

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA – ENFERMERIA – NUTRICION
TECNOLOGIA MEDICA
UNIDAD DE POST GRADO



“FACTORES CULTURALES DE MUJERES GESTANTES
QUE INTERFIEREN EN EL ACCESO AL SUMI EN EL
MUNICIPIO DE LA ASUNTA; 1er SEMESTRE 2006”

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN
INTERCULTURALIDAD Y SALUD

POSTULANTE: Dr. Elias Quispe Mamani

TUTOR: Dr. José Zambrana Torrico

LA PAZ – BOLIVIA
2006

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primer lugar a Dios por haberme otorgado vida, permitiéndome llegar a esta etapa que me encuentro hoy, acompañándome en todo momento y en todo lugar cuando mas lo he necesitado.

Al Dr. José Zambrana por haberme guiado y colaborado en la realización de este trabajo y a todos los informantes que contribuyeron a esta investigación: al Personal de Salud y a mujeres de Sud Yungas que me concedieron su tiempo y su amabilidad

DEDICATORIA

A mi esposa Lucy que incondicionalmente me estuvo apoyando en la realización de esta investigación hasta culminarlo y que me permite crecer profesionalmente.

A mis hijos Rodrigo y Álvaro que son la luz que ilumina mi camino y que me guían en las noches de cansancio

RESUMEN

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores culturales que presentan las mujeres gestantes que interfieren en el acceso al SUMI, en el Centro de Salud Hospital La Asunta durante el primer semestre del 2006?

Objetivos

- Determinar los factores culturales en mujeres gestantes que interfieren en el acceso al SUMI, en el Centro de Salud Hospital La Asunta durante el primer semestre del 2006
- Determinar de qué manera interfiere la concepción cultural de salud - enfermedad en el acceso al SUMI en mujeres gestantes del Centro de Salud Hospital La Asunta.
- Establecer cuál es el principal temor (trato, pudor, infraestructura, vestimenta) que interfiere el acceso al SUMI de mujeres gestantes que no acuden al Centro de Salud Hospital La Asunta .

Diseño del trabajo

El presente trabajo de investigación es del tipo cualitativo y descriptivo

Lugar

La 5ta sección de la provincia Sud Yungas, Municipio la Asunta, Centro de Salud Hospital La Asunta

Población

Mujeres que no acuden al control prenatal, parto, puerperio a los Centros de Salud, y tiene otra alternativa (grupo de estudio)

Mujeres que acudieron al control en los Establecimientos de salud (grupo de referencia).

Intervención

En base a los criterios de selección establecidos, se conformaron dos grupos con los cuales se trabajo: Un grupo de estudio y otro de referencia, buscando información clave y crucial sin tener en cuenta la cantidad. Lógicamente se establece criterios de inclusión y de exclusión para el grupo de estudio y referencia.

Resultados

Grupo de estudio:

Aunque la mayoría de las mujeres de este grupo no visitan ningún servicio de salud, prefieren la atención del sistema de la medicina tradicional. La mayoría de las mujeres tienen miedo por pudor, no las entienden; con respecto al entorno familiar el esposo en la mayoría del los casos es el que brinda seguridad y calidez en el ciclo reproductivo

Grupo de referencia

La mayoría de este grupo sostiene que se debe ir al control lo más tempranamente que se pueda, y que se tiene que hacer por lo menos cuatro controles prenatales. Todas quedaron satisfechas por la seguridad que transmite el personal de salud. .

Conclusiones

Los factores culturales como barreras, descritas y estudiadas en esta investigación son importantes y que merecen ser tomadas en cuenta si se pretende dar éxito a las nuevas políticas de salud.

El temor factor fundamental del deficiente acceso de las mujeres gestantes, involucra a los tres factores secundarios en este caso (idioma, concepción cultural de salud –enfermedad y religión) tiene que ser el tema a tratar en una maternidad concertada e intercultural.

INDICE

Pág.

I. INTRODUCCION	
II. MARCO TEORICO	1
2.1 Principales causas de muerte materna	3
2.2 Seguro Universal Materno Infantil	3
2.3 Comunicación e interculturalidad	4
2.4 Medicina occidental	5
2.5 Medicina tradicional	6
2.6 Desconfianza hacia la medicina occidental	6
2.6.1. Comunicación	6
2.6.2 La información inadecuada	7
2.6.3 Idioma, lenguaje y sentimientos	8
2.7 Ámbito geográfico de estudio	8
2.7.1 Geografía Territorial y división Política Administrativa	10
2.7.2. Vías de acceso	11
2.7.3 Medios de comunicación	12
2.7.4 Servicios de comunicación anexa	12
2.7.5 Altitud	12
2.7.6 Temperatura ambiental	13
2.7.7 Precipitaciones pluviales	13
2.7.8 Relieve	13
2.7.9. Topografía	13
2.7.10 Acceso y usos de suelos	13
2.7.11 Características de la región según cultura	14
2.7.12 Servicios básicos existentes	14
2.7.13 Idioma	15
2.7.14 Principales actividades económicas y de producción	15
2.7.15 Salud	15

III. REVISION BIBLIOGRAFICA MARCO REFERENCIAL	16
3.1. Guía para la atención intercultural de la salud materna.....	16
3.2 Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia	16
3.3 medicina tradicional del ciclo reproductivo	17
IV. JUSTIFICACION.....	17
V. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	18
5.1 Pregunta de investigación	19
5.2 Hipótesis de estudio.....	20
5.3 Objetivo general.....	20
5.4 Objetivos específicos.....	20
5.5 Diseño o tipo de estudio.....	21
5.6 Tamaño de muestra.....	21
5.7 Población y lugar	23
VI. INTERVENCION O METODOLOGIA.....	23
6.1. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	23
6.2. Operacionalización de las variables.....	25
VII. RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	26
7.1 Factores culturales en mujeres gestantes que no asisten al hospital (grupo de estudio)26
7.2 Factores culturales en mujeres gestantes que asisten a los establecimientos de salud (grupo de referencia).....	37
7.3 Características generales del personal de salud encuestado (cuestionario al personal de salud)	45
7.4 Análisis general.....	49
7.4.1 Hallazgos en el grupo de estudio	49
7.4.2 Hallazgos en el grupo de referencia.....	51
7.4.3 Análisis del grupo de trabajadores en salud del Municipio.....	52

VIII. DISCUSION.....	53
IX. CONCLUSIONES.....	54
X. RECOMENDACIONES.....	56
XI. CRONOGRAMA	57
XII BIBLIOGRAFIA.....	58
XII. CRONOGRAMA.....	55
PROPUESTA DE INTERVENCION	

ANEXO A: Tabla de similitudes y diferencias entre grupo de estudio y grupo de referencia

ANEXO B: Entrevista en profundidad (Dirigida a mujeres que no acceden a los servicios de salud)

ANEXO C: Entrevista (Dirigida a mujeres que acuden al Hospital em Control prenatal, parto y pos parto)

ANEXO D: Guía de encuesta (Dirigida al personal de Salud)

I. INTRODUCCION

En Bolivia, a través de los años los gobiernos han expresado preocupación por incrementar la demanda de los servicios por medio de la oferta de programas y acciones de Atención Primaria orientados a reducir la mortalidad materna e infantil. La maternidad refleja la pobreza de un país subdesarrollado, un país pluricultural y multiétnico, cuyas consecuencias afectan con matices de mayor vulnerabilidad a la mujer indígena a través de la marginación étnica, cultural, social y económica violando de esta forma el derecho a la salud y a la vida de la mujer.

Bajo este contexto se inicia la construcción de un nuevo sistema de salud dentro de un proceso de reforma gradual orientada a enfrentar los requerimientos generales y específicos de cada región y de diferentes grupos humanos. Este nuevo sistema tiene por objeto consolidar a la salud como un derecho universal de tal manera que se puede medir los resultados y los impactos a partir de la implementación de la Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil que brinda servicios de salud a la mujer embarazada, desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posterior al parto. Dicha Ley en su segundo objetivo muestra claramente la predisposición del Estado por el incremento y la mejora de la atención a la mujer perteneciente a otras culturas y etnias, esto implica que los funcionarios del servicio de salud sean orientados en la medicina tradicional, la cosmovisión cultural de salud-enfermedad de estos grupos y especialmente en la maternidad segura. La ley abre las puertas del servicio a la integración de la medicina tradicional, usos y costumbres, sin embargo aún no se reglamentó la acreditación de los prestadores del servicio tradicional. La medicina tradicional y sus procedimientos, son de preferencia de las mujeres, del área rural y peri urbanas.

Aún con la implementación de la mencionada Ley, la situación de la gestación se mantiene sin cambios significativos en la última década expresadas en las tasas de mortalidad materna de 232 por 100.000 nacidos vivos de acuerdo a información disponible ENDSA, 2003.

“La actual política de salud pretende hacer una real defensa de la salud colectiva y notables mejoras en la oferta de servicios; con esta política se está transformando el concepto de beneficio por el de “DERECHO”.¹

El objetivo central de cimentar a la Salud como Derecho, obliga al sector de salud a no fragmentar los problemas ni aislarlos de su contexto social y cultural. La promoción, la prevención y la curación deben impulsarse en un marco de la integralidad donde lo biológico se engrane con lo social, económico y lo cultural.

El propósito de este trabajo de investigación pretende ser el punto de partida para posteriores investigaciones que comprometan no sólo los factores biológicos, sociales, sino la cultura y sus componentes como barrera que impide el acceso a la salud primaria, apenas se comienza a entender este concepto y de esta manera se puede identificar la ineficiencia en nuestras políticas de salud, limitando de esta forma el uso de servicios que no son apropiados al medio cultural en el que se encuentran insertos, de ahí nuestros índices altos de mortalidad materna- infantil, situación que esta en proceso de cambio con las nuevas políticas de salud. Dicho estudio se realizara en la RED DE SALUD SUD Y NOR YUNGAS, MUNICIPIO ASUNTA, CENTRO DE SALUD HOSPITAL “ASUNTA”.

¹ Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes; “Análisis del sector Salud”; pág. 38

II. MARCO TEORICO

Se debe entender como factor cultural al conjunto de elementos o variables que caracterizan a un grupo homogéneo de personas en el que hacer cotidiano e involucra las tradiciones, costumbres y usos. Estos factores pueden ser en algún momento negativos, sin que se los deje de practicar por lo enraizados que están, perjudicando una evolución beneficiosa para un grupo de personas.

La salud entendida como “estado completo de bienestar físico, mental, social y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un fin un objeto permanente de preocupación individual porque le permite a cada uno viabilizarse... la salud revela la capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona”.²

Bajo este concepto a fines de los 70 la Atención Primaria en Salud (APS) marcó un hito histórico, relativo al desarrollo de los servicios de salud y a la definición de prioridades en salud, en base a la incorporación de un paquete mínimo de intervenciones donde la salud materno infantil jugo un rol importante en la propuesta de Alma Ata, de la salud para todos el año 2000.

En Bolivia durante la última década los programas de salud dirigidos a las mujeres han sido dinamizados con nuevos enfoques, el Ministerio de Salud y Deportes ha concentrado sus esfuerzos en reconocer que este programa no se basa solo en un despliegue de cifras, estadísticas e intervenciones estrictamente técnicas o diagnósticos situacionales. Se comprende que la situación de salud en la que viven esta íntimamente relacionada al rol que la sociedad les ha asignado históricamente como una expresión de la inequidad social y jurídica a la cual están sometidas las mujeres es así que a partir de 1994 se enfatiza la atención de la emergencia obstétrica pero ligada a la responsabilidad social, a la organización de fondos solidarios

² OMS/OPS; “Historia y perspectiva de la salud Publica en Bolivia”; pág. 11

locales y al funcionamiento de redes comunitarias y de servicios para enfrentar la mortalidad materna.

“A pesar de evidentes progresos en la cobertura de la atención de la mujer en los últimos años aún existen deficiencias cualitativas y cuantitativas en la prestación de servicios que se traduce en malos indicadores de salud. La tasa de mortalidad materna para el periodo comprendido entre 2000 y 2004 ha sido estimada en 390 por 100.000 nacidos vivos. Paralelo a ello la tasa de mortalidad materna en áreas rurales es mucho mayor que las áreas urbanas, las que fluctúan entre 260 por 100.000 nacidos vivos en las zonas urbanas y 560 por 100.00 nacidos vivos en las zonas rurales”.³

“En los servicios de salud de la Secretaria Nacional de Salud fueron reportadas en el Sistema Nacional de Información sobre Servicios de Salud (SNIS), en el 2000, 81 muertes maternas lo que significaría una mortalidad hospitalaria de 120 por 100.000 nacidos vivos. En relación con la atención prenatal y del parto el 53% de las embarazadas reciben atención prenatal y el 47.2% tienen partos con atención médica, las diferencias entre lo rural y lo urbano son significativas; en áreas urbanas dos tercios de las mujeres tienen control prenatal mientras que en las áreas rurales la cobertura es solo del 20%. El 43% de los partos son atendidos por médicos, el 40% por el marido/parientes u otras personas, 10% por parteras tradicionales, el 4.5% por una enfermera auxiliar y el 2% no tiene ninguna asistencia”.⁴

Bajo este contexto lo que se pretende es restablecer un ejercicio del derecho a la salud que reconocerá el rol igualitario de las mujer como parte y producto del proceso de desarrollo, con el objetivo de disminuir la mortalidad materna e infantil

³ PLAN VIDA; “Plan Nacional para la reducción Acelerada de la mortalidad Materna Perinatal y del niño”; pág 5

⁴ BOLIVIA; “Salud de la mujer”. [www. Sns.gov.Bo/solmi. Html-46k](http://www.Sns.gov.Bo/solmi.Html-46k)

2.1 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA

Desde hacia varias décadas, las causas biológicas son las mismas “las hemorragias pos parto, la eclampsia las infecciones, el parto obstruido y los abortos inducidos realizados en malas condiciones. En cuanto a otros factores que inciden directamente en la mortalidad materna son: el mal estado de salud y nutrición durante toda la vida de la mujer, la edad de gestación y paridad, así como el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Entre los estructurales están la pobreza y la discriminación cultural de género, frente a esta situación el 60 por ciento de las muertes maternas ocurren durante el embarazo, el 23% durante el parto y el 10% después del parto”.⁵ Ante tal situación se da inicio a la política de SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL reforzado al anterior que se la denominaba Seguro Básico de Salud.

2.2 SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) la ley Nro. 2426 promulgada el 12 de noviembre del 2002 tienen como finalidad reducir la mortalidad materna en un 50% y al mismo tiempo reducir la mortalidad peri natal en un 30%, disminuir el número de muertes de niños menores de 5 años en un 50%.

