicina tradicional andina y a la biomedicina.***

4.15. LA SOCIEDAD CIVIL COMO EJE DE LA INTERCULTURALIDAD

Bolivia es un país pluricultural y multilingües en donde las prácticas médicas tradicionales poseen una gran riqueza tanto como por su diversidad y como por su complejidad. ***La primera clasificación que suele hacerse distingue entre los grupos indígenas de las tierras bajas o altas, pero dentro de esa división existe una gran diversidad de conocimientos sobre los procesos de salud, atención de las enfermedades por parte de la sociedad civil en su conjunto, que no solo incluye a la población indígena sino también a la mestiza y a la criolla a no ser desplazada de las instituciones sanitarias, ya que es en y desde la sociedad civil que pueden producirse las transformaciones.*** En la práctica diaria la salud intercultural es utilizada por la mayoría de la población boliviana, sin ser una exclusividad de la población indígena. Esta diversidad cultural que posee el país es un punto importante a tener en cuenta a la hora de diseñar estrategias de intervención en este campo.

CULTURA

El término “cultura” abarca un abanico de definiciones ya que es amplio y se caracteriza por muchos rasgos sociales. ***Cultura es un conjunto de rasgos***

distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y efectivos, que caracterizan a una sociedad o grupo social en un periodo determinado. El termino “cultura” engloba además modos de vida, ceremonias, arte, invenciones, tecnología, sistemas de valores, derechos fundamentales del ser humano, tradiciones y creencias a través de la cultura se expresa el hombre, toma conciencia de si mismo, cuestiona sus relaciones, busca nuevos significados y crea obras que le trascienden.

Lo que distingue una cultura de otras es lo que llamamos “diversidad cultural”.

La diversidad cultural es un fenómeno que enriquece el ser humano y lo hace distinto, diferente al resto de los humanos.

Pero la cultura también cambia se transforma y se adapta a las necesidades que van surgiendo en cada época y situación determinado por el entorno y las condiciones materiales. Es por este motivo que, dentro de un mismo país aparecen micro culturas con señas de identidad propia, dentro de una misma cultura que les engloba a todos.

ETNICIDAD

“Las diferentes aproximaciones hechas por las ciencias sociales al tema de lo étnico son vastas y complejas, aunque desde el marketing se prefiere ahondar en los trabajos antropológicos y sociológicos que explican claramente la etnicidad como fenómeno. Vista así, la etnicidad es un concepto de identidad individual y de grupo que “comprende las diferencias identificadas por color, lengua, religión o algunos atributos de origen común” (Horowitz, 1985)” (Cit: Dagoberto Páramo Morales dpamo@uninorte.edu.com). Como constructor teórico, la etnicidad ha adquirido una posición central en estudios culturales en su particular característica de acordar estatus separados para las personas pertenecientes a grupos diferenciados. No obstante la relevante e innegable importancia que la etnicidad ha venido ganando, aún permanecen algunos cuestionamientos sobre quién la define y cuáles son sus fronteras. Al respecto varios investigadores Barth y De Vos, afirman que la base de la etnicidad está en la auto-identificación de sus miembros mediados por la percepción de los otros.

ETNOCONSUMO

Reuniendo los aspectos culturales, los sociales, y los individuales en un mismo esfuerzo analítico, Venkatesh propuso “el etnoconsumo”, concebido como el estudio del consumo desde el punto de vista del grupo social o el grupo cultural al que se pertenece. Este nuevo paradigma en comportamiento del consumidor usa las categorías teóricas originadas dentro de una cultura dada. Este es concebido como el estudio del consumo desde el punto de vista del orden cultural en cuestión, usando las categorías de comportamiento y pensamiento que son propias de la cultura en consideración.

Ethnos, nación o pueblo, se usa aquí en su sentido clásico, es decir referido a un grupo de prácticas culturales que no deben ser confundidas con conceptos tales como el activismo de los consumidores en la defensa de sus derechos universales.

CAPITULO V

CONTEXTO EN EL QUE SE DESARROLLO LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo a una de las técnicas utilizadas para la investigación fue desarrollada en **GRUPOS FOCALES** como medio para conocer el comportamiento de las actitudes con representantes de la comunidad y personal de salud que acuden a consultas al Centro de Salud de Rosas Pampa.

Cuando hablamos de **CALIDAD DE ATENCIÓN** hacemos referencia a la aplicación del conocimiento y tecnología médica en el marco de la biotécnica. En cuanto a las relaciones humanas se piensa en las implementaciones legales y éticas de la práctica médica y de otras profesiones afines, en tanto a las violaciones de la integridad o autonomía, así como los derechos legales en salud, de los usuarios de los servicios consagrados en disposiciones nacionales e internacionales.

La calidad del servicio en los usuarios(as) tiene un grado de subjetividad que está ligada a las condiciones socio–culturales y económicas de confort y eficiencia en la atención de los servicios.

Pero ésta subjetividad nos permite conocer las percepciones de personas que son representantes de la comunidad y usuarios que asisten al Centro de Salud de Rosas Pampa que perciben diferencias en la atención que se brinda al paciente **IDENTIFICANDO PROBLEMAS** como:

- “Largas filas y a tempranas horas de la mañana”.
- “Demanda de pacientes insatisfecha”
- “No hay buena relación entre el personal de salud y los pacientes”.
- Escuchar las necesidades comunitarias especialmente con relación a los servicios de salud y educación en salud (Sra. Elizabeth Humerez Vigilante Comunitaria) quien manifestó que la atención en el Centro de Salud es mala por parte del personal médico.
- Proveer información acerca de los servicios de salud y las prestaciones que brinda el Centro de Salud de Rosas Pampa (

Edmundo Terán Vigilante comunitario) quien también indicó que la atención del Centro de Salud es regular por parte de todo el personal, dijo quizás es por la falta de promoción del Centro de Salud

- Apoyo comunitario a las actividades que desarrolla y/o ejecuta el Centro de Salud (Lily Cosme Secretaria de Salud)

5.1. CALIDAD HUMANA Y CALIDAD DE ATENCIÓN

La calidad de atención en los servicios de maternidad y de odontología son insuficientes (Demetrio Loma – Vigilante Comunitario GF) quien indico que la *Sra. Sonia una comerciante de 34 años madre de 4 hijos, abandonó la práctica de hacer control pre natal después de su primera experiencia. Dijo: “En mi primer hijo nomás he hecho control pre-natal, después en mis 3 últimos ya no, no sé tengo miedo nos hurgan la barriga, los senos, todos los médicos, no me gusta eso por eso no se ir, una vez no más he ido en mi primer hijo después se mentirles saben mandarme al centro no se ir, se irme a pasear se llegar a la tarde a mi casa.*

Cuando se le pregunto por qué le daba tanto miedo Sonia mencionó un factor que provoca rechazo en varias mujeres.

“Por que esa vez me han hurgado mis senos mi estomago y han entrado 3 médicos y 3 señoras y las enfermeras todas me miraban y me da miedo no tratan bien o sea desvístase, bajase, que le duele, ¿que tiene? Ellos nomás parece que nosotros tenemos que darle todas las respuestas, en lugar de que ellas nos den las respuestas “Sonia Mamani Vigilante comunitaria”

De acuerdo a la narración el personal de salud debe ser sensibilizado con respecto a las atenciones y derecho que tienen todas las pacientes, tanto en proporcionar información adecuada y atención con calidad, comprensible sobre su estado y las causas de sus condiciones y el tratamiento que deben seguir los pacientes.

5.2. CALIDAD DE ATENCIÓN

La calidad es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. La calidad de atención adquiere cada vez más fuerza debido a la presión creciente por parte de los usuarios que son la población que utilizan los servicios como los miembros de los servicios de salud y de la sociedad en su conjunto.

La calidad es la medida en que un producto satisface requerimientos y/o necesidades del cliente. De tal manera que la calidad se divide en 5 dimensiones que son: competencias profesionales, acceso a los servicios, eficacia, seguridad, comodidad ¹⁹

5.3. RELACIÓN INTERPERSONAL

Las relaciones interpersonales constituyen uno de los componentes fundamentales en la calidad de atención. Claro está que este componente no debe ser analizado solamente en relación al trato entre proveedores y clientes. Es necesario también tener presente el contexto sociocultural en el que se desenvuelven y es como funcionan los servicios.

5.4. PROYECCIÓN A LA COMUNIDAD

La proyección a la comunidad es un elemento de la calidad de atención en el sentido de la capacidad de otorgar desde los servicios: indicaciones, informaciones y mecanismo para que la población encuentre la manera adecuada de cuidar la salud de los usuarios y recurra a los servicios para resolver sus complicaciones.

Con la **OBSERVACIÓN** se mostró que la proyección a la comunidad fue parcialmente implementada como algunas actividades tal es el caso de planificación familiar que es muy precaria o inexistente a pesar de que existe

¹⁹ Ibid

capacitación a las auxiliares que son entrenadas para implementar estas actividades.

5.5. CREENCIAS, PRÁCTICAS Y COSTUMBRES EN SALUD

El Ministerio de Salud y Deportes, impulsa en el marco de la estrategia de la atención primaria en salud acciones dirigidas a la promoción y acreditación y fortalecimiento en la **MEDICINA TRADICIONAL**. Así como de su desarrollo científico y técnico, mediante normas establecidas con la participación de los interesados en las respectivas organizaciones matrices a nivel nacional, departamental y local. (Política Nal. De Salud Pag. 529)

Tomando casos de la realidad y/o costumbre de la población podemos hacer referencia a las vivencias:

“Cuando la wawa nace, primeramente es lavado y luego envuelto en una tela, mientras tanto se espera la salida de la placenta de la madre, este hecho describe una creencia y/o costumbre en relación a la leyenda de la placenta para adivinar el futuro del niño. Sin embargo existe alguna idea sobre el estado del recién nacido, si la wawa nace con los ojos abiertos, entonces se dice que será una persona vigorosa por lo general (Sra. Gregoria partera del Centro de salud)” quien manifestó su experiencia como partera de las muchas pacientes que ella atendió.

Por otro lado, también manifestó otra persona indicando que en nuestra población tenemos la costumbre de hacer ritos a la pacha mama, se pide a la Pacha mama salud, dinero, bienestar. (gertrudis Valencia GF)”.

Las personas que participaron del grupo focal también hicieron referencia a las costumbres y creencias de la pérdida y recuperación del estado anímico, tal es el relato de la siguiente vivencia.

“Según nuestras costumbres consideramos como una enfermedad de la pérdida del ajayu (susto), este ritual forma parte de la medicina tradicional” la pérdida del ajayu una de las tres sombras del alma, a consecuencia de un

susto. Solo es susceptible a ser curado dentro de la medicina tradicional (Fernández 1999:150).

Mucha gente al realizar el ritual de la Pacha mama lo realiza con bastante fe de acuerdo a sus creencias y costumbres.

5.6. CONOCIMIENTO SOBRE INTERCULTURALIDAD

“La interculturalidad, rebasa lo étnico, interpela a toda la sociedad en su conjunto implica la interrelación, la interacción diálogo de diversas y diferentes actores sociales, representados por etnias, clases regiones, comunidades generaciones etc., con distintas representaciones y universos simbólicos” (Guerrero Patricio-repleción sobre intercultural) UPS 1999

La comunidad y un gran porcentaje de la sociedad civil desconocen este concepto.

“Debe ser mas difundido sobre lo que es la interculturalidad ya que no lo entendemos, quizás es porque no existe explicación sobre estos temas, me parece que es importante así mas gente iría al Centro, pues y que los doctores también sepan de estas cosas porque, a veces, por miedo no vamos, no entendemos lo que nos dicen los doctores, medio raro no explican de lo que tenemos, por eso, yo, al naturista nomas se ir, ellos aunque sea un poco, nos hace entender sobre qué enfermedad tenemos. Pero en el Centro deberían haber señoritas que expliquen sobre estos temas y sabríamos y podemos exigir nuestros derechos a los médicos que nos atienden eso es lo que yo pienso Magali una madre de familia de la comunidad “

5.7. PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE INTERCULTURAL.

No se necesita mucha perspicacia para ver que también en el caso de salud se necesita desarrollar un enfoque intercultural .En este caso no sólo está en

juego la buena relación social y convivencia entre las interlocutoras de distintos orígenes culturales, con frecuencia, tener o no una buena convivencia y actitudes entre distintos pueden acarrear también consecuencias en la calidad de vida y hasta en la sobre vivencia misma del enfermo.

- El punto de vista del personal de salud es que la medicina científica tiene un carácter curativa y que son ellos los que generalmente pueden dar solución a la salud de los enfermos y de su problemática
- Perspectiva médica sobre conocimientos sobre la interculturalidad, lo primero que en estas diversas circunstancias suelen ocurrir es que cada interlocutor ignora la situación y supuesta del otro, en el caso del médico y demás personal de salud que, supuestamente debe prestar servicio a sus pacientes y clientes ,con frecuencia se parte ya de un bloque casi ya general debido a la ignorancia de la lengua del otro, la que obliga al silencio mutuo o a reunir a interpretes poca veces disponibles y si los hay no siempre es fiable
- Por lo general el personal de salud tiene poco conocimiento sobre la interculturalidad, ello no es de extrañar debido a que el problema abarca desde la formación de los futuros médicos, enfermeras y demás personal.
- Falla la difusión sobre la interculturalidad en nuestro centro de salud es debido a la falta de información que no se brinda al personal médico sobre la interculturalidad y la falta de talleres de información acerca de este tema que es de vital importancia para poder atender a la población con sus usos y costumbres sin discriminación alguna (**enfermera auxiliar- entrevista estructurada**)
- Actualmente es importante saber sobre el SAFCI ya que es de vital importancia para una buena atención con calidad y calidez humana a los pacientes asistentes a este Centro. (**medico general entrevista estructurada**)

La salud intercultural debe ser aplicada por todo el personal de salud para poner en práctica en nuestras fuentes de trabajo, para servir a la comunidad

satisfaciendo las necesidades de la población y las demandas que presentan los pacientes que asisten al Centro de Salud.

5.8. FACTORES DETERMINANTES DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD

En el campo de la salud existen las dificultades de diálogo intercultural predominantes en el país, se traducen en general por una insatisfacción tanto de parte de la población como del personal de salud. Esta insatisfacción se traduce a su vez en opiniones y actitudes de rechazo hacia las instituciones de salud por los servicios que ofrecen. En realidad tanto la población como el personal de salud padecen de una falta de comunicación

Estas insatisfacciones están determinadas por una serie de factores contextuales no directamente médicos que influyen en el encuentro intercultural, y toda intervención para mejorar el diálogo intercultural debe tomarlo en cuenta. Podemos clasificarlos de la siguiente manera:

a) Contexto Político.

Mientras existan en Bolivia prácticas y opiniones discriminatorias hacia los pueblos indígenas, será imposible establecer un verdadero encuentro intercultural entre las instituciones de salud y las comunidades, pues el imaginario de la dominación invadirá el escenario de las relaciones terapéuticas. No se trata aquí de un problema intercultural, sino de un problema de respeto humano.

b) De Tipo Institucional.

Disfuncionamiento del sistema de salud que se plasma en el sub-equipamiento de los establecimientos de salud, la remuneración insuficiente del personal de salud, las exigencias laborales que dejan poco tiempo a la promoción de la calidad y la formación permanente, insuficiencia de la formación médica y para-médica, que no contempla una enseñanza mínima

en ciencias sociales (antropología, psicología, sociología, idiomas nativos, etc.)

c) De Tipo Psicológico/Cultural

Las relaciones dentro de la institución médica son sumamente jerarquizadas, entre profesionales y dentro de cada profesión, de tal manera que es difícil para el personal de salud aceptar una relación más horizontal, de tipo diálogo de saberes, con personas que no tienen una formación escolar completa. Las relaciones internas, competitivas y jerarquizadas, dentro el equipo de salud, repercuten sobre las relaciones de cada profesional con los pacientes. “El clima relacional de un servicio es un elemento decisivo que favorece o traba la eficacia terapéutica”.