Bajo este objetivo se da inicio al SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL siendo una de las medidas más importantes tomadas por el gobierno con la finalidad de reducir los altos índices de mortalidad. Su importancia radica en la posibilidad de garantizar que nadie se quede sin la atención necesaria en salud por motivos económicos permitiendo así el acceso a las mujeres y de los niños a los servicios de salud. Entre las principales debilidades, figura la falta de emponderamiento de la población en relación con el Seguro Universal Materno Infantil pues la gente que más necesita de este servicio no conoce siquiera que existe y que es gratuito”.⁶ Sin embargo no han logrado un incremento satisfactorio en las coberturas de la

⁵ SECRETARIA NACIONAL DE SALUD; “Vigilancia Epidemiológica de la mortalidad Materna y Perinatal”; pág 15

⁶ PLAN BOLIVIA “Descripción, Estructura, Estado de la Salud en el País”; www.sns.gov.bol/-74k

atención de la mujer. Esto ha generado una corriente muy fuerte de reflexión sobre los aspectos culturales de la atención en salud, lo cual ha derivado en que el reglamento del Seguro Universal materno Infantil incluya referencias a las prestaciones con enfoque intercultural:

“(...) que las prestaciones del SUMI en los tres niveles de atención se adecuen z los usos, costumbres, idiomas y leguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando la identidad, base cultural y con enfoque de género” (Reglamento del SUMI, artículo 8)

2.3 COMUNICACIÓN E INTERCULTURALIDAD

Al acudir a un servicio de salud, la mayoría de la gente busca una atención con calidez, que no solo signifique una trato respetuoso, amable o simpático, sino también el despliegue de la capacidad de empatía y de brindar una atención individualizada a través de la indagación y el dialogo sobre las experiencias, sentimientos y preocupaciones del paciente.

Para ello es fundamental que se desarrollen competencias comunicacionales y en muchos casos que se cambien algunas actitudes, prestando mayor atención a la dimensión de la relación humana, sabiendo escuchar y preguntar, usando un lenguaje adecuado y estando atento al lenguaje corporal, tanto de uno/a como del/ la usuario/a. Cuando se trata de la Atención primaria, la ciencia médica es una ciencia práctica, interpretativa en primer lugar esta la comunicación, y no la tecnología.

La influencia sociocultural y familiar nos ayuda a construir aquello que entendemos por realidad. Sin embargo aunque existe un marco de referencia común para las personas que comparten una cultura, existe también un marco personal que puede estar al margen de la cultura de la cual nos sentimos parte, de este modo, la manera de entender el cuerpo, la salud, la enfermedad y el proceso de atención, varia según cada cultura; sabiendo que debemos evitar una concepción rígida, estereotipada y estática de la misma. La cultura se construye gracias a la interacción de los seres humanos, por lo que siempre esta en proceso de construcción.

El autor Galván menciona que en el “sector salud el aspecto cultural esta referido al grado de accesibilidad de los servicios donde la accesibilidad cultural es un aspecto importante que se debe tomar en cuenta. LA CULTURA entendida como “ un procesó de producción de un conjunto de practicas ancestrales o una simple transposición de moldes valorativos del campo a la ciudad es decir, de todo lo que va haciendo los grupos en su vida y transformación social material que modifica la ciudad. Es así que dentro de la cultura existen subculturas que son “un sistema de percepción, valores, creencias y costumbres”⁷

En este sentido las costumbres “son el modelo de comportamiento o de conducta social adquiridos enraizados con la tradición y que surge natural y espontáneamente del habito cotidiano, transmitido de generación en generación.”⁸

Los valores son “cualidades intelectuales o modelos morales instituidos en las personas por medio del conocimiento transmitido por generaciones anteriores esta transmisión implica el moldeamiento de las actividades y valores de las personas así como de su conducta anterior”⁹

Las creencias “son aceptaciones verdaderas de proposiciones determinadas de queden ser falsas o verdaderas validadas en prejuicios”¹⁰

De esta manera se habla de cultura como parte importante en el acceso a la medicina tradicional u occidental esta ultima influida en políticas sociales como es el Seguro Universal materno Infantil.

2.4 MEDICINA OCCIDENTAL

Los profesionales en salud tiene su base en la ciencia occidental valorada como la medicina avanzada y compleja a la vanguardia de los adelantos tecnológicos que es producto de la

⁷ GALVAN HECTOR, “Salud y Cultura”, pág. 33.

⁸ ROERCHS Tavares y otros; ob cit ; pág. 40

⁹ ibidem cit. 7

¹⁰ ROERCHS Tavares y otros; ob. Cit ; pág. 40

modernización “la ciencia moderna occidental es un hecho histórico social y cultural no se trata de un producto objetivo y neutral hoy dominante y hegemónico en el mundo”¹¹

“La imposición cultural por parte del occidental es grande en gran parte del mundo la sociedad o cultura occidental tiene tres fundamentos principales que son: la confianza en la razón, el derecho a la libre expresión, tolerancia y por ultimo la universalidad de los valores occidentales junto con este el modelo científico dominante en el occidente, el biomédico automáticamente se hace presente”¹²

Sin embargo, la medicina occidental ha individualizado el parto (es decir, donde solo la mujer asiste), ha especializado su atención (solo puede atender el médico y el personal de salud), ha generado modalidades y espacios específicos para su atención (hospitales, centros de atención especializado). Su infraestructura esta compuesta por ambientes que dividen el acceso para ciertas especialidades o atenciones.

2.5 MEDICINA TRADICIONAL

Es un hecho que la medicina tradicional en Bolivia es una de las alternativas mas importantes para que gran parte de la población de país y mas que todo en las zonas rurales donde las comunidades prefieren su propio sistema de salud. La medicina tradicional entendida como “mítico”, “mágico” o “sobre natural” aplicados a enfermedades y a sus tratamientos provienen más de la visión dual de cuerpo y alma.... La medicina andina asume una ideología globalizadora de cuerpo y alma, persona, sociedad y cosmos; posee curas naturales, cuidados personales y remedios rituales que facilitan la respuesta adecuada del enfermo, supuesta su cosmovisión, que encierra un concepto de salud mas amplio, es sobre todo cultural ya que a partir de relaciones de reciprocidad de este sistema se refuerzan valores, se estrechan las

¹¹ LAUREL, Cristina “La salud enfermedad como proceso social”

¹² Ibidem cite..10

relaciones de parentesco, relaciones de reciprocidad”¹³

2.6 DESCONFIANZA HACIA LA MEDICINA OCCIDENTAL

2.6.1.- Comunicación

Una de las causas de temor hacia la medicina occidental es la comunicación entre el personal médico por un lado, y los beneficiarios por el otro. Los pacientes que acuden a los servicios que ofrece la medicina occidental son conscientes de estar en una posición muy desigual, por lo que para cuidar su salud mental adoptan muchas veces la estrategia de:

- 1) Obviar información que forma parte de su pensamiento sobre su cuerpo y la enfermedad, porque sería calificada como simple creencias en supersticiones.
- 2) Obviar información sobre sus hábitos.
- 3) No expresar dudas sobre el tratamiento a los exámenes que el médico sugiere, por el riesgo de que sea percibido como falta de fe en la autoridad o de ignorancia.

2.6.2.- La información inadecuada

Se coincide cuando se señala la frecuencia con que los médicos no explican o lo hacen muy resumidamente el diagnóstico y el tratamiento que proponen; es decir, el médico entrega una receta, no explicando las razones de la enfermedad y la función de las drogas que se recetan, subrayando y fomentando la completa inferioridad del paciente;”La subestimación de la capacidad de comprensión de personas que se supone que no han llegado a cierto nivel de educación formal es grande. Esto tiene sus efectos porque todos “necesitamos” entender lo que nos pasa para tener la confianza en el proceso de curación”¹⁴

¹³ ROERCHS, Tavares y otros; ob cit; pág. 123

¹⁴ DIBBITS, Ineke; “Lo que puede el Sentimiento”; pág. 37

En cuanto a la interacción entre paciente y curandero podemos presuponer que la comunicación sea mejor; por el idioma, conocimiento en que vive, etc. Pero al mismo tiempo debe haber diferencias en el trato humano, grados de conocimiento y capacidades.

2.6.3.- Idioma, lenguaje y sentimientos.

El médico en pocos casos habla el idioma nativo de una región determinada ya sea el aymará, quechua, etc. lo cual dificulta la comunicación con el usuario que asiste al Centro de Salud. Pues hablar idiomas distintos, no implica simplemente decir palabras diferentes sino también formas distintas de pensar, de ordenar y percibir el mundo. Otro problema es el lenguaje técnico del médico que entorpece la comunicación y es efectiva cuando el medico se adecua con su lenguaje al paciente, y mucho mas importante cuando aprenda a escuchar.

Todos estos factores: (el temor, la incomunicación etc.) de por si son elementos que provocan cierto rechazo, esto se agudiza en exámenes médicos complicados o cuando se tienen que hacer una intervención quirúrgica, y se prefiere la medicina tradicional en estos casos. “Por otro lado, en cuanto al trato que recibe de parte del personal de salud, este puede significar un obstáculo muy grande para las personas que si están convencidas de la efectividad del tratamiento que van a recibir. Las humillaciones, un trato verbal denigrante hacia los pacientes especialmente a los pacientes de estratos sociales bajos, no suelen ser una excepción”¹⁵

Otro de los factores que entorpecen el acceso al puesto de salud es la no valoración cultural del la concepción de salud y enfermedad de los pueblos originarios; entender que el blanco representa la muerte, los ambientes fríos y limpios, con colores claros no coincidentes con sus creencias y tradiciones.

2.7 AMBITO GEOGRAFICO DEL ESTUDIO

¹⁵ DIBBITS, Ineke; ob cit; pág. 42

Si alguna de ustedes ha imaginado el paraíso en la tierra, seguramente estuvo en los Yungas, una región subtropical escondida en medio de la cordillera andina, Para llegar ahí, lo dicen algunos guías turísticos, hay que tomar el camino mas peligroso del mundo, bordeando los cerros en una bajada estrecha, llenas de hoyos. Luego de dos horas de viaje desde La Paz, comienza a aparecer en el paisaje, adheridos a las laderas, los primeros verdes y los calores del clima. En cada curva respira desde abajo un desfiladero cubierto de plátanos y cicales, las pequeñas caídas de agua de deshielo cantan sin prisas hacia esos fondos. Repentinamente, en el lado del camino que no parece ser mas que el enorme vacío entre los montes, aparecen pequeñas comunidades; Sobre camino, un arco hecho de tejidos, adornado con hojas de coca, frutos de café, naranja y flores recibe a los visitantes.

“Los Yuncas, denominado así por los quechuas, que significa depresiones o valles profundos y calurosos, por la suposición que ahí vivieron los Yuncas, que se caracteriza por la humedad constante e intensa niebla permanente y abundante lluvias. Durante el coloniaje la región, se constituye en área productiva pecuaria, que abastecía a la ciudad de la Paz con productos de café, cítricos, coca, arroz, plátanos entre otros”.¹⁶

La Asunta fue creada el 20 de Octubre de 1880 durante el gobierno de General Narciso Campero, por esos tiempos aun se denominaba cantón, que era desabitado, porque sus autoridades ejercían funciones en la población de Callizaya a unos kilómetros antes de Asunta. En el año 1939, llegaron emigrantes trabajadores, con el fin de obtener recursos; llegando a explotar la naturaleza del oro en las minas. Se menciona que los primeros habitantes de La Asunta fueron los hermanos Solís en el año 1947, el religioso SAN ANTONIO de mocetones ingresa a la zona, quien logra organizar la cooperativa agrícola con un total de 20 familias las cuales se dedicaron al cultivo del arroz, yuca, cítricos, y caña de azúcar.

En el año 1952, durante la presidencia de Víctor Paz Estensoro, se dictó la Ley de la Reforma Agraria, el cual favorecía a los campesinos, y por ende a la Cooperativa que se organizaba en

¹⁶ CRESPO, Alberto; “Historia de la ciudad de la Paz”; Pág. 115

ese entonces pero se desintegro, provocando la migración de los socios hacia sus zonas de origen, porque con la ley los terratenientes dejaban de tener derechos sobre la tierra. Tal situación ayudo a los campesinos a trasladarse a otras localidades, como Las Mercedes, Asunta, Calzada, Santa Rosa, Totora Grande, Totora Chico, San Agustín y Copalani, que en un momento fueron zona de explotación auríferas.

En 1978 con la participación de Don Casto Ordóñez y otros vecinos se inicia el tramite legal de reconocimiento de La Asunta como tercera Sección de la Provincia Sud Yungas sin embargo el tramite se paraliza por incoordinación de las autoridades, ante tal situación se habilita a Yanacachi como la tercera sección y a Palos Blancos como la 4ta Sección y al Municipio de Chulumani, que era la primera sección de la Provincia Sud Yungas.

De acuerdo a los datos registrados en la división Política Administrativa de Bolivia, del Departamento de La Paz, ante los tramites reiniciados por la Asunta, se reconoce a la 5ta Sección de Sud Yungas, bajo el decreto de la ley 1010, durante el gobierno de Víctor Paz Estensoro en fecha 20 de Septiembre de 1988, ante el primer Alcalde Casto Ordóñez.

En sus artículos, la ley 1010, hace referencia a la Nueva Jurisdicción comprendido a los cantones de La Asunta, Callizaya, Cotapata. Chamaca, Charía, Guayabal, La Calzada, Las Mercedes, Puerto Rico, San Jose, Yanamayo. Con la ley de fecha 18 de Noviembre de 1998 se vuelve Cantón a Colopampa Grande y en fecha 14 de Enero de 1994 se nombra también a Cantón a Villa Barrientos.

2.7.1. GEOGRAFIA TERRITORIAL Y DIVISION POLITICA ADMINISTRATIVA

La Asunta se encuentra 210 Km. De la Sede de Gobierno, se ubica al Sud el Departamento de La paz, a la cabecera del Rió Boopi, con limites territoriales, al Norte con Palos Blancos, al Sur con la Población de Chulumani e Irupana, al Este con la Provincia Ayopaya del

Departamento de Cochabamba, y Provincia Inquisivi del Departamento de La Paz, y al Oeste con la provincia Caranavi y el Cantón Arapata de la Provincia Nor. Yungas del Departamento de La Paz.

La región constituye el paisaje geográfico de los valles profundos accidentales, con relieve abrupto de fuertes pendientes, los cuales se cultivan en pro de su superación. La extensión territorial de la asunta es de 2.141 Km² que representa el 37% del total de la Provincia Sud Yungas, con una población de 22,192 habitantes sin incluir cantones. Actualmente la Asunta cuenta, con 13 cantones y 120 comunidades, registradas en el concejo municipal (Ver anexo), con una esperanza de vida de 55 años de según el INE.

2.7.2. Vías de acceso

El principal medio de transporte es a través del servicio de bus de la empresa 24 de Agosto y el 15 de agosto cuya capacidad es de 30 personas a más. Con ruta de La Paz-Asunta-Cotapata, transitable todo el año, excepto en épocas de lluvias por los derrumbes que se presentan en la carretera tal es el caso del sector de las Américas y Villa Barrientos.