Según entrevistas y opiniones del personal de salud manifiestan sobre la relación personal de salud versus pacientes:

*Es importante socializar el nuevo modelo SAFCI ya que es de vital importancia tanto para el personal médico como para los pacientes asistentes al centro de salud (**enfermera auxiliar – E.E.**)*

*Si, porque se atiende a personas con diferentes culturas, hábitos, idiomas, creencias, los cuales deben ser respetadas sus culturas (**Medico – E.E.**)*

5.9. BLOQUEOS CULTURALES

Si el personal de salud y sus instituciones pertenecen a culturas distintas a la de sus pacientes, los bloqueos de comunicación tenderán a aumentar. Distingamos entre la perspectiva del médico más su personal de apoyo y la de los pacientes de otro origen cultural, junto con sus familiares.

5.9.1. LA PERSPECTIVA MÉDICA.

Lo primero que en estas diversas circunstancias suele ocurrir es que cada interlocutor ignora la situación y supuestos del otro, lo cual es particularmente

grave en el caso del médico y demás personal de salud que supuestamente debe ponerse al servicio de sus pacientes y clientes. Con frecuencia se parte ya de un bloqueo casi general debido a la ignorancia de la lengua del otro, lo que obliga al silencio mutuo o a ocurrir a intérpretes pocas veces disponibles y no siempre fiables.

Pero, se conozca o no la otra lengua, esta ignorancia puede expandirse a otros muchos ámbitos relacionados con la salud y la enfermedad, como las creencias y expectativas en torno a los procesos de curación, la expectativa de que se realicen determinados ritos curativos o el rol que deben jugar los familiares en todo ello.

5.9. 2. LA PERSPECTIVA DEL PACIENTE.

Desde la perspectiva del propio paciente surgen también otros bloqueos. Pensemos en el caso frecuente de enfermos provenientes de alguna comunidad indígena que por su salud deben internarse en un Hospital. La aceptación no siempre es buena por parte del personal de salud por un lado esta la discriminación por su forma de hablar o vestir y peor aún es mal atendido debido a que no cuenta con suficiente ingreso económico.

5.10. INICIATIVAS INTERCULTURALES.

“Todas las personas entrevistadas están dispuestas a conocer, practicar y colaborar en la iniciativa interculturales, porque consideran que debe incorporarse en el accionar de todo el personal de salud de Rosas Pampa.

. Se debe difundir a todo el personal médico y para-médico, sobre la importancia de la interculturalidad” (Nutricionista – E.E.)

5.11. PERCEPCION SOBRE LA CALIDAD DE ATENCION.

El personal de salud entrevistada sobre la calidad de atención, lo relaciona con comodidad, tratamiento adecuado, suficiente equipamiento y adecuada infraestructura; asimismo menciona que el personal necesita ser capacitado para una adecuada atención.

¿Qué componentes deben tener una atención de buena calidad?

Es la atención que incluye los siguientes elementos:

Un Adecuado intercambio de información entre el usuario y el personal de salud (Odontóloga – E.E.).

Crear conciencia en distintos ámbitos sobre la importancia de la calidad de atención (Enfermera – E.E.).

Para evaluar su accesibilidad a los servicios de salud, la comunidad realiza un balance entre las limitaciones que son: Distancia, transporte, comunicación con el servicio de salud.

La mayoría del personal de salud percibe los siguientes aspectos: Temor de las usuarias hacia el servicio **(Medico de Área – E.E.)**

Valores y prácticas tradicionales que impiden a la comunidad acudir al servicio de salud **(Trabajadora Social – E.E.)**

CAPITULO VI

ANALISIS DE LA INFORMACION

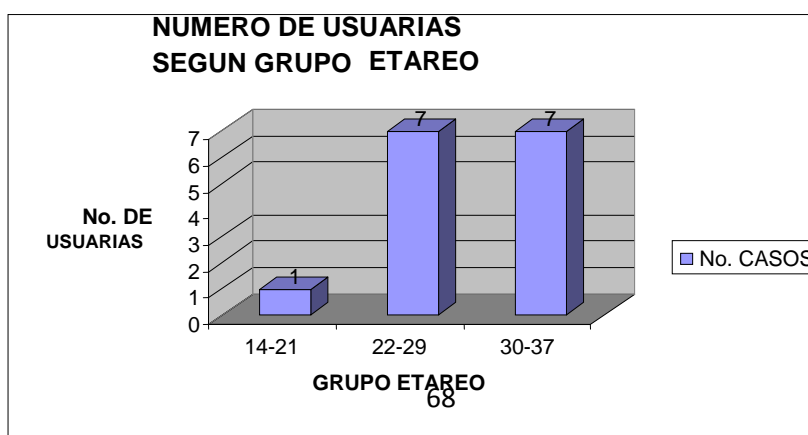
La información fue obtenida mediante la encuesta realizada a la población usuaria y al personal de salud del Centro de Salud de Rosas Pampa, en diferentes etapas de la gestión 2009, se procedió a dichas encuestas a 120 mujeres en edad fértil que acudieron al centro de salud, como al personal del Centro de Salud:

- .Usuaris que realizan su control prenatal
- .Usuaris que dieron a Luz a su Bebe
- Usuaris con tratamiento de PAP
- Personal del Centro de Salud

Mediante esta información podemos inferir sobre la calidad de atención desde un enfoque de interculturalidad que brinda el personal de salud a la población usuaria.

Los datos obtenidos mediante las encuestas realizadas a las usuarias que acuden nos muestran los siguientes resultados que se detalla a continuación:

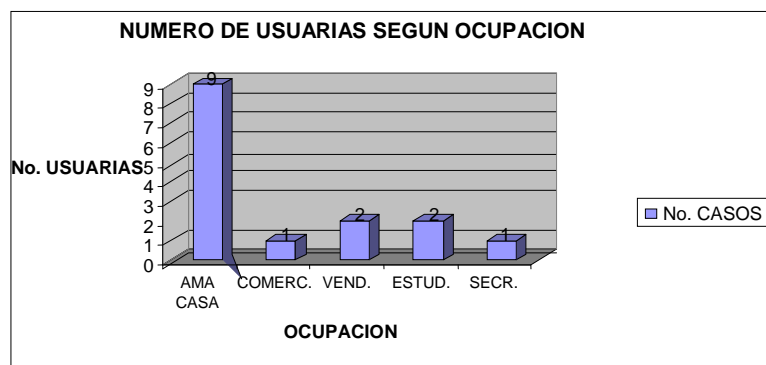
GRAFICO No. 1



Según el gráfico No. 1, el numero de usuarias que concurren al Centro de Salud de Rosas Pampa está comprendido entre la edad de 14 a 37 años que comprende prácticamente a mujeres en edad fértil, y la participación con mayor frecuencia se da en las edades de 22 a 37 años, para su control y tratamiento de acuerdo a la patología referida a su salud.

Se evidencia que existe mayor porcentaje de personas adultas que acuden al Centro de Salud para recibir atención médica.

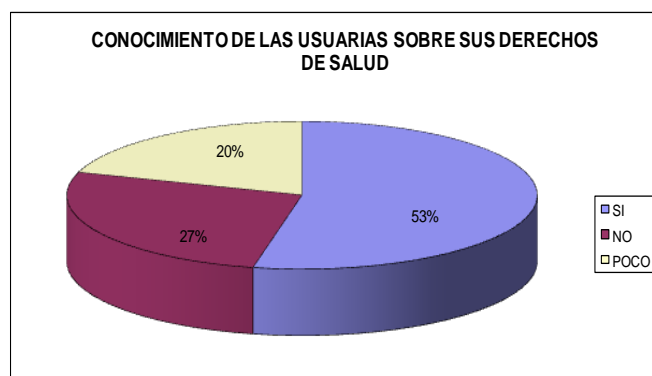
GRAFICO No. 2



Fuente. Propia

La asistencia de las usuarias al Centro de Salud de Rosas Pampa, según la información que se tiene en el gráfico No. 2, describe a una población de diferentes ocupaciones y/o actividades a los que se dedican; podemos observar mayor número de amas de casa y en un número menor que se dedican y/o trabajan como: vendedoras, comerciantes minoristas, estudiantes y secretaria que asisten para su atención.

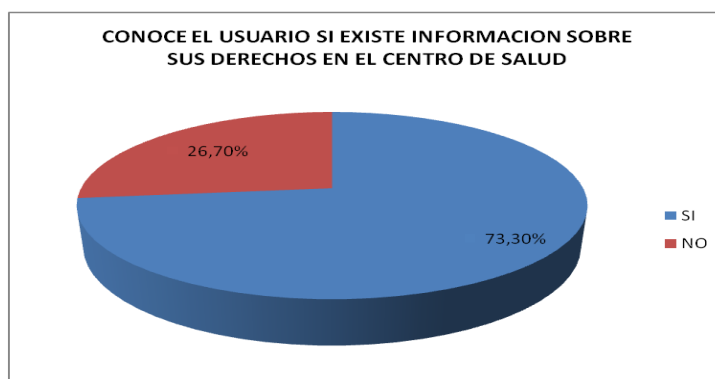
GRAFICO No. 3



Fuente. Propia

La información obtenida sobre el conocimiento de las usuarias sobre sus derechos de salud, según los datos obtenidos que se muestra en el gráfico No. 3, se puede inferir que el 53% de la población encuestada conoce sobre sus derechos de salud, y el 20% conoce muy poco o casi nada sobre su derecho y/o protección en salud y por último el 27% desconoce por completo sobre los derechos de salud que tiene cada individuo.

GRAFICO No. 4

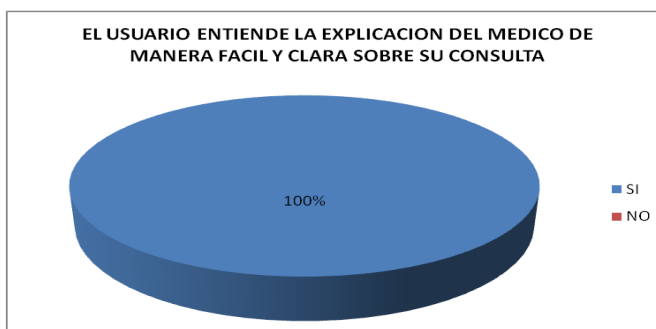


Fuente. Propia

Según el gráfico No. 4, podemos deducir que el Centro de Salud de Rosas Pampa proporciona información sobre los derechos de salud de cada ciudadano, según los datos el 73.30% indican que existe información en el Centro de Salud de Rosas Pampa sobre sus derechos y el 26.70% desconoce

de la información que puede proporcionarle el Centro de salud para mejorar su atención.

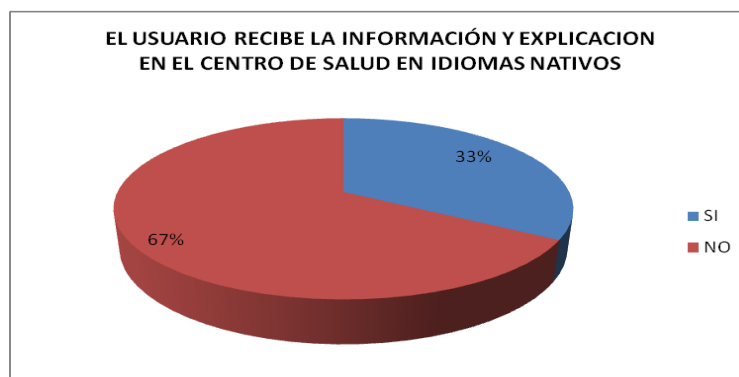
GRAFICO No. 5



Fuente. Propia

La información que se muestra en el gráfico No. 5, sobre si las usuarias entienden las explicaciones que proporciona el médico sobre sus dolencias y consultas, según las respuestas indican que son claras y fácil de entender y que las consultas son satisfactorias.

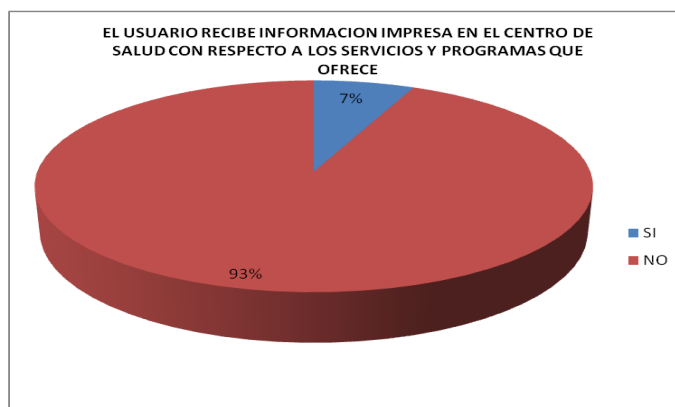
GRAFICO No. 6



Fuente. Propia

Como podemos observar en el gráfico No. 6 sobre si las usuarias tiene esa facilidad de recibir información en su idioma nativo, según se muestra que apenas el 33% si efectivamente recibe la información en su idioma nativo y el otro grupo que corresponde al 67% no recibe la información en ningún idioma nativo.

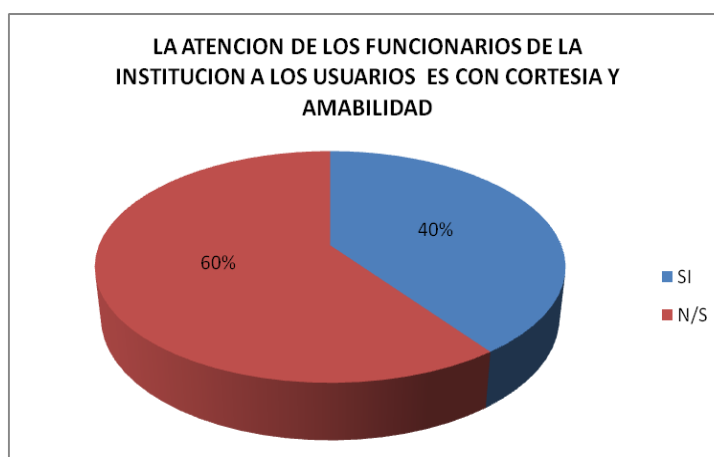
GRAFICO No. 7



Fuente. Propia

Las usuarias para su orientación y/o comprensión si reciben alguna información impresa en el Centro de Salud respecto a los servicios y programas que ofrece, según el gráfico No. 7 el 7% de las entrevistadas indican que si reciben este tipo de información para su orientación, en cambio el 93% indica que desconocen que existe esta información.

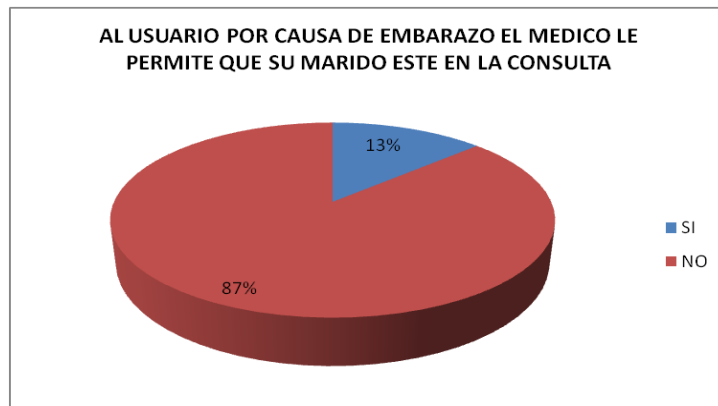
GRAFICO No. 8



Fuente. Propia

La participación de los funcionarios de cada institución es la carta de presentación según se afirma en algunos casos, por lo que podemos indicar que el 40% de las entrevistadas afirman que reciben un trato con cortesía y amabilidad; en el caso de N/S se tiene el 60% indica que la atención es buena solo de algunos funcionarios y no todos tratan con cortesía y amabilidad