La accesibilidad es vía terrestre, un recorrido de La Paz, Unduavi, Puente Villa, Las Lomas, Huancane, Chulumani, y así mismo la carretera que une a Irupana hasta el cruce de Chimasi, siguiendo el trayecto, se une a Villa Barrientos y Coripata limítrofe entre Asunta y Chulumani.

Se aprecia el ingreso de flotas y camiones diariamente, especialmente en épocas de cosecha de la coca el cual es el ingreso económico principal de los pobladores de la 5ta. Sección, sin dejar de lado los cítricos en épocas establecidas. El tiempo de viaje de La Paz-Asunta es de 9 a 11 hrs., en época seca y en época de lluvias es de 36 hrs. o más.

La feria principal, a partir del día viernes hasta el día sábado y congrega unida a la gente por

unas cuantas horas a partir de las 6 de la tarde de viernes, por la facilidad y disposición de camiones y camionetas que acuden de distintas comunidades para luego retornar a partir del medio día siguiente.

2.7.3. Medios de comunicación

La red de comunicación es limitada ya que hasta el mes de mayo del 2001 se contaba con 2 cabinas de ENTEL, con Cobertura Nacional e Internacional; en la actualidad se cuenta con una sola cabina de ENTEL con acceso a tarjeta única, el cual es muy concurrido y no abastece las necesidades de la población. Existe equipo de radio de comunicación de uso exclusivo del Centro de Salud Hospital La Asunta que se comunica con las postas del municipio y la gerencia de salud.

La Asunta cuenta con radio emisora local, con emisiones por la mañana de hrs. 5 a 9 a.m. y por las tardes de hrs. 18:00 a 21:00 p.m.

2.7.4. Servicios de comunicación anexa

Se logra sintonizar con frecuencia las emisoras FIDES y PANAMERICANA de La Paz, Radio Yungas, Senda Yungueña, Radio Provincia Caranavi y Nuevo Amanecer; emisoras internacionales desde hrs. 22 :00p.m., Programas del Perú ,Radio Argentina, Radio Londres, Radio África, Voz de América. En pantalla chica se proyecta imágenes de la televisión chilena TNT y UNITEL de Bolivia.

2.7.5. Altitud

La altitud de la capital de La Asunta se encuentra en un promedio de 600 m.s.n.m. Existiendo comunidades con altitud de 1300 m.s.n.m.

2.7.6. Temperatura ambiental

El régimen térmico según el Servicio Nacional de Meteorología e Hidrológica, registra una temperatura promedio durante el año de 23.3° C con diferencia entre la temperatura media de verano e invierno. La temperatura matinal fluctúa entre 14-18° C con intervalo de 28° a 32° C de acuerdo al día reinante, los días calidos de Octubre a Diciembre con un registro histórico de 37° c.

2.7.7. Precipitaciones pluviales

Caracterizado por presentar precipitaciones todo el año alcanzando un total de 1727 mm anuales, con mínimo en los meses de abril al julio, y con mayor precipitación en enero y febrero con 261.9 mm y 226.2 mm respectivamente. Según registros históricos se tiene que en 1974 con una precipitación fluvial en el mes de enero aproximadamente de 414.0 litros de agua por metro cuadrado.

2.7.8. Relieve

Los relieves caracterizados, por terrenos sueltos, arcillosos, arenosos y rocosos, presentando zonas montañosas, foráneamente planicies, por lo que presenta valles sub. Tropicales. Los drenajes del valle van dirigidos al norte, conformando la cabecera boliviana de la Cuenca Amazónica.

2.7.9. Topografía

La topografía es muy accidentada con relieves irregulares de serranías pendientes muy pronunciadas.

2.7.10. Acceso y usos de suelos

El acceso y uso de suelo se da de acuerdo a las superficies disponibles que cada cantón del municipio tiene, por lo que la distribución de las propiedades no es uniforme y están distribuidas de acuerdo a su uso.

2.7.11. Característica de la región según cultura

La gran mayoría de la población es de origen aymará y quechua, con un marcado mestizaje y además con hábitos propios de la cultura altiplánica y de los valles. También advierte la práctica de costumbres y hábitos tanto del altiplano como del valle en una misma comunidad lo que permite la heterogeneidad de costumbres. La migración hacia la región es constante y va influenciando en la conducta de la población.

La Organización Sindical Agraria es la representación de la población y cumple funciones de reivindicación, se puede observar la pérdida de las costumbres ancestrales debido a la gran migración hacia este sector especialmente de las provincias del altiplano de los departamentos de Oruro, Potosí y Cochabamba dando lugar a la existencia de diversas formas de pensamiento, cultura y tradición y poca tendencia a trabajo comunitario (aíne). Respecto al folklore mantienen ciertas danzas como son: la morenada, cullawada, tinkus; la práctica de la religión católica se observa en un 40% de los habitantes y el 60% son cristianos.

2.7.12. Servicios básicos existentes

La energía eléctrica se capta a través de una hidroeléctrica, la cual es muy deficiente ya que el centro hospitalario carecía de este servicio en determinados días.

El agua no es potable ya que es traída de pozos o de conexiones de vertientes a domicilio. Las fuentes de agua con que cuenta La Asunta son formaciones naturales que permiten la captación de agua para diversos consumos y estas fuentes son fuentes de agua superficiales

(río y arroyos) y fuentes de agua subterránea (vertientes y manantiales); no se realiza tratamiento de agua a pesar de que se cuenta con tanques de almacenamiento y el mismo que es trasladado a los domicilios a través de poli tubos.

2.7.13. Idioma

El municipio de La Asunta en su generalidad son bilingües combinan al aymará y el castellano o el quechua y el castellano, y ocasionalmente son trilingües con aymará, quechua y castellano, lo mas usual es el castellano, pero el aymará o quechua se utiliza en las relaciones intrafamiliares, como también en sus reuniones de la comunidad porque la mayoría de los habitantes provienen de la cultura aymará, existen también personas que hablan quechua pero en menos proporción.

2.7.14. Principales actividades económicas y de producción

En la actualidad la principal actividad económica de LA Asunta es la producción de coca (siembra y cosecha), en menor escala la producción de frutas como mango, palta, plátano, naranja, mandarina, papaya, luego esta el comercio y la venta de oro.

2.7.15. Salud

El municipio de La Asunta cuenta con un Centro de primer nivel con asiento en la población de La Asunta como cabecera de área, además cuenta con 5 puestos de salud:

- 1 Puesto de salud de Cotapata
- 2 Puesto de salud de Mercedes
- 3 Puesto de salud de Charía
- 4 Puesto de salud de Quinuni

Dentro del marco legal esta conformado el DILOS del municipio de La Asunta.

III. REVISION BIBLIOGRAFICA MARCO REFERENCIAL

Este es un trabajo de investigación que por falta de referencia bibliográfica similar es considerada **inédita**. Sin embargo se considera los siguientes artículos y libros como una fuente de que le da dirección al presente trabajo.

3.1. Guía para la atención intercultural de la salud materna

“Se trata de una propuesta para la atención de la salud materna que parte del principio de que las mujeres y sus familiares son las protagonistas en el cuidado de su propia salud. Desde esta perspectiva, no podemos eludir el hecho de que la manera de entender el cuerpo, la salud y el proceso de atención varía según cada cultura e, inclusive, según cada persona. De modo que una atención que promueva una mayor bien estar biológico, psicológico, social, cultural y espiritual, solamente es posible en el marco del reconocimiento de la diversidad, sea esta cultural, social, etárea, etc. Sin duda que esta guía será un instrumento que coadyuve a que el personal de salud responda mejor a las expectativas de calidad de atención de la población y, por tanto, a bajar la mortalidad materna y neonatal. En este sentido, se hace énfasis en la estrategia de la educación cultural de los servicios y en la atención humanizada”.¹⁷

3.2.- Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia

La lectura propone la interculturalidad ya no es solo una “transversal” introducida a regañadientes entre las líneas de los proyectos y planes de desarrollo ”porque así lo exigen los financiadores (sic)”, sino la piedra fundamental en la que deberían reposar las políticas

¹⁷ BOLIVIA, Ministerio de Salud y Deportes; “Documentos Técnicos Normativos”; Pág. 66

nacionales y locales. Y en este campo, los pueblos indígenas tienen ventajas, pues son cinco siglos que construyeron su identidad. “La interculturalidad parte de un verdadero dialogo intercivilizacional, todos debemos aprender a hablar el lenguaje de la diversidad, de la heterogeneidad y de la pluralidad de los saberes y paradigmas, para crear luego sistemas de traducción y mediación entre éstas” territorialidades mentales”. Una política de salud ya no puede pensarse únicamente a partir de inversiones en infraestructura de salud y equipamiento. Una política de salud monocultural ya no es viable, no solo porque genera la suspicacia de la población indígena, sino porque las relaciones de poder han sido redistribuidas, y más aun, porque es privar al conjunto de la sociedad de un abanico de capacidades y potencialidades que se desenvuelven hoy en más de la mitad del sistema de salud boliviano”.¹⁸

3.3.- Medicina tradicional del ciclo reproductivo

El estudio pretende desentrañar algunas de las cuestiones más relevantes en lo que se refiere a la comprensión tradicional de los acontecimientos del ciclo reproductivo. “Dentro de este propósito, los resultados de orden cualitativo son complementados por un afán interpretativo a partir del cual se desarrolla el modelo etnofisiológico que se describe. Se propone una serie de conclusiones e implementaciones basadas en este modelo y resultados, con el fin de permitir intervenciones beneficiosas para la salud de la madre y el niño, con enfoque intercultural”.¹⁹

IV. JUSTIFICACION

Está de más mencionar que no se hallaron trabajos en los que se investigue el componente socio-cultural en acceso al los servicios de salud de las mujeres gestantes, desde la perspectiva de barrera y dificultad.

La incomunicación entre los actores del servicio de salud, madres gestantes, representantes de la medicina tradicional es significativa, pese a que el servicio de salud y sus políticas, tanto

¹⁸ MICHAUX, Jacquelin; “Salud e interculturalidad en América latina” pág. 107

¹⁹ PNUD; “Interculturalismo y globalización ””pag. 109

nacionales como locales tienen el objetivo de incrementar los niveles de comunicación. Estas políticas apuntan a la comunicación dentro del servicio de salud y en ocasiones necesarias (más aun en el área rural) se da en el domicilio; pero aun en la atención materna la demanda del servicio de salud es moderada, fenómeno que se refleja a través de las coberturas que si bien el área de los Yungas es alta en comparación con otras áreas del altiplano y valles la tendencia es siempre a llegar a todas nuestras mujeres gestantes. No sólo las coberturas muestran los niveles de incomunicación existentes entre los actores, sino también la existencia o no de espacios de diálogo o capacitación y el respeto a las costumbres usos y creencias del fenómeno salud-enfermedad, no solamente con las parteras sino con las madres, en eventos con características metodológicas netamente participativa, por parte del sector salud como también de la comunidad. Mediante estos espacios se logra detectar problemas en el proceso de la atención, se felicitará el desarrollo de lazos de confianza entre dichos actores, fundamentalmente para lograr un diagnóstico preciso y una eficiente atención.

Con el propósito de mejorar el acceso de las mujeres durante la maternidad a una atención segura, controlar y prevenir los riesgos oportunamente, incidiendo en la disminución de la mortalidad materna en el marco de las políticas actuales de salud, se plantea una estrategia de “atención de la maternidad, concertada e intercultural”, que responda a la perspectiva de usuarias, autoridades de salud y municipales, propuesta que tiene el objeto de desarrollar vínculos entre los servicios de salud y la cosmovisión de el proceso salud enfermedad de las mujeres gestantes, buscando aceptación, respeto, integración y coordinación en los servicios, para ello se propone: capacitación de los actores; Por un lado las parteras, en riesgos del embarazo y parto humanizado; por otro lado, los funcionarios de salud en procedimiento de medicina tradicional, reflexión sobre la calidad integral de la atención, interculturalidad, comunicación y trato. Finalmente, se propone crear espacios continuos de comunicación entre estos dos actores, con la finalidad de compartir conocimientos, técnicas y procedimientos.

V. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

5.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

A partir de los 90 debido a las altas tasas de mortalidad materno-infantil, comienzan a articularse políticas y estrategias con el fin de disminuir los indicadores negativos en salud en la población vulnerable. El Seguro Materno Infantil y el Seguro Básico de Salud son prestaciones primarias (básicas), que viene a constituirse en los primeros intentos por revertir el problema.

En enero de 2003 el gobierno, con cargo a los fondos HIPIC, (alivio a la deuda) promulga la Ley del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con el fin de brindarle a la madre gestante y al niño menor de 5 años, atención integral, gratuita y universal, la cobertura completa de este Seguro tiene por objeto posibilitar que la población más vulnerable y de menores recursos tenga acceso a las prestaciones de salud, bajo la administración de los municipios locales. Sin embargo a pesar de la universalidad del seguro se tiene todavía pobres resultados, con ligera disminución de nuestras tasas de morbi-mortalidad materna infantil.

En el ámbito urbano se evidencia mayor aceptación del seguro, debido al mayor acceso a fuentes de información masiva, atención sanitaria pública múltiple, y uno de los factores mas importantes identificados en el último tiempo es la aculturalización de migrantes del área rural y de su descendencia , por lo que prefieren acudir al medico académico. En el ámbito rural, debido a las características de la población, y que pese a la gratuidad del servicio de salud, los resultados no fueron tan satisfactorios a los esperados, factores tales como el desconocimiento del Seguro y de sus alcances, las dificultades geográficas y de distancia, hacen que la madre y su entorno familiar no pueda acceder a los servicios de salud. Otros factores de suma importancia y hasta ahora no bien atendidas por nuestras políticas de salud, como ser el idioma, creencias, costumbres, usos, tradiciones y la cosmovisión de los pueblos respecto a la concepción de salud y enfermedad, por lo cual la medicina tradicional y acceso a parteras, continua siendo importante en la población rural, provocando que el SUMI no tenga el impacto que se espera y permanezca nuestras tasas altas de mortalidad materno infantil.

Derivada de mis cuestionamientos surge la pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores culturales que presentan las mujeres gestantes que interfieren en el acceso al SUMI, en el Centro de Salud Hospital La Asunta durante el primer semestre del 2006?

5.2 HIPOTESIS DE ESTUDIO

Pese a que la hipótesis puede o no ser implícita, por ser un trabajo de investigación social, se nos ocurre incluir esta hipótesis como respuesta teórica a su pregunta de investigación:

¿Cuáles son los factores culturales de mujeres gestantes que interfieren en el acceso al SUMI, en el Centro de Salud Hospital La Asunta durante el primer semestre del 2006?