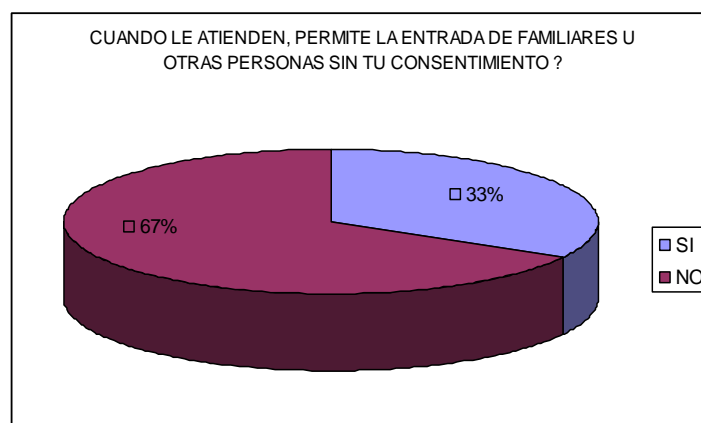
GRAFICO No. 9



Fuente. Propia

Según los datos que se muestra en el gráfico No. 9, las mujeres que son objeto de estudio indican que el 13% afirman que permiten el ingreso a su marido y participa en la consulta, en cambio el 87% indica que no permite el ingreso de su marido a sus consultas y que participan solas.

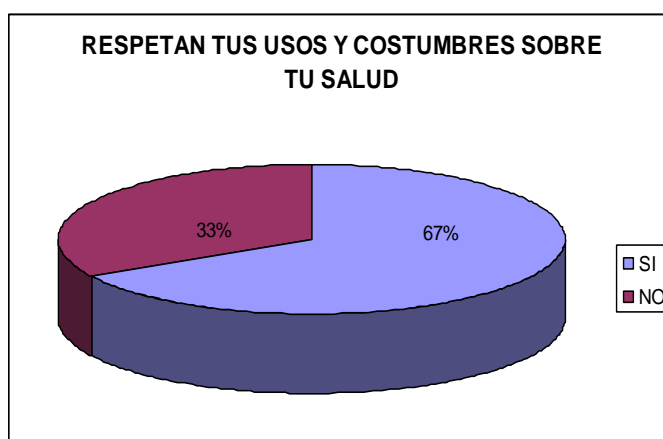
GRAFICO No. 10



Fuente. Propia

No existe en algunos casos la privacidad de las personas, cuando se realizan consultas permiten y/o dejan el ingreso a familiares u otras personas sin el consentimiento de uno, analizando la información indican que el 33% de las personas afirman que permiten sin consulta alguna el ingreso a personas al consultorio, en cambio el 67% de las entrevistadas indican que no ingresan a los consultorios cuando las están atendiendo.

GRAFICO No. 11



Fuente. Propia

Las usuarias del Centro de Salud de Rosas Pampa indican que en este centro el 67% de las entrevistadas indican que los funcionarios de la institución respetan sus usos y costumbres sobre su salud y que el 33% hacen referencia que no son respetadas sus costumbres y usos tradicionales de salud.

GRAFICO No. 12



Fuente. Propia

Así mismo se realiza el diagnostico al Centro de Salud de Rosas Pampa sobre los servicios y programas que prestan para determinar si son buenos o malos la calidad de servicio, en este sentido el 93% de las entrevistadas hacen referencia de la calidad y el buen servicio que proporciona el centro, y el 7% de las entrevistadas que demuestran su desconfianza sobre la atención.

GRAFICO No. 13



Fuente. Propia

Mediante la información que corresponde a la pregunta del concepto de la interculturalidad, el 100 % de los entrevistados responden que si conocen, debido a que los funcionarios participaron en los cursos y seminarios auspiciados por la institución sobre el tema de la interculturalidad.

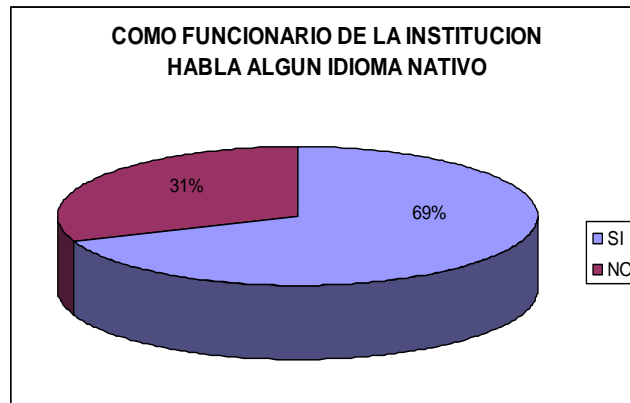
GRAFICO No. 14



Fuente. Propia

Asimismo los funcionarios de la institución creen la importancia de la interculturalidad, en este caso todos los funcionarios afirman que es necesaria su aplicación de este concepto en el marco de una comprensión de esta terminología que debe ser aplicada en todo el concepto de salud.

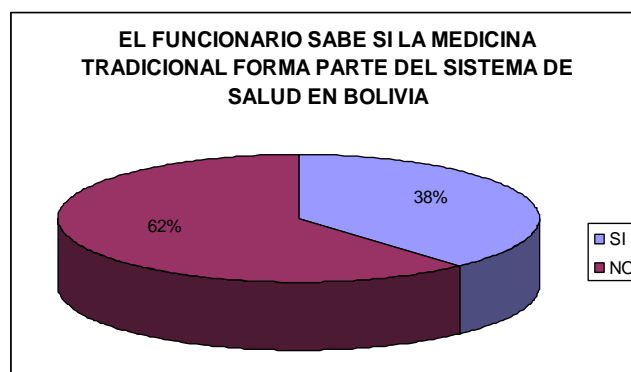
GRAFICO No. 15



Fuente. Propia

Los funcionarios del Centro de Salud de Rosas Pampa, hacen referencia de que el 69% si hablan algún idioma nativo tal es el caso de quechua y/o aymará y que el 31% no habla ningún idioma, por lo que en algunos casos obstaculiza la comunicación con los usuarios y perjudica en la atención médica.

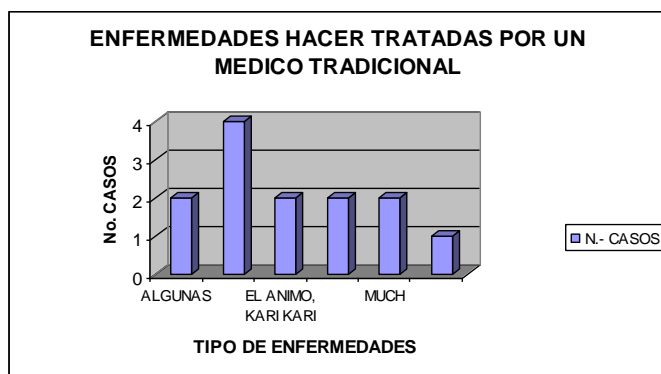
GRAFICO No. 16



Fuente. Propia

La pregunta formulada a los funcionarios del Centro de Salud de Rosas Pampa sobre si conocen y/o sabe si la medicina tradicional forma parte del sistema de salud de Bolivia, el 38% afirma que si es parte del sistema de salud de Bolivia todo tratamiento que se realiza con la medicina tradicional. Y que el 62% indica que no corresponde y no es parte del sistema de salud de Bolivia.

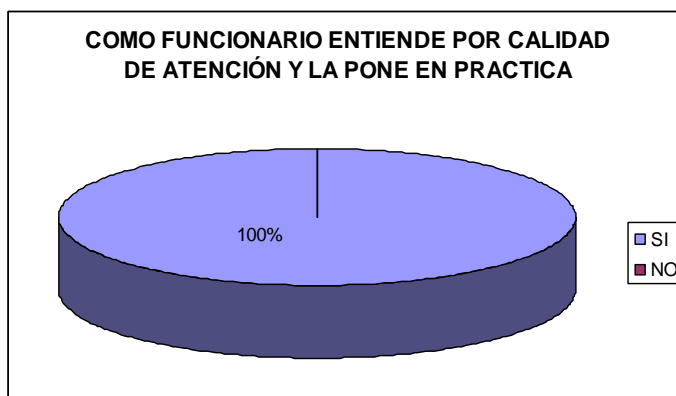
GRAFICO No. 17



Fuente. Propia

Según el sondeo de opiniones realizadas a los funcionarios se puede detallar que deben ser tratadas algunas enfermedades como ser: dolores sencillas, el animo y/o el Khari Khari, enfermedades raras y muchas otras enfermedades que, en algunos casos, los médicos no pueden curar, esta afirmaciones dan a entender la importancia de la medicina tradicional en los pueblos como en las ciudades.

GRAFICO No. 18



Fuente. Propia

La responsabilidad debe recaer en cada funcionario por lo que podemos percibir en el gráfico No. 18, que el personal del Centro de Salud de Rosas Pampa, en su totalidad entiende la necesidad de brindar la calidad de atención y su objetivo es poner en practica para que los usuarios tengan mejor atención.

CAPITULO VII

DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7. DISCUSION.-

Este estudio se llevo a efecto con el propósito de determinar los factores culturales que influyen en la calidad de atención en el Centro de Salud de Rosas Pampa.

Entre los factores identificados están el poco conocimiento del contexto cultural, en el que se desarrolla la subestimación de la práctica y costumbres de la población, aunque sea manifiesta su interés y predisposición por el tema intercultural, en la practica es otro aspecto que ver desarrolla algunas estrategias de intervención.

Entendiendo la Interculturalidad como la relación existente entre dos o más culturas realidad a la que nos enfrentamos día a día en el Centro de Salud que muchas veces se ve o surgen dificultades en aceptar al usuario que es migrantes tal como es con, sus costumbre del lugar puede ser el idioma o no comprender la gran importancia que tiene para nuestra población las enfermedades de filiación cultural, como la perdida del ajayu el ritual de la placenta

Si la calidad de un servicio se mide a través de la satisfacción de los usuarios. Nuestro objetivo debe de estar dirigido al lograr o alcanzar la calidad de atención con eficiencia y eficaz que brindar el equipo de salud debe de estar

presente, interpretamos que la competencia es la capacidad profesional incluso suficiente, en tanto si ligamos competencias con interculturalidad abstendremos que es aquella capacidad de la persona que la calidad como eficiente o apta para desarrollar sus funciones en un contexto multicultural

Para alcanzar este objetivo, el cual es lograr un cambio de actitudes de los prestadores en salud en el conocimiento y la aplicación de la interculturalidad, lo fundamental es el respeto hacia las demás culturas de los demás entendiendo que no hay culturas mejores ni superiores. Y tener presente que somos una raza mestiza producto de una mezcla de originarios indígenas y españoles por tanto somos una gran diversidad existente en nuestro país hecho que nos debe motivar a preciar lo nuestro, con nuestra costumbre muy arraigadas que han pasado de generación en generación, que a veces menospreciamos o no valoramos por influencias externas entre estas nuestras formaciones biológicas que nos vuelven más analíticos pretendiendo encontrar una explicación lógica o científica a todos los hechos culturales, teniendo que apreciar lo nuestro, a través de la alineación, que nos muestra lo maravillosos de nuestra cultura

Con esta investigación se pretende principalmente analizar el *nivel de factibilidad* para la implementación del enfoque de interculturalidad en el Centro de Salud de Rosas Pampa, la propuesta va encaminada tomando en cuenta que las relaciones interculturales se pueden desarrollar en diferentes ámbitos, como: personas, grupos y población en general

7.1. CONCLUSIONES

La investigación realizada se desarrolló en base a los objetivos planteados, para su análisis de los factores culturales que influyen en la calidad de atención que reciben los usuarios en el Centro de Salud de Rosas Pampa. En la investigación realizada surgieron una variedad de criterios por parte del personal de salud, como de la población usuaria que, permita analizar estas perspectivas desde diferentes puntos de vista, considerando a diferentes actores sociales involucrados en este proceso de implementación de acuerdo a las actuales políticas sociales del Estado. Estos elementos darán las pautas para conocer las causas que condicionan el acceso a los servicios de salud con un enfoque Intercultural que permita mejorar la calidad de atención en los servicios del Centro de Salud de Rosas Pampa y facilitar la relación entre el personal de salud y los usuarios..

A continuación se menciona las principales conclusiones:

- Se encontró que el personal de salud precisó de talleres de reciclaje sobre relaciones interpersonales, conocimientos sobre los diferentes valores y costumbres que tiene la población que acude al Centro de salud.
- Es importante mencionar el desconocimiento en cuanto a costumbres y valores que tiene la población usuaria y en especial el manejo que tienen sobre su salud. Es así que en cierta medida, la inaceptabilidad que tiene el personal de salud hacia la medicina tradicional, es también un componente que provoca rechazo a las prácticas culturales de la población, ocasionando así problemas con los usuarios.
- La población de la Zona de Rosas Pampa está conformada por migrantes de primera y tercera generación, desconocen los servicios que presta el centro de salud y eso hace que exista menor demanda debido a la falta de promoción de los programas que se brinda.

- Otro elemento que resalta en la investigación está referido al trato que reciben los usuarios en el Centro de salud y específicamente existe la discriminación que se da a los pacientes cuando son del área rural.
- Al respecto podemos referir que la principal falencia que se presentan en el Centro es el trato que da el personal de salud al paciente y/o usuario, existiendo factores determinantes como ser la falta de: Comunicación, idioma y el trato con calidad y calidez.
- Los idiomas nativos ya sea quechua y/o aymará de los usuarios migrantes de las áreas rurales, representan una limitante para comunicar sus dolencias y sean entendidas por el personal de salud,
- La explicación del médico acerca de la enfermedad en algunos casos no es comprendida, por los términos médicos, así el usuario hable castellano, si el médico o la enfermera no explican de manera adecuada, siempre va existir esa barrera.
- De esta manera, podemos mencionar que, según las opiniones del personal de salud y de representantes de la zona de Rosas Pampa del Distrito I ven como favorable la implementación de la interculturalidad en la atención, porque ayudaría a mejorar en la relación del personal de salud con el usuario/a
- Otras de las conclusiones a las que se llegó es que el personal de salud esta de acuerdo en hacer la fusión entre la medicina tradicional y la medicina occidental a fin de que los usuarios se sientan cómodos y satisfechos con la atención que reciban por parte del personal de salud es en este sentido , muy importante evidenciar la disponibilidad del personal de salud como de la población en general

7.2. RECOMENDACIONES

Es necesario señalar sobre los factores culturales, ya que dentro de nuestra sociedad está visto como algo normal el discriminar las costumbres, tradiciones, usos y otros de las personas generalmente migrantes del área rural, donde encuentran barreras culturales que no permiten en muchos casos desenvolverse y que limitan sus acciones. Por todo esto se busca la interrelación de las culturas y el aprovechamiento de la calidad de atención de los servicios de salud y la incorporación de todo el personal de salud que es de suma importancia, que comprenda a los usuarios sin importar su procedencia, la falta de empatía de parte del personal de salud sobre las creencias, costumbres, y prácticas relativas a la salud – enfermedad de los pacientes.

Formar al personal con capacidad que comprenda que el derecho a la salud es inalienable, respetando los valores morales, culturales de las personas sin distinción de raza, color, sexo, religión, origen nacional o social posición política o cualquier otra condición, porque todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

- Participación activa y comprometida de la población y del personal de salud para la implementación del nuevo modelo sanitario SAFCI, para lograr la calidad y calidez de atención en el centro de salud.
- Priorizar la retroalimentación de la comunicación entre el personal de salud y la comunidad practicando y/o aplicando la interculturalidad como base del conocimiento del diario vivir.
- Para un bien común debemos interpretar la interculturalidad como una necesidad de comunicación, entendimiento y convivencia, sobre la base del conocimiento y/o comprensión de las diferentes culturas.

ANEXOS

1. Mapa de Ubicación de la RED BOLIVIANO HOLANDES
2. Encuestas
3. Ficha Social
4. Boleta de Satisfacción
5. fotos

CAPITULO VIII

MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE ROSAS PAMPA A TRAVES DE LA TRANSFERENCIA DE METODOLOGIAS DE ATENCIÓN Y CAPACITACIÓN, DESDE UNA PERSPECTIVA DE INTERCULTURALIDAD

I.-ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN.