Los factores culturales como: Temor, Idioma, Concepción cultural de salud y enfermedad, religión son determinantes en el no acceso al SUMI en mujeres gestantes, en el municipio Asunta.

5.3. OBJETIVO GENERAL

- Determinar los factores culturales en mujeres gestantes que interfieren en el acceso al SUMI, en el Centro de Salud Hospital La Asunta durante el primer semestre del 2006

5.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar de qué manera interfiere la concepción cultural de salud y enfermedad en el acceso al SUMI en mujeres gestantes del Centro de Salud Hospital La Asunta.

- Establecer cuál es el principal temor (trato, pudor, infraestructura, vestimenta) que interfiere el acceso al SUMI de mujeres gestantes que no acuden al Centro de Salud Hospital La Asunta
- Identificar si el idioma (aymará, quechua) es uno de los determinantes que interfieren en el acceso al SUMI de mujeres gestantes que no acuden al Hospital
- Establecer de que manera la religión (monoteísta, politeísta) repercute en el acceso al SUMI de mujeres gestantes que no acuden al Centro de Salud Hospital La Asunta.

5.5. DISEÑO O TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación es del tipo cualitativo.

Estudio experimental por que el investigador aplica una intervención y observa sus efectos sobre los resultados.

El estudio es longitudinal por que se efectuara un seguimiento de cada individuo durante un periodo de tiempo.

5.6 TAMAÑO DE MUESTRA

La información fue proporcionada por las pobladoras del municipio. En base a los criterios de selección establecidos, se conformaron dos grupos con los cuales se trabajo: Un grupo de estudio y otro de referencia, al cual se adjunta a los trabajadores en salud del Municipio, buscando información clave y crucial sin tener en cuenta la cantidad.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

A) Grupo de estudio:

1. Mujeres en edad fértil (15 a 49 años)
2. Haber tenido uno o mas embarazos
3. Tener por lo menos un hijo vivo
4. Sin haber asistido a un con servicios de salud
5. Nunca asistieron a controles prenatales o hicieron uno solo
6. No tuvieron parto institucional
7. Permanecía de 2 o mas años en el área

B) Grupo de referencia:

- 1.- Mujeres en edad fértil (15 a 49 años)
- 2.- Haber tenido uno o más embarazos
- 3.- Tener por lo menos 1 hijo vivo
- 4.- asistencia algún servicio de salud
- 5.- Haber realizado por lo menos 2 controles prenatales
- 6.- Haber tenido por lo menos 1 parto institucional

C) Trabajadores en salud del Municipio

1. Personal de salud que trabaja en el Municipio
2. Haber trabajado el área rural por lo menos dos años
3. Relación abierta con la comunidad
4. Haber identificado la problemática cultural de acceso
5. Conozca la idiosincrasia de la comunidad

Serán excluidos por lo tanto, todos aquellos que no cumplan con las normas establecidas en los criterios de selección.

5.7 POBLACION Y LUGAR

Mujeres que no acuden al control prenatal, parto, puerperio a los Centros de Salud, y tiene otra alternativa, (mujeres que acudieron al control como grupo de referencia).

El área de investigación y acción es la 5ta sección de la provincia Sud Yungas, Municipio la Asunta, centro de Salud Hospital La Asunta

VI. INTERVENCION O METODOLOGIA

El presente trabajo es una investigación-acción-participativa se realizo a través de la metodología cualitativa, descriptiva de diseño analítico, por que se pretende transformar los factores culturales que interfieren con el acceso al SUMI; pero que tendrá algunas connotaciones cuantitativas necesarias.

Las técnicas cualitativas son las que nos permiten obtener respuestas a profundidad acerca de lo que las personas piensan, sienten y actúan, en este caso una visión holística y telúrica que el prestador de servicios de salud no ve o no pretende ver. A partir de datos etnográficos a profundidad que se obtengan por esta técnica, se podrá inferir una interpretación teórica, cuya meta sea la transformación positiva de la realidad.

6.1.- TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

a) FUENTE PRIMARIA

Se utilizaran como técnicas de recolección de datos:

- **La entrevista estructurada dirigida a las mujeres que no acceden al servicio de salud.** Para la recolección de la información se realizara entrevistas

a personas claves de la comunidad, con una secuencia de 10 preguntas abiertas y dirigidas, con el fin de recolectar datos de la problemática, utilizando la metodología participativa en la identificación de factores coadyuvadores en esta problemática.

- **Entrevista a mujeres que acuden al Hospital en control Prenatal, parto y pos parto**, con una secuencia de 10 preguntas dirigidas, utilizando la metodología participativa, como grupo de referencia de esta investigación.

- **Encuesta con preguntas abiertas dirigida al personal de salud del Municipio Asunta**, con cuestionario de preguntas preestablecidas, con carácter sencillo y de fácil comprensión, previamente elaborados, tipo cuestionario, por lo que se pretende un resultado satisfactorio que aclare las interrogantes de esta investigación, para ello se llegara al 100% de el personal en salud del Municipio.

b) FUENTE SECUNDARIA

- Se realizara una revisión bibliográfica y de artículos a fin de obtener información del tema y poder edificar una base teórica sólida.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

DEPENDIENTE	CATEGORIA	CATEGORIA II	INDICADOR	ITEM
Acceso al SUMI de mujeres gestantes	Concepción cultural de salud y enfermedad	Enfermedad	Percepción de salud	¿Que es salud?
		salud	Percepción de enfermedad	¿Que es enfermedad?
	Temor	Trato	Trato del personal de salud	¿Como trata el personal a la usuarias?
		Pudor	Al examen físico	¿Acepta la mujer gestante el examen físico?
		Infraestructura	No acorde a la cultura	¿Como debe ser la infraestructura?
		vestimenta	El blanco representa la muerte	¿Como debe vestirse el personal de salud?
	Idioma	Quechua	El respeto al idioma	¿El personal conoce el quechua?
		Aymará	El respeto al idioma	¿El personal conoce el Aymará
		Español		
		otros		
	Religión	Monoteísta	Percepción de costumbres y creencias	¿Se respeta las creencias?
		politeísta	Percepción de costumbres y creencias	¿Se respeta las creencias?

VII. RESULTADOS Y ANALISIS

7.1. FACTORES CULTURALES EN MUJERES GESTANTES QUE NO ASISTEN AL HOSPITAL (GRUPO DE ESTUDIO)

Uno de los grandes problemas que se presenta dentro del Seguro Universal Materno Infantil, es sin duda, la falta de asistencia de mujeres gestantes hacia los establecimientos de salud, esto debido a diversos factores como la desconfianza hacia el personal de salud, lejanía del Centro de Salud, la falta de medios de transporte y vías carreteras, etc. que interfieren en el no acceso a los servicios de salud que brindan en los Centros de Salud.

NECESIDAD DE CONTROL EN EL EMBARAZO

El embarazo es un proceso natural dentro de la cultura, donde la mayor parte de las mujeres reconocen señales como la suspensión de la menstruación, nauseas, vómitos y el desgano. Habitualmente el segundo mes de gestación dan por confirmado su estado y no suelen acudir a los servicios de salud para confirmar su situación, considerando así el embarazo como un proceso normal; siendo la mujer quien debería velar por su bienestar. Al respecto las entrevistadas indican:

- No, es perder el tiempo, todo el día tienes que estar metida ahí adentro además el centro se encuentra lejos, y tengo que caminar mucho, lejos es para mi (Entrevista 1; junio 2006)
- No, le tengo miedo al doctor, las enfermeras son muy malas, (Entrevista 2; junio 2006)
- No, el sanitario te ve todo el cuerpo y me da vergüenza desvestirme delante de él ((Entrevista 3; junio 2006)
- No, porque es en vano, a mi me cura mi mamá ((Entrevista 4; julio 2006)
- No, no es importante, porque el embarazo es normal ((Entrevista 5; julio 2006)
- No, tengo miedo, además mi marido me dice porque te haces tocar por un hombre desconocido, así me dice y me riñe nomás , es celoso ((Entrevista 6; julio 2006)

Análisis

Aunque las mujeres reconocen su estado de embarazo, las mismas no acuden a su control prenatal por diferentes causas, las más comunes son la falta de tiempo, la distancia, la lejanía del Centro de Salud o el Hospital, el temor al servicio de salud, la falta de información y la renuencia por celos del marido. También la imagen de un mal carácter del personal de salud en la atención brindada en relación a una consulta por alguna enfermedad. Todo ello es característico del área rural.

SEÑALES DE PELIGRO O MOLESTIAS DURANTE EL EMBARAZO

Con referencia a las molestias durante el embarazo estas están referidas a las complicaciones donde una gran parte de las mujeres manifiestan desconocer los problemas que pueden causar la muerte de la mujer durante el embarazo. Es así que mencionaremos testimonios de las mujeres entrevistadas:

- Si tengo alguna molestia consulto con mi esposo (entrevista 1; junio 2006)
- cuando puedo tener sangrado recién puedo acudir a la partera (entrevista 2; junio 2006)
- Si tengo molestia en mi embarazo, mi esposo me dice que deje de trabajar, que descanse. (entrevista 3; junio 2006)
- Hasta ahora no tengo molestia, eso es normal para mí (entrevista 4; julio 2006)
- Si hay alguna molestia dejo de levantar cosas pesadas, descanso un poco (entrevista 5; julio 2006)
- Si hay molestias le comunico a mi esposo, él sabe y puede llamar a la partera (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

En cuanto a la búsqueda de atención ante señales de peligro o de alguna molestia las entrevistadas refieren no necesitar atención ni ayuda, sino consultar con el esposo o cuando hay sangrado consultar con la partera o generalmente tratan de hacer reposo aconsejadas por los esposos o la madre.

PERSONAS QUE ATIENDEN EL ÚLTIMO PARTO

Por lo general en el ámbito rural es un miembro de la familia quien atiende el parto. Algunas veces llaman a la parturienta a veces es el esposo quien se encarga de los cuidados generales. La madre de la parturienta, también esta presente y a veces otro familiar. Por lo que describiremos algunos testimonios.

- A mi me atendió la partera porque mi esposo me la trajo y él le tiene confianza (entrevista 1; junio del 2006)
- Mi esposo porque dice que el sabe atender partos (entrevista 2; junio del 2006)
- Yo, solita nomás la tuve a mi wawa, porque no tengo familia (entrevista 3; junio del 2006)
- La partera, porque mi esposo conoce además vive en la comunidad y le tiene nomás confianza (entrevista 4; julio del 2006)
- Mi mamá,, ella sabe muy bien estas cosas (entrevista 5; julio del 2006)
- Mi marido, el solito me atendió (entrevista 6; julio del 2006)

Análisis

En algunas comunidades los partos son atendidos por parteras, ante la existencia de este recurso, en otros casos son atendidos por el esposo y la madre ya que les inspiran confianza o en todo caso refieren que tienen solas.

Generalmente ellas mismas deciden a quien llamar para que les ayude en el parto y en otros casos los hacen junto con sus esposos. El parto domiciliario ya esta decidido con anticipación

RESPECTO A COSTUMBRES Y TRADICIONES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Las costumbres y tradiciones de cada usuaria que asiste a cualquier establecimiento de salud es diferente de una a otra región al que pertenece, pero debido a la gran afluencia de usuarios que asisten en algunos Centros de salud estas no son respetadas debido a factores como el trato, el idioma, la vestimenta, donde son discriminados. Estos algunos relatos de algunas entrevistadas:

- No se respeta nada ,nos dicen así tienes que estar echada (entrevista 1; junio 2006)
- No, por eso no voy, solo te riñen, es lo único que saben (entrevista 2; junio 2006)
- No (entrevista 3; junio 2006)
- Que van a respetar mas bien te riñen mucho, te sierran en una cuarto frío y listo (entrevista 4; julio 2006)
- No, nos riñen mucho por haber tomado mates (entrevista 5; junio 2006)
- No, nos manejan a su antojo (entrevista 6; junio 2006)

Análisis

Ante la pregunta de que si se respetan o no sus tradiciones y costumbres cuando acuden al Hospital o Centro de Salud ellas mencionaron que no se respetan en la gran mayoría, ya que los médicos como las enfermeras les llaman la atención por haber tomado los mates (orégano, coca, manzanilla, pepas de papaya, etc) Otro aspecto importante que ellas mencionaron fue la posición ginecológica en que las colocan cuando asisten al Hospital o Centro de Salud y que no están de acuerdo por el temor que las tienen mucho tiempo en esa posición . Paralelo a ello mencionaron que las salas son frías y que al salir de ahí se enferman.

PRESENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO

Un aspecto relevante de la medicina tradicional es el hecho de que durante el embarazo una parte del entorno familiar (marido, madre de la parturienta, etc.) estén aconsejando, cuidando a la futura mamá y mucho mas importante durante el proceso del parto el esposo este presente, ya que la atención del parto en la medicina tradicional obedece a tres principios: debe proporcionar “fuerza” a la mujer; todo debe transcurrir de manera silenciosa y calmada para no “asustarla”; y, por último, se la debe mantener en estado consciente y no dejar que se duerma o se “desmaye.” Todo esto repercute en que la mujer tenga mayor confianza con la presencia del entorno familiar en especial durante el parto y pueda dar a luz sin ninguna complicación. Por lo que describiremos algunos testimonios:

- Si, es bueno no mas que tu esposo de acompañe, le tengo confianza (entrevista 1; junio 2006)
- Si, mi mamá me ayuda cuando estoy dando a luz (entrevista 2; junio 2006)
- Si, es bonito ver tu marido a tu lado (entrevista 3; junio 2006)
- Si, es mas de confianza con la familia (entrevista 4; julio 2006)
- Si, pero como no tengo a nadie solita no mas tengo (entrevista 5; julio 2006)
- No tanto a veces el marido es mas nervioso que las mujeres (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

De las mujeres entrevistadas ellas mencionaron que es bueno que durante el parto el esposo o un familiar este presente porque inspiran confianza superando el miedo que ellas tienen; sin embargo cuando asisten al Hospital o Centro de Salud no les permiten que ningún familiar este presente durante el parto.

AUSENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR DURANTE EL PARTO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

En el área rural, la familia (esposo, madre de la parturienta, suegra u otro familiar) cumple un rol muy importante durante el parto a veces ocurre que los familiares se encuentran bajo las ordenes de la propia mujer, es decir están allí para hacer lo que ella quiera; pero esto no ocurre en la medicina occidental ya que no se permite la presencia del esposo o entorno familiar durante el parto. Es así, que la influencia del entorno familiar y social durante el parto es imprescindible lo que no se permite en la medicina occidental y que según el análisis del Centro de Investigación, Asesoría y Educación en Salud (CIAES) puede que la presencia del entorno familiar y social en el establecimientos de salud incremente el acceso a los servicios de salud. En torno a ello retomaremos algunos testimonios:

- Si, pero siempre y cuando no nos riñan (entrevista 1 ; junio 2006)
- No creo que cambien igual nos pueden tratar (entrevista 2 ; junio 2006)
- Si, pero igual tengo miedo (entrevista 3 ; junio 2006)
- Si, pero no, tendría mucho miedo (entrevista 4 ; julio 2006)
- Si (entrevista 5 ; julio 2006)
- Si (entrevista 6 ; julio 2006)

Análisis

A manera de sugerencia ellas refieren que deberían respetar la decisión de la mujer que esta dando a luz, el hecho de que un familiar este presente durante todo el proceso del parto.