Determinar los *factores culturales* que influyen en la calidad de atención, incorporando aspectos de la cultura local que permita mejorar la interrelación entre el personal de salud de Rosas Pampa y el usuario en la práctica diaria.

Con la investigación realizada se plantea mejorar la calidad de los servicios, mediante la transferencia de *metodologías de atención y capacitación, desde una perspectiva de interculturalidad*, en el Centro de Salud de Rosas Pampa.

Con la investigación que se realizó en el Centro de Salud de Rosas Pampa se obtuvo la siguiente información:

Maltrato que reciben los usuarios de parte del personal de salud que discriminan los idiomas nativos y la falta de respeto a los valores culturales.

Desconocimiento de las prácticas, usos y costumbres de la población, que son factores determinantes que causan la falta de compromiso entre el personal de salud y los usuarios.

Falta de respeto a la cultura del otro.

Las relaciones entre el personal de salud y los usuarios de los servicios, por lo general, son insatisfechas.

Falta Calidad Humana de parte del personal de salud hacia los usuarios.

Los problemas que se identifico influyen en la baja calidad de atención en el Centro de Salud Rosas Pampa.

Se pretende socializar al personal de salud, sobre el Nuevo Modelo de Salud SAFCI.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Ciudad del El Alto por ser una ciudad de reciente creación y formada por una población en su mayoría migrante del Área Rural, ésta al asentarse, va conformando nuevas urbanizaciones y en algunos casos no cuentan con todos los servicios básicos, como ser agua, luz, alcantarillado y acceso a la educación y salud.

Los diversos factores que impiden el acceso a la salud limitan ejercer los derechos fundamentales de la ciudadanía que, se constituye en un problema, y debido a ello se presentan casos de mortalidad materna infantil por las complicaciones que amenazan la vida, a causa de distintas enfermedades que se presenta. La falta de decisión para pedir ayuda y la desconfianza de los servicios de salud a un centro de salud, ya sea por costumbre, tradiciones, mitos, creencias culturales y falta de recursos económicos, desconociendo, de la existencia del seguro gratuito como el SUMI (Seguro Universal Materno Infantil) y SESO (Seguro Escolar de Salud Obligatorio) Bono Juana Azurduy o simplemente porque esperan a que la enfermedad sea de gravedad impiden que los usuarios acudan a los centros de salud, en su oportunidad.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.-

III.- OBJETIVO GENERAL DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.-

Mejorar la calidad de atención del personal de salud a los usuarios, en el Centro de Salud de Rosas Pampa a través de la transferencia metodológica de atención y capacitación, desde una perspectiva de interculturalidad.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Facilitar el acceso de los usuarios en el Centro de Salud de Rosas Pampa, con la transferencia metodológica de atención y capacitación del nuevo modelo de salud (SAFCI).

Capacitar y sensibilizar al personal de salud desde una perspectiva de interculturalidad y salud para mejorar la calidad de atención.

Contribuir en la atención al usuario con una comunicación directa y permanente con un enfoque intercultural, para establecer una interacción con calidad.

V.- OBJETIVO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

- Identificar los factores que han favorecido a obstaculizar, el cumplimiento de la atención con calidad, desde un enfoque intercultural y atención básica de salud a través del respeto de los usos y costumbre de los usuarios que asisten al Centro de Salud.
- Valorar el papel de la interculturalidad, y que sea un medio para interrelacionar los elementos culturales que desvalorizan su rol.
- Promover eventos de sensibilización y socialización continuos para la aplicación del SAFCI.

VI ACTIVIDADES.-

TALLERES DE TRANSFERENCIA METODOLOGICA AL EQUIPO INSTITUCIONAL.-

Realizar talleres de transferencia metodológica al personal y usuarios de Salud de Rosas Pampa.

- Capacitación al personal de Salud Sobre el nuevo modelo de salud e interculturalidad SAFCI, medicina tradicional. Cosmovisión Herbolaria.

- Socio-drama desde un enfoque de interculturalidad de Atención en salud dada en los idiomas quechua, aymará y castellano dirigido a los usuarios.
- Realizar afiches sobre la Atención con calidad disponible a los usuarios en el centro de Salud (en la de que se detalle los servicios, derechos de los usuarios, la atención que deben exigir, etc.)
- Realizar acciones preventivas

VIII.- TALLERES DE CAPACITACIÓN A USUARIAS.-

OBJETIVO ESPECIFICO.

- Potenciar a las usuarias en el uso de sus Derechos Humanos desde una perspectiva integral que permita, el respeto a sus saberes de usos y costumbres.

ACTIVIDADES.

- Visitas domiciliarias a la población de la Zona para informar sobre las prestaciones que brinda el Centro de Salud y dar a conocer e informar sobre las nuevas políticas de Salud SAFCI.

X.- RESULTADOS ESPERADOS.

- Usuarías/os con conocimiento y herramienta que les permitan ejercer sus derechos ciudadanos y respeto a sus usos y costumbres

X1.- METODOLOGIA DE TRABAJO

Se coordinará con un equipo de capacitación técnico con más de quince años de experiencia en la ejecución de estrategias integrales de incidencia política, donde uno de sus componentes fundamentales es la capacitación. Formación dirigida a los prestadores de servicio de intervención a mujeres de diferentes sectores en situación de violencia con un Enfoque de Intercultural.

Realizar dinámicas y técnicas de motivación, animación apoyada por exposiciones audiovisuales cortos, basadas en el modelo de participación, de diálogo y permanente intercambio de experiencia y conocimientos sobre la atención con un enfoque de interculturalidad.

- En cada uno de los talleres se aplicará pre y pos evaluaciones que permitan realizar seguimiento institucional del personal de salud del Centro de Salud de Rosas Pampa.
- Posteriormente en cada uno de los talleres se realizarán actividades de supervisión en la práctica institucional a cada funcionario de Salud.

XII.- ESTRATEGIA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE IMPACTO

- El equipo técnico capacitador elevará el informe por cada uno de los talleres ejecutados, acompañado a cada informe lista de participantes, evaluaciones pre y pos taller.
- La evaluación se realizará a dos niveles uno a nivel de evaluación participativa al concluir cada uno de los cursos- taller con guías de orientación para los participantes y el otro en un segundo nivel interno institucional.
- Las sugerencias y aportes de cada participante a los cursos o talleres se tomarán en cuenta y serán implementados en posteriores actividades.