PERSONAL DE SALUD FRENTE A COSTUMBRES Y TRADICIONES DE LA USUARIA QUE ASISTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Tanto en el área rural como en la urbana cuando un usuario asiste a un establecimiento de salud siempre se realiza el llenado de la historia clínica, donde se llenan parámetros como datos generales del paciente (nombre, edad, procedencia, donde vive, etc.) con el fin de obtener datos y cumplir con los reglamentos de la institución. Pese a ello el hecho de ser atendido como se debe, el medico solo se limitará a el diagnostico y el posterior tratamiento de la enfermedad sin tomar en cuenta las costumbres y tradiciones de las usuarias que asisten a los establecimientos de salud. Frente a ello describiremos algunos testimonios de las mujeres entrevistadas:

- No, envano nos preguntan la edad, de donde vienes, estudiaste o no, pierden el tiempo (entrevista 1 ; junio 2006)
- No (entrevista 2 ; junio 2006)
- No, no se porque preguntaran tanto (entrevista 3 ; junio 2006)
- No, no respetan nada (entrevista 4; julio 2006)
- No, todo nos preguntan y no hacen nada (entrevista 5 ; julio 2006)
- No, no saben nada(entrevista 6 ; julio 2006)

Análisis

De acuerdo a las mujeres encuestadas ellas refieren que el personal de salud no respeta las costumbres y tradiciones de donde ellas provienen, si bien preguntan la procedencia; no se toma en cuenta dicho origen (aymará, quechua, etc.)

EL PENSAMIENTO DEL FUNCIONARIO DEL HOSPITAL CON RESPECTO A COSTUMBRES Y TRADICIONES

Debido a la diversidad cultural que tiene nuestro país, todo funcionario de cualquier establecimiento de salud tiene su propio pensamiento y sentimiento con respecto a las costumbres y tradiciones, sin embargo existen algunos testimonios relatados por las mujeres entrevistadas que dicen obviar este aspecto.

Testimonios:

- No creo como siempre será (entrevista 1 ;junio 2006)
- No, creo que no deben respetar porque ellos tienen reglas(entrevista 2 ;junio 2006)
- No creo que respeten si siempre te riñen(entrevista 3 ;junio 2006)
- No se, no le podría decir (entrevista 4;julio 2006)
- No porque deben tener otros pensamientos (entrevista 5 ;julio 2006)
- No, porque son malos, serios, no inspiran confianza peor van a pensar en voz (entrevista 6;julio 2006)

Análisis

Con referencia a la pregunta el grupo de mujeres entrevistadas refieren que el personal de salud obvia el conocimiento de tradiciones y costumbres ya que cuando alguien asiste a los Centros de Salud u Hospitales les tratan de acuerdo a las reglas que ellos tienen dentro de la institución

ACEPTACION DE ASISTIR A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SI EL PERSONAL DE SALUD RESPETA LAS DECISIONES DE LAS USUARIAS

Cuando una usuaria acude a un establecimiento de salud para ser atendido lo primero que busca es una buena atención (calidez, amabilidad, comodidad, rapidez, etc.); pese a algunas limitaciones como en el área rural (ambientes pequeños, que solo atienden en las postas las auxiliares de enfermería, la falta de comodidad, entre otras) la usuaria no asiste a los centros de Salud. Frente a esta situación podemos describir testimonios de las mujeres entrevistadas:

- Claro que sí (entrevista 1 ;junio 2006)
- Si pues, puedo ir (entrevista 2 ;junio 2006)
- Si, siempre y cuando me respeten y me traten como soy (entrevista 3 ;junio 2006)
- Claro que iría a hacerme atender (entrevista 4;julio 2006)
- Si, si son buenos voy (entrevista 5 ;julio 2006)
- Por su puesto no rechazaría (entrevista 6 ;julio 2006)

Análisis

Dichas mujeres entrevistas mencionaron que acudirían al centro de Salud u Hospital si el personal de salud pensarán como ellas quisieran es decir, que respetarían las decisiones que ellas tomaran en cuanto a la atención se refiere, ya que muchas veces es el personal de salud quien impone decisiones sobre ellas

MIEDO DE ASISTIR A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y SUGERENCIA PARA MEJORAR LA ATENCION

La desconfianza, la mala comunicación, el maltrato que recibe del personal de salud, de por si son elementos que provocan cierto miedo, esto se agudiza cuando se tienen que pasar por exámenes médicos complicados o cuando se tienen que hacer una intervención quirúrgica. El temor de asistir a un establecimiento de salud por primera vez e incluso por varias veces en especial en las mujeres es muy frecuente (discriminación por ser de pollera, el maltrato que recibe del personal de salud, etc.)

Frente a esta situación desarrollaremos testimonios y algunas sugerencias para mejorar la atención:

- Que haya una Doctora que atienda los partos (entrevista 1; junio 2006)
- Que atiendan con cariño y que no se discrimine a las de pollera (entrevista 2; junio 2006)
- Que no te riñan (entrevista 3; junio 2006)
- Que se atiendan con cariño (entrevista 4; julio 2006)
- Que la atención sea mas rápida (entrevista 5; julio 2006)
- Que no te riñan (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

Con relación a las respuestas vertidas por las mujeres entrevistadas podemos decir que ellas tienen miedo de asistir al Hospital o Centros de Salud y que sugieren algunos cambios en los establecimientos de salud.

COMUNICACIÓN (IDIOMA) CON EL PERSONAL DE SALUD

La comunicación (idioma) entre el personal de salud y la usuaria que acude a los establecimientos de salud es muy importante ya que a partir de ello puede impartir un buen relacionamiento interpersonal y un entendimiento claro para poder satisfacer las necesidades en especial de la usuaria que acude a estos servicios; pero existen algunas dificultades que se presentan ya que el personal de salud no esta capacitado o no sabe los idiomas (quechua, aymará, etc.) o solo entiende y no habla.

Testimonios:

- No, porque no saben aymará y me gustaría que el doctor hable mi idioma (entrevista 1; junio 2006)
- No, solo saben hablar en español (entrevista 2; junio 2006)
- No saben el aymará peor el quechua (entrevista 3; junio 2006)
- Por ser médicos parece que les da vergüenza hablar el aymará u otro idioma (entrevista 4; julio 2006)
- No, pero me gustaría que hablen todos los que trabajan en hospitales (entrevista 5; julio 2006)
- No, no saben pero me gustaría que me hablen en mi idioma (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

Ante la pregunta, las mujeres entrevistadas mencionaron que los médicos no hablan el idioma nativo (aymará o quechua) donde la comunicación es una barrera que impide la relación entre el personal de salud y la usuaria que asiste al Centro de Salud u Hospital , muchas de ellas sugieren que seria bueno que el personal de salud este capacitado para poder comunicarse mediante el idioma nativo que ellas tienen.

MALTRATO DEL PERSONAL DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

En cuanto al trato que se recibe de parte del personal de salud , esto puede significar un obstáculo para las personas que si están convencidas de la efectividad del tratamiento que van a recibir, las humillaciones, un trato verbal denigrante hacia los pacientes- especialmente a los pacientes de estratos sociales bajos, no suelen ser una excepción. Ante esta pregunta reproducimos sus testimonios:

- Si, me han discriminado porque era de pollera (entrevista 1; junio 2006)
- Si. (entrevista 2; junio 2006)
- Si, he recibido maltrato de la enfermera. (entrevista 3; junio 2006)
- Si, por el idioma y no me entendían nada, y por eso no me atendieron (entrevista 4; julio 2006)
- Si, la enfermera era muy idiota (entrevista 5; julio 2006)
- Si. (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

Las entrevistadas refieren que si recibieron maltrato por parte del personal de salud en especial de las enfermeras

SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL (SUMI) Y COMPLICACION DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO

Si bien el Seguro Universal Materno infantil es gratuito y es un derecho para las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años aun se desconoce, en especial en el área rural debido a factores: (como la falta de difusión, no entienden, nunca asistieron a los establecimientos de salud entre otros) lo que limita el acceso a los servicios de salud. Con respecto a la complicación durante el embarazo y parto en el área rural, las mujeres acuden principalmente a un familiar o la partera Así desarrollaremos testimonios de las mujeres entrevistadas:

- Si, se que es gratuito pero es mala la atención y si se complica mi embarazo le aviso primero a mi esposo (entrevista 1; junio 2006)
- Por ser gratis, mal te deben atender, no se ir siempre, bien no mas estoy (entrevista 2; junio 2006)
- Si (entrevista 3; junio 2006)
- No conozco mucho, porque nunca fui al hospital, si se complica acudo a la partera (entrevista 4; julio 2006)
- No se debe ser, no se ir siempre (entrevista 5; julio 2006)
- Debe ser no se nada, yo me hago atender solo con mi marido(entrevista 6; julio 2006)

Análisis

Las entrevistadas hacen referencia a la Ley de Seguro (SUMI) que es gratuito pero mencionan que la atención no es satisfactoria, no atienden bien o bien te atienden muy rápido En cuanto a las complicaciones del embarazo y parto que puedan tener las mujeres entrevistadas ellas mencionaron que primeramente avisarían al esposo y en otros casos acudirían a la partera que vive en su comunidad.

7.2. FACTORES CULTURALES EN MUJERES GESTANTES QUE ASISTEN A LOS O ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (GRUPO DE REFERENCIA)

En el área rural son muy pocas las personas que asisten a los establecimientos de salud ya que la presencia de la medicina tradicional como de la occidental están presentes y esto supone la elección de escoger el camino correcto para la resolución de su problema de salud.

NECESIDAD DE CONTROL EN EL EMBARAZO

Testimonios

- Si , es bueno que un medico te controle por lo menos cada mes (entrevista 1; junio 2006)
- Si, claro para que no tengas complicaciones durante el parto y el puerperio (entrevista 2; junio 2006)
- Si es bueno acudir a un Centro de salud para que te chequee si estas bien o no (entrevista 3; junio 2006)
- Claro hay que hacerse hacer para saber como esta la wawa (entrevista 4; julio 2006)
- Si (entrevista 5; julio 2006)
- Claro para que tengas bien no mas a la wawa, es mejor recibir consejos de médico (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

La mayoría de las entrevistadas han hecho sus controles recurriendo al Hospital La Asunta algunas acudieron a las postas de salud. Otras refieren que durante la visita les entregaron el carnet de embarazo, les dieron pastillas para la anemia, le controlaron la presión, el peso y le midieron el vientre y alguna resalto que le sacaron sangre.

Las entrevistadas que han asistido al control prenatal quedaron satisfechas y opinaron que seria bueno que todas las mujeres embarazadas deberían realizar su control prenatal para evitar complicaciones.

SEÑALES DE PELIGRO O MOLESTIAS DURANTE EL EMBARAZO

Testimonios

- Si, además el medico siempre te indica que debes hacer o no (entrevista 1; junio 2006)
- Si tengo alguna molestia acudo al Hospital (entrevista 2; junio 2006)
- Si (entrevista 3; junio 2006)
- Claro pues, voy siempre a lo menos cada mes (entrevista 4; julio 2006)
- Claro para evitar complicaciones (entrevista 5; julio 2006)
- Si cuando se hincan mas mis pies (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

Con referencia ante señales de peligro o de alguna molestia las entrevistadas refieren acudir inmediatamente al centro de Salud más próxima de su casa ya que conocen los peligros que puedan tener. Los más conocidos como problemas son:

Hemorragias

Hinchazón de los pies

PERSONAS QUE ATIENDEN EL ÚLTIMO PARTO

- El doctor del Hospital, porque ahí hay doctor pues, además bueno no mas es, le tengo mucha confianza (entrevista 1; junio 2006)
- La enfermera de la posta sanitaria, ya que es la única que atiende ahí (entrevista 2; junio 2006)
- El doctor, porque estaba en su turno además bueno no mas es (entrevista 3; junio 2006)
- Los doctores porque estaban ellos allí no los conozco (entrevista 4; julio 2006)
- La doctorita, una persona muy buena (entrevista 5; julio 2006)
- En la posta una enfermera (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

Las mujeres entrevistadas refieren que en el ultimo parto fueron atendidas por el personal de salud (doctores, enfermeras) ya que son ellos los que se encontraban en ese instante en el

Hospital o Posta Sanitaria. En cuanto a la confianza la mayoría de ellas dice tener confianza al personal que lo atendió y que en otros casos no les tenían porque no los conocían anteriormente

RESPECTO A COSTUMBRES Y TRADICIONES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Testimonios:

- Antes no te preguntaban nada ahora todo ha cambiado pero algunas cosas no (entrevista 1; junio 2006)
- Si depende de que tradición me hables (entrevista 2; junio 2006)
- Mas o menos (entrevista 3; junio 2006)
- Algunas veces (entrevista 4; julio 2006)
- Si depende (entrevista 5; julio 2006)
- Si (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

Ante la pregunta de que si se respetan o no sus tradiciones y costumbres cuando acuden al Hospital o Centro de Salud ellas mencionaron que se respetan pero no en su totalidad ya que dichas mujeres al utilizar estos servicios de salud (Hospital o posta sanitaria) tiene que sumergirse a las reglas.

PRESENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO

Testimonios

- Si, es bueno no mas que tu esposo de acompañe, le tengo confianza, pero es prohibido en el hospital (entrevista 1; junio 2006)
- Debe ser bonito pero nunca asistió ninguno de mis familiares en el parto (entrevista 2; junio 2006)
- En el embarazo estoy con mi esposo Incluso me acompaña a realizar el control prenatal pero no creo que le dejen ingresar en el momento del parto (entrevista 3; junio 2006)
- No se como será sola nomas soy (entrevista 4; julio 2006)
- Durante el control pre natal siempre estaba mi esposo pero en sala de partos no creo que le dejen ingresar (entrevista 5; julio 2006)
- Deberían tomar en cuenta el personal del hospital (doctores) que los maridos estén presentes o bien un familiar cercano (entrevista 6 ; julio 2006)

Análisis

Ante la pregunta de que si el entorno familiar este presente en el embarazo y parto las mujeres explicaron que cuando acuden al Hospital para realizar controles pre natales, los esposos están presentes, a excepción de algunas que asisten solas a la consulta pero en el caso de parto, el personal de salud que atienden el nosocomio no les permite el ingreso de algún familiar esto debido a reglamentos que se tiene en la institución. Ellas también opinan que deberían tomar en cuenta este aspecto

AUSENCIA DEL ENTORNO FAMILIAR DURANTE EL PARTO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Testimonios

- Claro para evitar los celos de mi marido (entrevista 1; junio 2006)
- Si pero igual asisto aunque no permitan que mi esposo ingrese en el parto (entrevista 2; junio 2006)
- Si pero igual no mas acudo al hospital(entrevista 3; junio 2006)
- Le tengo mas confianza al doctor del hospital (entrevista 4; julio 2006)
- Siempre fui al hospital (entrevista 5; julio 2006)
- Tengo fe que todo va a salir muy bien (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

Ellas refieren que por más que no ingresen los familiares en el momento del parto igual asisten al hospital o posta sanitaria para su atención ya que prefieren recibir los consejos de los médicos durante el embarazo y en el momento del parto

PERSONAL DE SALUD FRENTE A COSTUMBRES Y TRADICIONES DE LA USUARIA QUE ASISTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Testimonios:

- Si a veces nos preguntan por ejemplo de la placenta si me lo llevo o no (entrevista 1 ; junio 2006)
- A veces (entrevista 2 ; junio 2006)
- No siempre (entrevista 3; junio 2006)
- A veces (entrevista 4; julio 2006)
- A veces porque el doctor es bueno(entrevista 5; julio 2006)
- Si, el doctor me pregunto que si me lo llevo mi placenta o no(entrevista 6 ; julio 2006)

Análisis

La mayor parte de las entrevistadas mencionaron que a veces el personal de salud respeta algunas tradiciones y costumbres de las mujeres que acuden al hospital. Otro aspecto importante mencionaron que el medico del hospital es muy bueno y que siempre les pregunta y respeta algunas tradiciones como el destino de la placenta ya que en su totalidad dichas mujeres han decidido votar la placenta sin mas trámite.

EL PENSAMIENTO DEL FUNCIONARIO DEL HOSPITAL CON RESPECTO A COSTUMBRES Y TRADICIONES

Testimonios:

- Si piensan diferente (entrevista 1 ; junio 2006)
- Claro que si a veces son médicos que vienen de otros departamentos (entrevista 2 ; junio 2006)
- Depende a veces son doctores que conocen o que han vivido en el mismo lugar (entrevista 3 ; junio 2006)
- Si tienen pensamientos diferentes (entrevista 4; julio 2006)
- Debe ser (entrevista 5; julio 2006)
- Si (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

Con referencia a la pregunta el grupo de mujeres entrevistadas refieren que el personal de salud piensa diferente de sus costumbres y tradiciones esto puede verse claramente a la diversidad cultural que tiene Bolivia y sus departamentos y que los médicos al trabajar en

lugares que no conocen o bien cuando les destinan tienen que tropezar con el desconocimiento de costumbres creencias y tradiciones de los pobladores.

MIEDO DE ASISTIR A UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y SUGERENCIA PARA MEJORAR LA ATENCION

Testimonios:

- No. Porque el doctor es bueno y le tengo confianza (entrevista 1; junio 2006)
- A veces depende quien esta de turno hay doctoras que son muy malas (entrevista 2; junio 2006)
- La primera vez tuve mucho miedo (entrevista 3; junio 2006)
- No (entrevista 4; julio 2006)
- A veces tengo miedo de que me puedan reñir (entrevista 5 ; julio 2006)
- Un poco tengo miedo (entrevista 6 ; julio 2006)

Análisis

El miedo de asistir al hospital es común en todas las mujeres y en especial de las que asisten por primera vez a la consulta, hay el temor de que les puedan reñir; otro aspecto que influencia es el carácter del médico de turno a veces puede que sea la rutina misma (cansancio) o bien la falta de carisma hacia la persona que acude a recibir ayuda.

SUGERENCIAS PARA UNA MEJOR ATENCION

Las sugerencias más comunes para mejorar la atención en el hospital son:

- Que haya médicos especialistas y varios consultorios (entrevista 1 ; junio 2006)
- Que la sala de partos se mas caliente (entrevista 2 ; junio 2006)
- Que atiendan rápido, tan bien debería repartir fichas (entrevista3 ; junio 2006)
- Que las enfermeras no sean malas (entrevista 4 ; julio 2006)
- Que traten sin discriminación y mas rápido y por orden de llegada (entrevista 5 ; julio 2006)
- Que nos atiendan rápido porque perdemos toda la mañana (entrevista 6; julio 2006)

Análisis

En relación que si hay una sugerencia para mejorar la atención en el hospital la mayoría indica que la atención debería ser más rápida y por orden de llegada sin discriminación alguna; una de ellas comenta que al no haber hecho los controles prenatales no quisieron atenderle

COMUNICACIÓN (IDIOMA) CON EL PERSONAL DE SALUD

Testimonios:

- Depende a veces hay doctores que entienden el aymará y no saben hablar y me gustaría que hablen nuestro idioma (entrevista 1 ; junio 2006)
- Si, porque yo solo se hablar español , esta bien no mas (entrevista 2 ; junio 2006)
- A veces pero seria bueno que aprendan otros idiomas (entrevista 3; junio 2006)
- El doctor sabia, pero la enfermera de turno no sabia nada seria bueno que al trabajar en el campo las enfermeras hables dos idiomas (entrevista 4 ; julio 2006)
- Otros entienden otros no (entrevista 5; julio 2006)
- Si, me entiendo no mas (entrevista 6 ; julio 2006)

Análisis

Con referencia a la pregunta formulada nos mencionaron que la comunicación con el personal de salud no es mejor ni peor ya que hay algunos médicos o enfermeras que si, hablan el español pero en cambio otros no lo hacen o bien no saben hablar pero si entienden

MALTRATO DEL PERSONAL DE SALUD EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Testimonios

- No bien no mas me han tratado (entrevista ;junio 2006)
- Si cuando solo acudí en el parto y no hice control prenatal (entrevista 2;junio 2006)
- No bueno es el doctor del hospital (entrevista 3;junio 2006)
- El doctor es bueno, donde el no mas acudo (entrevista 4 ;julio 2006)
- Un poco son las enfermeras (entrevista 5;julio 2006)
- Por ser primera vez bien no mas me han tratado (entrevista 6 ;julio 2006)

Análisis

Las entrevistadas refieren que el trato que recibieron en el hospital fue buena en especial del doctor que trabaja en el hospital de Asunta; en cambio el trato que reciben de las enfermeras (de algunas) son malas, esto implica el temor, la desconfianza y el de no acudir al hospital para una consulta.

SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL (SUMI)

Testimonios

- Si, al ingresar me han dicho que no debo cancelar nada (entrevista 1 ;junio 2006)
- Si te informan cuando estas embarazada incluso hay `propagandas en las paredes (entrevista 2 ;junio 2006)
- Si. (entrevista 3;junio 2006)
- Si pero no se que cosa no mas cubrirá (entrevista 4;julio 2006)
- si (entrevista 5 ;julio 2006)
- Si se que es gratuito (entrevista 6 ;julio 2006)

Análisis

Las entrevistadas hacen referencia a la Ley de Seguro (SUMI) que es gratuito y que el doctor en el momento de la consulta prenatal le informa que cubre el seguro

7.2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL PERSONAL DE SALUD ENCUESTADO (Personal sanitario, medico y paramédico del Municipio de La Asunta)

El cargo que ocupan corresponde a 84% auxiliares de enfermería, 10% medico, 6% licenciadas de Enfermería. En cuanto tiempo de trabajo en el área rural el promedio de tiempo corresponde a 5 años con una variación de 2 años hasta los 8 años.

El idioma predominante que habla el personal es: en un 90% habla o entiende y se puede comunicar con el Aymará, 10% habla o se puede comunicar con el Quechua, 100% habla y se puede comunicar con el Español.

En cuanto al estado civil: el 90% son personal casado y 10% personal soltero. Con referencia a la religión que profesa el personal de salud es predominantemente el católico y con menor magnitud tienden al sincretismo con tradiciones “paganas”.

IDIOMA COMO DIFICULTAD IMPORTANTE EN SU TRABAJO

El 80% del personal de salud encuestado identifica que en algún momento de la atención con la usuaria hubo alguna dificultad con una segunda o tercera lengua que ignoraba y que mas de la mitad requerían la presencia de un traductor, en especial en personal medico y el 20 % respondió que no habían tropezado con ninguna dificultad en el idioma en el tiempo que trabajaban.

LA OPINIÓN SOBRE LA MEDICINA TRADICIONAL

Con respecto a la medicina tradicional, el 90% del personal de salud encuestado reconoce que la medicina tradicional que utilizan algunas usuarias son muy arraigados y de respeto; que en

algunos casos lo practican cotidianamente ellas mismas y un 10% mencionan que la medicina tradicional es tergiversada por algunos que engañan a la población haciéndoles creer que son capaces de curar enfermedades muy graves incluso llegando a ocasionar la muerte de algunas de ellas

EL RESPETO DE LAS COSTUMBRES Y TRADICIONES DE LOS USUARIAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE SALUD

El 100% del personal encuestado considera que es fundamental para una buena atención el respeto de las costumbres y tradiciones de las usuarias que asisten al Centro de salud con el objetivo de que la usuaria retorne al Centro, algún comentario en el sentido que el personal tiene que dar el primer paso, o que este respeto tiene que ser horizontal.

RELACIÓN CON EL PROVEEDOR DE SALUD TRADICIONAL EN SU COMUNIDAD

De un total del 100% del personal de salud encuestado el 90% menciona que existe un proveedor de salud tradicional en la comunidad (partera, yatiri, etc.) y que es muy raro verlo ya que son recelosos y desconfiados hacia la medicina occidental

TEMOR QUE TIENEN LA USUARIA AL ACUDIR A SU CENTRO

Un aspecto muy importante que menciona el personal de salud encuestado a cerca del temor que tiene la usuaria al acudir al Centro de Salud es indudablemente el mal trato que ellas reciben ya sea por el personal de enfermería o bien por el medico de turno. Paralelo a ello podemos decir que el hecho de ser atendidas y que les digan desnudense es para ellas un insulto, pudor que las usuarias perciben en ese instante. Y eso impide a que la usuaria tenga miedo de asistir al Centro de Salud.

LA FALTA DE ASISTENCIA DE ALGUNAS SEÑORAS AL CENTRO DE SALUD (EN LO CULTURAL)

Las respuestas en esta parte pese a las aclaraciones tomaron otros rumbos no acordes con el tema, a excepción de algunos que respondieron lo siguiente:

“Temor a ser sometida a procedimientos que no se las explica”

“A la limpieza del lugar”

“Todo es suero”

OPINION DEL PERSONAL DE SALUD A CERCA DE MUJERES QUE NO ACUDEN AL CENTRO DE SALUD

Al igual que la anterior pese a la explicación previa las respuestas fueron varias pero fuera del desde el contexto de intercultural. Pero hubo algunas respuestas interesantes

Con información en las comunidades

Hablando con las autoridades comunales del peligro

I.E.C. En las reuniones generales

VENTAJAS Y ALCANCES DEL SUMI A LA COMUNIDAD

El 100% del personal encuestado dio una respuesta unánime con respecto a la pregunta todos(as) coincidieron que se explica permanentemente sobre el SUMI, ya que es un objetivo principal de las políticas de salud de evitar la mortalidad materna

RESPECTO DE LA DECISIÓN DE LA MADRE EN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (CULTURALMENTE)

En lo que respecta en el embarazo el 100% del personal de salud refiere respetar la decisión de la madre por ejemplo el hecho de no acudir al Centro de Salud para realizar el control pre

natal pero siempre explicando los riesgos que puede tener durante todo este proceso.

Durante el parto el 100% del personal de salud encuestado menciona que deja elegir procedimientos y la posición que quiera adoptar la madre durante el proceso del parto : pero no se cuenta con el equipamiento para el parto culturalmente adecuado

Con respecto al puerperio se dice que la mayoría de las madres puérperas no asisten al Centro de Salud

CAMBIOS EN LO CULTURAL PARA MEJORAR LAS COBERTURAS DE CONTROL PRE NATAL, PARTO Y PUERPERIO

Las respuestas fueron variadas: Un 90% del personal encuestado refiere que para mejorar las coberturas es el hecho de hablar el idioma que la madre tiene cuando esta acude al Centro de salud para ser atendida; un 10% menciona que hay que equipar la sala de parto culturalmente adecuado; Paralelo a ello deberían haber una comunicación con los esposos esto debido a que la mayoría de las madres acuden solas al control prenatal e incluso durante el parto

PERSONAL DE SALUD QUE ENCUENTRA EN COMUNIDAD A SEÑORA EMBARAZADA QUE NO ACUDE AL CENTRO DE SALUD

El 100% del personal de salud encuestado menciona que cuando se encuentra en comunidad con una mujer embarazada lo primero que se hace es invitar al Centro de salud para su correspondiente atención, luego se le explica de los beneficios del SUMI; posteriormente se orienta a cerca de los peligros que existe cuando una mujer no realiza el control pre natal y los peligros del parto

7.4. ANÁLISIS GENERAL

7.4.1. HALLASGOS EN EL GRUPO DE ESTUDIO

A las características enumeradas en el acápite de metodología y tamaño de muestra, que sirvieron de base para la identificación del grupo de estudio, sumamos los obtenidos durante la investigación.

El promedio de edad corresponde a 33 años con una variación desde los 17 años hasta los 44 años.

La recolección de los datos en relación al estado civil de las entrevistadas nos muestra que el 52% esta casada, el 34% es concubina, el 14% soltera.

El promedio de embarazos por mujer corresponde a 4.6% emb/mujer y el número de hijos nacidos vivos corresponde a 4,2% nm nv/mujer.

El grado de instrucción se distribuye en ninguno 15%, nivel primario 80% y de nivel secundario 6%. No se encontró ninguna mujer con grado de instrucción superior.

RESUMEN DE LAS CARACTERISTICAS DE LA MUJER DE GRUPO DE ESTUDIO

	ESTADO CIVIL				
	CASADA	CONCUBINA	SOLTERA		
33 %	52 %	34 %	14 %	4,6 %	4,2 %
GRADO DE INSTRUCCION					
NINGUNO	PRIMARIA	SECUNDARIA	UNIVERSITARIO		
15 %	80 %	6 %	0 %		

Las mujeres pertenecientes al grupo de estudio, reconocen en su mayoría que es importante realizar el control prenatal, aunque no tenga ninguna molestia, por el hecho de prevenir algunos problemas, pero no lo realiza por:

- ✓ No es importante

- ✓ Miedo al doctor
- ✓ No sirve de nada
- ✓ Te ven todo el cuerpo
- ✓ Nos da vergüenza

Si bien la mayoría de ellas esta de acuerdo en realizar el control prenatal indican que no lo han hecho, las causas mas comunes son la falta de tiempo, la lejanía del centro de salud o el Hospital, la falta de información, el temor al servicio de salud y la renuncia por celos del marido.

En relación al último parto la mayoría de las entrevistadas expresaron que la persona ideal es la pareja, por el sentimiento de calidez y seguridad que expresan.

Una parte de ellas expresan que la mujeres de mas edad (madres y familiares) son la ideales para la colaboración durante el ciclo reproductivo, otras en cambio encuentran que las parteras y no los parteros son los que mejor las colaboran durante el periodo reproductivo.

En relación al respeto cultural de creencias, las entrevistadas consideran en gran mayoría que los doctores y doctoras no son considerados:

- No creen como nosotras
- No tienen cariño a la gente
- Discriminan a las de pollera
- No hablan nuestro idioma, no nos entienden

Con respecto al entorno familiar y su importancia se repite la respuesta de algún otra pregunta con respecto a que el esposo en la mayoría del los casos es el que brinda seguridad y calidez en el parto y embarazo, no permite elegir donde y en que posición queremos tener a las guaguas, en cambio en algunas otras es importante de la presencia de la madre o del padre durante el ciclo reproductivo.

Aunque la mayoría de la mujeres de este grupo no visitan ningún servicio de salud, pero tiene cierta preferencia hacia la atención estatal y no privada. En muchos casos prefieren la atención del sistema de la medicina tradicional.

Solo dos mujeres entrevistadas han hecho referencia a la gratuidad de la atención de sus problemas de embarazo a través del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) del Ministerio de Salud y Deportes.

7.4.2. HALLASGOS EN EL GRUPO DE REFERENCIA

A las características enumeradas en el acápite de metodología y tamaño de la muestra sumaremos estas otras que se obtuvieron durante la investigación.

El promedio corresponde a 22 años con una variación desde los 16 hasta los 44 años.

El estado civil de las entrevistadas muestra que el 30% están casadas, el 35% es concubinaza y el 35% soltera.

En este grupo la totalidad de las entrevistadas sostienen que es importante el control prenatal, para saber si no hay anemia, para saber si la wawa esta en buena posición.

La mayoría de este grupo sostienen que se debe ir al control lo mas tempranamente que se pueda y los que hacerse lo permitan, y que se tiene que hacer por lo menos cuatro controles prenatales.

Todas quedaron satisfecha por las seguridad que transmite el personal de salud, y que les avisan la fecha de parto y si todo esta bien. Algunas de las entrevistadas refiere si bien se realiza el control prenatal, el parto es un poco dificil por las características geográficas y la distancia hacia un centro de salud.

Refieren también que es el esposo y los padres los que buscan el auxilio del hospital o puesto de salud más cercano en caso necesario.

La mayoría expresa que no confían en las parteras o médicos tradicionales pese a que los conocen en su comunidad, un grupo pequeño refiere haber asistido a la partera, para combinar ambas medicinas.

Las entrevistadas hacen referencia a la gratuidad de la atención de sus problemas de embarazo a través del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

Con respecto al cambio en algunas cosas en la atención, reproduciré algunas opiniones:

- Que hablen los médicos nuestro idioma
- Que sean más amables
- Que den mejor de comer
- Que no haya discriminación
- Que se apuren en atender
- Que no le hagan pasar frío en la sala de parto.

7.4.3. ANÁLISIS DEL GRUPO DE TRABAJADORES EN SALUD DEL MUNICIPIO

Lo rescatable de la encuesta a los trabajadores en salud es:

- El reconocimiento de que es fundamental el respeto a las costumbres y tradiciones de las mujeres en el municipio.
- El reconocimiento de que existen limitaciones en la comunicación y que lo ideal sería por lo menos hablar lo Basoco de los idiomas nativos.
- Que existen mujeres que no acuden por causas de el no respeto a su forma de pensar y creer

- Que no todos tiene un trato cordial con personas de otra forma de pensar que acuden al puesto.
- Qué se valora muy poco a la medicina tradicional, por parte de algunos de ellos.
- Que es tiempo de cambiar viejas ideas equivocadas si queremos tener éxito en salud.

VIII DISCUSION

Se pretende que poco a poco las relaciones interculturales se transformen en un dialogo horizontal, por lo cual, el que ha creído que esta en un nivel inferior, logre una relación de igualdad con el que se cree de un nivel superior para interactuar con igualdad de oportunidades. Pues, no podemos ignorar que la relación intercultural entre el sistema biomédico de salud y la población, especialmente la indígena originaria, se caracteriza generalmente por la discriminación social y cultural, alimentada por prejuicios, sin embargo, implica un esfuerzo para reequilibrar las relaciones de poder existentes y eliminar los prejuicios (mutuos). Desde esta perspectiva, la comunicación constituye un potencial de desarrollo personal para ambas partes y la base para la complementariedad entre ambas medicinas. De este modo, la adecuación cultural no puede ser un fin en si mismo; es el resultado de este dialogo.

Hay que considerar finalmente un elemento esencial que esta en la base del enfoque de la interculturalidad y es la de legislar adecuadamente esta nueva forma de ver las cosas y es sin duda alguna la Constituyente el centro de dialogo de saberes.

La presunción de un estado igualitario de respeto, de tolerancia y de trabajo unificado son los pilares para el desarrollo y el destierro de la marginación de la mujer indígena originaria.

IX CONCLUSIONES

Definitivamente los factores culturales como barreras, descritas y estudiadas en esta investigación son de suma importancia y que merecen ser tomadas en cuenta si se pretende dar éxito a las nuevas políticas de salud, los factores culturales tan importantes como otros factores, dificultan de cierta manera en una cobertura total hacia la mujer en un país multiétnico y pluricultural.

El temor factor fundamental y la piedra angular del deficiente acceso de las mujeres gestantes, que involucra a los tres factores (idioma, concepción cultural de salud y enfermedad, religión) tienen que ser el punto a trabajar con la pretensión de modificarlo, lógicamente es fundamental como estrategia el que aprendamos a respetar los otros tipos de medicina y las otras formas de pensar, con un dialogo horizontal, de los saberes.

Las políticas actuales del Ministerio de Salud y Deportes se han dado cuenta que no puede aplicar acciones correctivas o sólo mejorar, sino que debe cambiar y reordenar el rumbo de sus acciones hacia lo concreto, hacia lo real, hacia la verdadera búsqueda de soluciones, sostenibles y transformadoras de la realidad. Vale decir que debemos cambiar radicalmente la presuntuosa pretensión de trabajar para la gente, por la modesta y única aspiración de trabajar con la gente.

Esta investigación ha identificado las siguientes conclusiones que son: las mujeres del grupo de estudio no usan los servicios “formales” porque no les gusta el trato que reciben cuando acuden y porque muchos aspectos de los servicios chocan con las ideas de la comunidad sobre la salud de la mujer. Este choque se debe a que:

- a) hay un sistema de salud alternativo al sistema formal de salud que subyace en los conocimientos, creencias, prácticas y actitudes de las mujeres en relación al ciclo reproductivo.

- b) Ciertos aspectos de las relaciones entre la pareja y la organización social no concuerdan con la manera en que los servicios formales se prestan en la comunidad.

Un objetivo fundamental de esta investigación ha sido identificar y describir los obstáculos “culturales” para un acceso universal al sistema de salud, por consiguiente, una gran parte de este documento ha sido dedicada a la descripción y análisis de esta problemática, porque el reconocimiento de un choque cultural, nos ayudara a redirigir nuestros objetivos en busca de captar a los marginados de este sistema.

Pero, debe quedar claro que no solo son factores culturales los que afectan la interrelación entre los dos sistemas. Existen otros tan importantes como los culturales, que provienen de influencia económica y social.

Otro de los choques fuertemente sentidos por las mujeres es el aspecto social de prestaciones de servicios. Casi todos se quejan del maltrato que reciben, de la mala información que se les da y de la falta de consideraciones a la que son sometidas cuando demandan servicios.

El estudio ha permitido identificar claramente los dos sistemas lógicos de salud: la biomedicina, y el sistema tradicional.

El tipo de interrelación que se establece entre los dos sistemas se puede clasificar en tres categorías:

Armonía: La existencia de dos sistemas no implica necesariamente un choque continuo entre ellos. En muchos aspectos, el sistema biomédico y el sistema tradicional están en armonía. Esta armonía puede desarrollarse por dos razones: Pueden ser que los dos sistemas coinciden en ciertas prácticas que tienen una fuerte base científica. O puede ser que sea el resultado de una simbiosis parcial de los dos sistemas.

Aislamiento. También hay prácticas tradicionales que tienen poco que ver con el sistema formal, pero con fuerte arraigo cultural. Entre ellos están el no tejer durante el embarazo; el tomar caldos o mates con alimentos especiales durante y después del parto.

Choque. Desafortunadamente, hay ejemplos abundantes de choque entre los dos sistemas. Entre los momentos del ciclo reproductivo que el estudio analiza, hay fuertes contrastes entre los dos sistemas. Un problema cardinal, desde la perspectiva biomédicas, es el escaso uso de servicios institucionales de maternidad.

X. RECOMENDACIONES

Lograr cambios de actitudes o modificaciones de practicas perjudiciales en la población, es un proceso largo y arduo. Sin embargo, iniciar este proceso a partir del conocimiento de la etnofisiología de la población identificada como blanco del proceso. Por este motivo, uno de los primeros pasos tendrá que ser la difusión de este estudio en los centros que prestan servicios de maternidad y las entidades formadoras de recursos. Solo la toma de conciencia de la coexistencia de otro modelo lógico de pensamiento puede llevar al cuestionamiento de las estructuras actuales. De ese modo, si se logra incrementar la demanda de servicios estos deben estar preparados para recibir a las nuevas usuarias

XII. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD PROGRAMADA	Ene ro	febr ero	mar zo	abri l	may o	juni o	Juli o	Ago sto	Sep	Oct
Selección del tema	X									
Planteamiento del problema objetivos y formulación de la hipótesis	X	xx								
Recopilación de la información para la elaboración del marco teórico	xx	xx								
Revisión de perfil			xx							
Elaboración de los técnicas e instrumentos de investigación				xx						
2da revisión					xx					
Trabajo de campo. entrevista al grupo de estudio, grupo de referencia y personal de salud						xx	xx			
Procesamiento y análisis de la información								xxx		
Trascripción de la investigación									xxx	
Presentación del informe final									xxx	
Defensa del informe final										xxx

XI. BIBLIOGRAFIA

1. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD, OPS/OMS (Documento de trabajo) La Paz- Bolivia, 2004, pág. 38
2. OPS/OMS HISTORIA Y PERSPECTIVA DE LA SALUD EN BOLIVIA Promoción de la Salud. Una antología. ED 1ra. , La Paz- Bolivia 1998, pág 11
3. MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO: PLAN VIDA Plan Nacional para la reducción Acelerada de la Mortalidad Materna Perinatal y del Niño, Secretaria Nacional de Salud, ED 1ra. La Paz – Bolivia 1994, págs. 5-6
4. BOLIVIA. SALUD DE LA MUJER, Cifras reflejan aspectos culturales económicos y religiosas, www.sns.gov.bo/solmuj.htm/-46
5. SECRETARIA NACIONAL DE SALUD: VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL, Ministerio de Salud y Previsión Social www.sns.gov.bo/-74K
6. GALVAN, Hector; SALUD Y CULTURA, VOL. IX N° 1-2 Instituto de Investigaciones Economicas; Universidad de Costa Rica, pág. 33
7. ROERSCH TAVARES Y OTROS: MEDICINA TRADICIONAL, EDT. Hipamu, ED 1ra. Lima-Perú 1999
8. LAUREL, Cristina; LA SALUD ENFERMEDAD COMO PROCESO SOCIAL, En revista Latinoamericana de salud; VOL 1; EDT Nueva Imagen, ED. 2da. México 1982
9. DIBBITS Ineke; LO QUE PUEDE EL SENTIMIENTO, La temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur, ED. 2da., EDT.Tahipamu La Paz-Bolivia, 1994
10. CRESPO, Alberto: HISTORIA DE LA CIUDAD DE LA PAZ, SIGLO XVII Industrias Gráficas S.A., Lima-Perú, págs. 230-232

11. MEDICOS DEL MUNDO; CREENCIAS, ACTITUDES Y PRACTICAS DE LAS MUJERES DE IRUPANA, EN RELACION AL CICLO REPRODUCTIVO, EDT. Grupo Desing, Irupana-Bolivia 2005

12. MICHAUX, Jacqueline; SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMERICA LATINA, Hacia un sistema Intercultural de Salud en Bolivia. De la tolerancia hacia la necesidad sentida. Universidad mayor de San Andrés, La Paz-Bolivia

13. C.I.A.E.S.: MATERNIDAD TRADICIONAL. Conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo productivo. UNICEF, EDT. ED 2da. Cochabamba – Bolivia1991

14. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES: GUIA PARA LA ATENCION INTERCULTURAL DE LA SALUD MATERNA: Serie: Documentos técnicos normativos Bolivia, 2005

PROPUESTA DE INTERVENCION

En el contexto, donde el modelo actual de salud, promueve un desarrollo sostenible y donde los pilares fundamentales son la salud y la educación, con equidad, calor y respeto a la persona. Los pueblo originarios e indígenas demandan ser atendidos en los servicios de salud con humildad, paciencia, respetando a la cultura, idioma y recibiendo un trato igualitario.

Se hace necesario valorizar, fortalecer la medicina tradicional, en las comunidades, a través del fortalecimiento a la organización, brindar recursos financieros por parte del estado y finalmente legitimar este sistema ante el sistema occidental, para desarrollar mecanismos de coordinación y trabajo conjunto entre los dos sistemas. Cuando exista esta articulación los gestores tendrán la posibilidad de ser creadores de un nuevo modelo de salud intercultural sin discriminación y sin exclusiones.

En este marco el proceso de transformación de la medicina intercultural tiene sentido importante, para potenciar las capacidades individuales y colectivas, se pretende que sean capaces de interpretar su realidad en salud de manera diferente a la actualidad.

Desarrollando su conciencia crítica y visión en el futuro de una comunidad sana, con sentido de pertenencia de identidad, de honestidad, dignidad, de respeto mutuo, humildad, para generar una salud intercultural sostenible basada en principios.

Es importante realizar una educación transformadora no solo en sesiones de capacitación, sino en todas las actividades de atención en salud, donde el servicio tiene que relacionarse con la comunidad.

En la capacitación es importante empezar con la experiencia de la medicina tradicional y conocimiento de las/os parteras(os) como punto de partida. Reflexionar y analizar sus experiencias para aprender de las experiencias de todos.