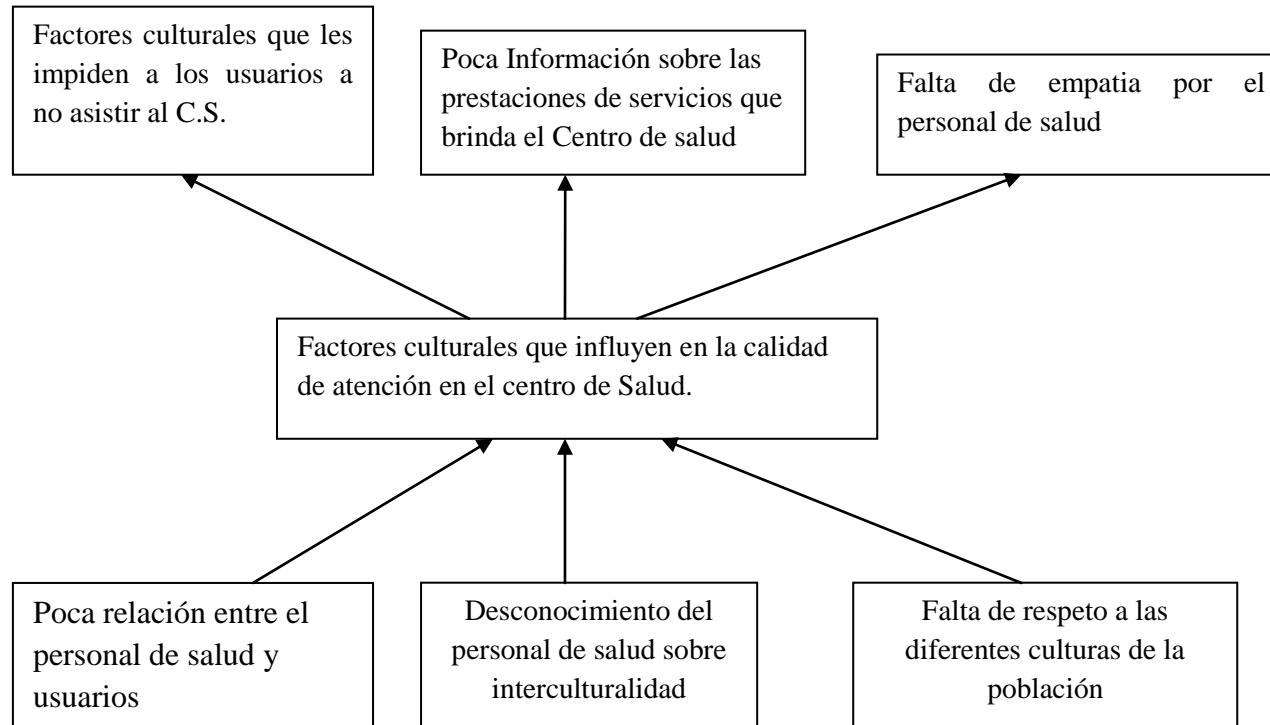
XIII- RESULTADOS ESPERADOS

- El personal o equipo multidisciplinario estará dotado de conocimientos, habilidades y destrezas para brindar una atención con calidad y calidez desde una perspectiva de interculturalidad.
- El equipo fortalecido y sensibilizado en el manejo conceptual y teórico metodológico, desde una perspectiva de interculturalidad dirigida a

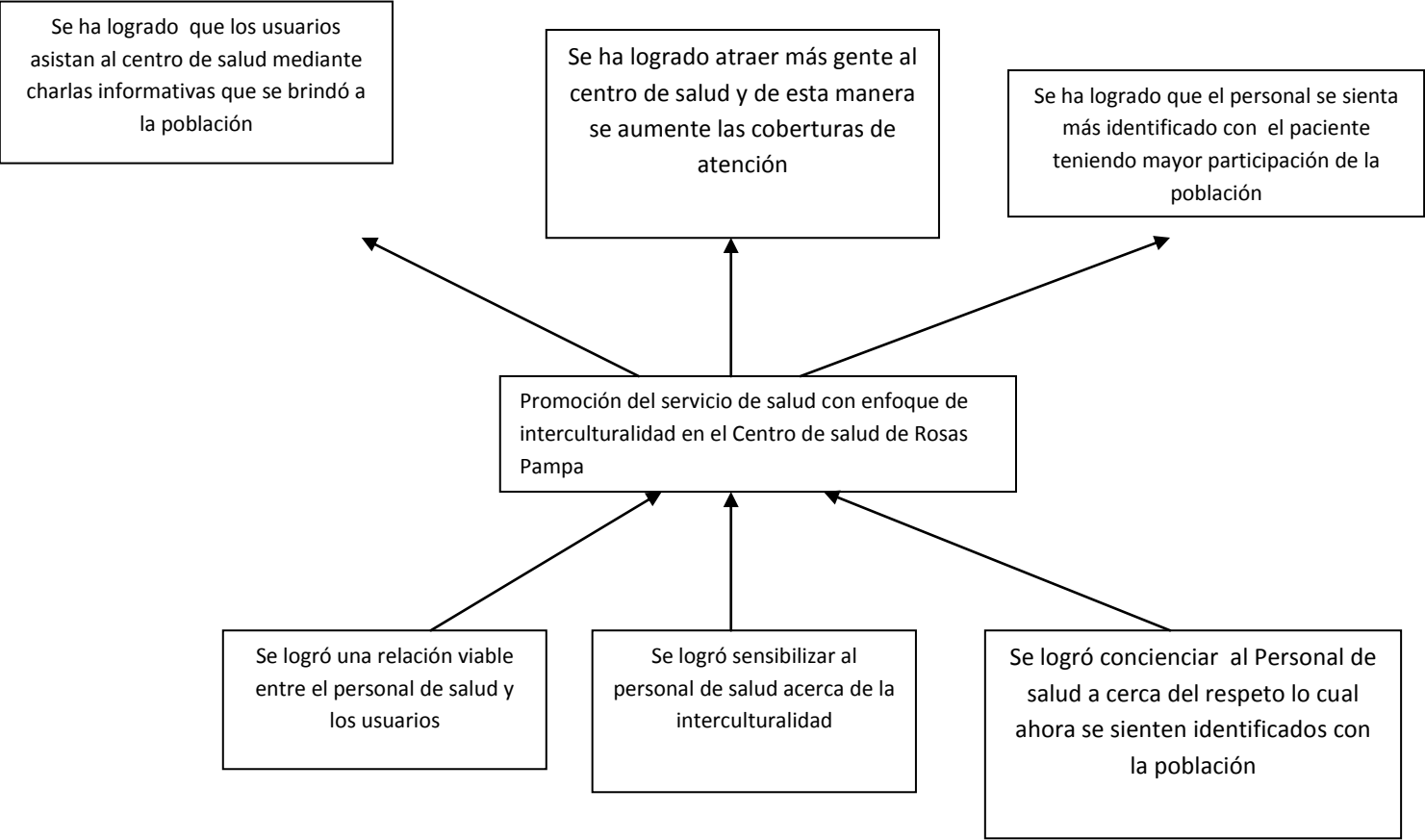
una calidad de atención óptima, debe ser el que interrelacione las relaciones de usuario y funcionario para un entendimiento mutuo.

- Usuarios con conocimientos y herramientas que les permiten ejercer sus derechos ciudadanos.

ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE SOLUCIONES



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (EXPRESADO EN SEMANAS)

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ACCION I										
Talleres de transferencia metodológica	x									
ACCIÓN II										
Talleres de capacitación al equipo institucional										
a) La salud como derecho fundamental		x								
b) El SAFCI		x								
C) Medicina tradicional			X							
d) Cosmovisión andina			X							
e) Herbolaria			X							
ACCIÓN III										
Taller a los usuarios										
a) Derechos humanos				x						
b) El SAFCI					x					
c) violencia desde un enfoque intercultural						X				
d) Prestaciones que brinda el centro de Salud							x			
Elaboración estrategia de seguimiento y evaluación de impacto								x		
Sistematización informe del proceso de capacitación y transferencia de metodología									x	x

PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
				Bs.
Material de Escritorio				
Cuaderno de 50 hojas	1 Pza.	120	3.0	360
Fólder T/Oficio	1 Pza.	120	3.0	360
Bolígrafo negro Faber Castell	1 Pza.	120	1.5	180
Papel sabana tamaño resma	20	20	1.5	30
Marcadores	12	12	2.5	30
Data Show	Prestado	Prestado	Prestado	0
Maletines con distintivo	1	120	25	3000
Clips 1" x 100 unidades	1Caja	100	5	5
Tarjeta de cartulina 10 x 16cm.	1	120	0.5	60
Trípticos de Interculturalidad	1 Pza.	120	5	600
Libros de actas	2	2	40	80
Chinches	1 paquete	100	8	8
Alfileres	1 paquete	100	7	7
Cinta de embalaje	1 Pza.	1	10	10
Hojas bond tamaño carta	1 paquete	500	0.07	36.5
Hojas bond tamaño oficio	1 paquete	500	0.08	40
Madeja de lana	1	1	8	8
Chinches	1 Paquete	100	6	6
Certificados de participación	1	120	10	1200
Masquin	1	1	9	9
Total en Bolivianos				6029.5

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
				Bs.
Refrigerios				
Refresco personal (5días)	Botellas	39	1	195
Salteñas(5 días)	Global	39	2.5	488
Almuerzo(5 días)	Global	39	16.	3.120
Servilletas	3 Paquetes	100	10	30
Total en Bolivianos				3.833