En este sentido la propuesta de intervención como segunda fase de esta investigación se propone implementar talleres, cursos, reuniones, en fases diferentes con actores como personal de salud, medicina tradicional, parteras (os), autoridades comunales, entidades de mujeres, grupos religiosos, OTB.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL DE INTERVENCION

Mejorar el acceso al SUMI de mujeres gestantes que no acuden al Hospital “Asunta”, implementando el enfoque intercultural en la atención del servicio

Se plantea una estrategia de “atención de la maternidad concertada e intercultural”, que responda a la perspectiva de las usuarias, autoridades de salud y municipales, propuesta que tiene el objetivo de desarrollar vínculos entre los servicios de salud y la cosmovisión del proceso salud - enfermedad de la mujer gestante indígena, buscando aceptación,

respeto, integración y coordinación en los servicios, para ello se propone: eventos con características netamente participativas, con talleres, capacitaciones, reuniones y sensibilización del problema.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE INTERVENCION

- ✓ Implementar la importancia de los conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres gestantes en el personal de salud.
- ✓ Desarrollar una comunicación adecuada con las mujeres gestantes en base a talleres, cursos, charlas comunitarias.
- ✓ I.E.C. pilar fundamental en las intervenciones en la comunidad a mujeres
- ✓ Relación horizontal con los otros saberes, mediante talleres conjuntos.
- ✓ Reconocer el rol importante de los otros proveedores de salud.
- ✓ Conocer y difundir los derechos que le otorga la ley SUMI a la mujer embarazada en el marco de sus usos y costumbres.
- ✓ Recuperar la memoria histórica de la medicina tradicional y milenaria.
- ✓ Identificar y analizar las raíces, prácticas y consecuencias de los aspectos negativos en la salud materna.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

LUGAR: Centro de salud Hospital La Asunta

TIEMPO: 6 meses

FECHA DE INICIO: Enero del 2007

FECHA DE FINALIZACION: Junio del 2007

ACTIVIDAD		ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN
Conformación de actores sociales	Personal de salud	XX					
	Parteras	XX					
	Entidades de mujeres	XX					
	Grupos religiosos	XX					
	Autoridades comunales	XX					
Realización de reuniones para la capacitación	Personal de salud		XX				
	parteras		XX				
Realización de talleres, cursos ferias	Mujeres gestantes			XX	XX	XX	
	Entidades de mujeres			XX	XX	XX	
	Grupos religiosos			XX	XX	XX	
	Autoridades comunales					XX	
Evaluación final							XX

PRESUPUESTO

RECURSOS			FINANCIAMIE
humanos	materiales	Económicos	NTO
Medico Moderador Personas claves para el desarrollo de talleres, cursos Entidades de mujeres Parteras Autoridades comunales Grupos religiosos Mujeres gestantes	Rota folios Material audiovisual (televisión, DVD, VHS) Pizarra Tizas Bolígrafos, lápices Hojas bond (carta, oficio) Papel resman Marcadores Fichas elaboradas para cada taller	Monto total 8.000 Bs	Servicio Departamental de Salud La Paz

ELABORACION DE ESTRATEGIAS

PROBLEMA: Factores culturales que interfieren el acceso al SUMI de mujeres gestantes

Población objetivo	COMPORTAMIENTO			INTERVENCIONES		
	Practicas perjudiciales	Practicas ideales	Acciones propuestas	Difusión	Aplicación en servicio	Interacción
MUJERES GESTANTES QUE NO ACUDEN AL CENTRO DE SALUD	No realizan el control prenatal, porque tienen miedo al trato, a que no se las entienda, pudor y a que no se respete sus costumbres y tradiciones	Realizar el control prenatal a partir del primer mes de embarazo, hasta cumplir cuatro controles, parto y puerperio, culturalmente adecuado	<p>Captación de mujeres gestantes en comunidad</p> <p>Invitación cordial al Centro sanitario, subrayando el respeto que se las tendrá</p> <p>Sensibilización a las autoridades en reuniones generales</p> <p>Charlas permanentes a la pareja, en las</p>	<p>Difundir la importancia del cuidado del ciclo reproductivo.</p> <p>Difundir el trato cordial, el respeto a su identidad cultural y la privacidad.</p> <p>Promocionar el cuidado del control prenatal, parto puerperio,</p>	<p>Que se trate de forma cordial a las pacientes durante el ciclo reproductivo</p> <p>El personal de salud permite la presencia de otros prestadores de salud y familiares en el control prenatal, parto y puerperio.</p> <p>Se contara en todo</p>	<p>Realizar talleres donde se genere el cambio de actitud en el personal de salud para brindar atención con enfoque intercultural</p> <p>Se realizar reuniones conjuntas</p>

			<p>reuniones y ferias en la importancia del control de la gestación.</p> <p>Reforzar la idea del respeto a la riqueza y éxito de la medicina intercultural, multiétnica, pluricultural, como factor dependiente de la confianza, comprensión y respeto mutuo entre ambos saberes</p>	<p>culturalmente adecuado, con respeto a usos y creencias</p> <p>Promocionar el SUMI desde la perspectiva de la interculturalidad y sus ventajas.</p>	<p>momento que se requiera al personal de salud que hable algunas lenguas nativas.</p> <p>Desarrollar actitudes positivas y aprender algunos métodos de la medicina tradicional, para mejorar las relaciones entre el personal de salud y las nuevas usuarias y las captadas en comunidad</p> <p>Facilitar el uso de fricciones y mates</p>	<p>entre los diferentes prestadores de salud , para una intercambio de haberes</p> <p>Cursos dirigido a todos los proveedores de salud, para analizarla problemática del ciclo reproductivo</p>
--	--	--	--	---	---	---

					de plantas medicinales, aceptar los ritos utilizados por las parturientas y la familia, aceptar la posición que desee la madre para el parto.	
--	--	--	--	--	---	--

ANEXO A:

TABLA DE SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE GRUPO DE ESTUDIO Y GRUPO DE REFERENCIA

GRUPO DE ESTUDIO	GRUPO DE REFERENCIA	PRACTICAS PERJUDICIALES
En casa no nos da vergüenza	Tenemos algo de vergüenza al doctor	El temor evita el acceso al puesto de salud limitando la detección de riesgos obstétricos
En casa todo es gratis	En el Hospital algunas cosas se tiene que comprar	La comunicación inadecuada perjudica el acceso
En casa nos atiende el esposo o partera	En el Hospital nos atiende un doctor buenito	La inasistencia del entorno familiar y social es perjudicial para el acceso
En casa nos dejan consumir mates	En el Hospital no nos dejan consumir mates fuertes	La comunicación y explicación del consumo de algunos mates pueden ser contraproducentes
En casa nos entienden todo, hablan nuestro idioma	En el Hospital el doctor no nos entienden, no sabemos hablar bien el castellano	La importancia de la comunicación mínima en el habla de la comunidad es fundamental para un buen acceso
En casa nos tranquilizan la familia	En el Hospital algunas enfermeras nos riñen	El trato de algunas personas del equipo desacreditan a todo el Hospital
En la casa creen como nosotras y nos orientan las personas de mayor edad	En el Hospital no creen en el Aire, Ajayu, en la sangre coagulada en la barriga, en la maldición	La irreverencia de las creencia, costumbres y tradiciones de las mujeres perjudican el acceso

En la casa nos mantiene abrigadas todo el tiempo	En el Hospital nos obligan a desvestirnos	Algunas prácticas hospitalarias son contraproducente y se pueden cambiar
En la casa lo mas importante es la mamá	En el Hospital los dos somos importantes	Los familiares, parteras anteponen a la mujer al del bebe
En la casa todo esta como siempre	En el Hospital todo es blanco, limpio	El blanco representa en algunas culturas la muerte, es importante la limpieza para evitar problemas (comunicación)
En casa en el parto lo hacemos sentadas	En el Hospital escogemos la mejor posición que queremos	Algún personal que no acepta que excite una medicina intercultural

ANEXO B :

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD **(Dirigida a mujeres que no acceden al servicio de Salud)**

FECHA DE ENTREVISTA:

NOMBRE:

EDAD:

LUGAR:

PROCEDENCIA:

ESTADO CIVIL:

NUMERO DE EMBARAZOS:

NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS:

NUMERO DE PARTOS INSTITUCIONALES:

GRADO DE INSTRUCCIÓN: ninguno, primario, secundario, superior

¿ESTA EMBARAZADA AHORA?

¿CUÁNTOS MESES?

1. ¿CREE QUE UNA MUJER DEBE HACERSE CONTROLAR (CONTROL PRENATAL) DURANTE EL EMBARAZO?

a.-(si no) ¿POR QUÉ NO?

b.- (si si) ¿AUNQUE NO TENGA NINGUNA MOLESTIA? ¿POR QUÉ?

2. ¿QUIÉN LE ATENDIO EN EL ULTIMO PARTO?

a. ¿POR QUÉ?

b. ¿LE TIENE USTED CONFIANZA?

3. ¿CREE UD QUE EN EL HOSPITAL NO SE RESPETA SUS TRADICIONES Y COSTUMBRES RESPECTO AL ORIGEN DE SU ESTADO? (ACLARAR)

a. ¿POR QUÉ?

b. ¿SI LOS RESPETARAN USTED SE HARIA ATENDER?

4. ¿ES IMPORTANTE PARA USTED QUE EL ENTORNO FAMILIAR ESTE PRESENTE EN EL EMBARAZO, PARTO Y QUE LA AYUDEN?

a. ¿POR QUÉ?

b. ¿SI DEJARAMOS ESTAR PERMANENTEMENTE A SU ENTORNO FAMILIOAR Y SOCILA EN EL HOSPITAL USTED SE DEJARIA ATENDER POR EL MEDICO?

5 ¿DE DONDE USTED PROCEDE SE RESPETA SUS COSTUMBRE Y TRADICIONES EN EL PERSONAL DE SALUD?

- a. ¿SI NO?
- b. ¿SIEMPRE HA TENIDO SUS NIÑOS SIN APOYO DEL PERSONAL SAMITARIO?

6 ¿CREE USTED QUE LOS FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL PIENZAN DIFERENTE DE SUS COSTUMBRES Y TRADICIONES? (ACLARAR)

- a. ¿POR QUÉ?
- b. ¿SI LOS MEDICO Y ENFERMERAS PENSARAN COMO USTED IRIA AL HOSPITAL?

7 ¿TIENE USTED MIEDO DE ASISTIR AL HOSPITAL?

- a. ¿POR QUÉ?
- b. ¿TIENE ALGUNA SUGERENCIA PARA MEJORAR LA ATENCION EN EL HOSPITAL?

8 ¿PUEDE UD. COMUNICARSE (IDIOMA) CON EL PERSONAL DE SALUD?

- a. ¿POR QUÉ?
- b. ¿LE GUSTARIA QUE HABLEN COMO UD.?

9 ¿RECIBIO UD. MALTRATO DEL PERSONAL DE SALUD? (ACLARAR)

- a. ¿QUÉ TIPO DE MALTRATO?

10 ¿SABE UD. QUE EL SEGURO (SUMI) ES GRATUITO Y ES SU DERECHO?

ANEXO C :

ENTREVISTA

(Dirigida a mujeres que acuden al Hospital en control prenatal, parto y pos parto)

FECHA DE ENTREVISTA:

NOMBRE:

EDAD:

LUGAR:

PROCEDENCIA:

ESTADO CIVIL.

NUMERO DE EMBARAZOS:

NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS:

NUMERO DE PARTOS INSTITUCIONALES:

GRADO DE INSTRUCCIÓN: ninguno, primario, secundario, superior

¿ESTA EMBARAZADA AHORA?

¿CUÁNTOS MESES?

1 ¿CREE QUE UNA MUJER DEBE HACERSE CONTROLAR (CONTROL PRENATAL) DURANTE EL EMBARAZO?

a.-(si no) ¿POR QUÉ NO?

2.- SI TIENE ALGUNA MOLESTIA DURANTE SU EMBARAZO USTED ACUDE AL HOSPITAL?

3. ¿QUIÉN LE ATENDIO EN EL ULTIMO PARTO?

a. ¿POR QUÉ?

4. ¿CREE UD QUE EN EL HOSPITAL SE RESPETA SUS TRADICIONES Y COSTUMBRES RESPECTO AL ORIGEN DE SU ESTADO? (ACLARAR)

5 ¿ES IMPORTANTE PARA USTED QUE EL ENTORNO FAMILIAR ESTE PRESENTE EN EL EMBARAZO, PARTO Y QUE LA AYUDEN?

6 ¿DE DONDE USTED PROVIENE EL PERSONAL DE SALUD RESPETA SUS COSTUMBRES Y TRADICIONES ?

a. ¿SI NO?

7 ¿CREE USTED QUE LOS FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL PIENZAN DIFERENTE DE SUS COSTUMBRES Y TRADICIONES? (ACLARAR)

a. ¿POR QUÉ?

8 ¿TIENE USTED MIEDO DE ASISTIR AL HOSPITAL?

a. ¿POR QUÉ?

b. ¿TIENE ALGUNA SUGERENCIA PARA MEJORAR LA ATENCION EN EL HOSPITAL?

9 ¿PUEDE UD. COMUNICARSE (IDIOMA) CON EL PERSONAL DE SALUD?

a. ¿POR QUÉ?

b. ¿LE GUSTARIA QUE HABLEN COMO UD.?

10 ¿RECIBIO UD. MALTRATO DEL PERSONAL DE SALUD? (ACLARAR)

a. ¿QUÉ TIPO DE MALTRATO?

11 ¿SABE UD. QUE EL SEGURO (SUMI) ES GRATUITO Y ES SU DERECHO?

ANEXO D:

GUIA DE ENCUESTA (Dirigida a personal de salud)

Nombre:.....
Cargo que ocupa.....
Tiempo de cargo:.....
Idiomas que habla:.....
Estado civil:.....
Religión:.....

1.- ¿Considera usted el idioma como una barrera importante en su trabajo?

.....
.....

2.- ¿Qué concepto tiene de la medicina tradicional?

.....
.....

3.- ¿Considera que se tiene que respetar las costumbres y tradiciones de las usuarias que asisten al Puesto de Salud?

.....
.....

4.- ¿Cómo es su relación con el proveedor de salud tradicional en su comunidad?

.....
.....

5.-¿Conoce usted los temores (vestimenta, infraestructura, trato, respeto pudor)que tienen las señoras al acudir a su Centro?

.....
.....

6.-¿Por qué cree usted que algunas señoras no acuden a su Centro?(en lo cultural)

.....
.....

7.-¿Cómo encara usted el hecho de hay mujeres que no acuden a su Centro al control prenatal, parto y puerperio?

.....
.....

8.-¿Usted se explica en comunidad las ventajas del SUMI?

.....
.....

9.-¿Respeto usted la decisión de la madre en su contexto cultural en lo que se refiere al Embarazo, Parto, Puerperio?

.....
.....

10.-¿Qué cambios en lo que se refiere a lo cultural realizaría para mejorar el acceso de las mujeres gestantes a su Centro de Salud?

.....
.....

11.-¿Qué hace usted cuando encuentra en comunidad a una mujer embarazada que no acude al Centro de Salud?

.....
.....

.....
.....