

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA  
DIVISIÓN DE POST GRADO E INVESTIGACIÓN**



**FACTORES SOCIO-CULTURALES QUE INTERVIENEN EN LA BAJA  
CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA  
DEL HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES**

**PROYECTO DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
INTERCULTURALIDAD Y SALUD**

**POSTULANTE: Lic. Yuri Sandra Del Carpio Bascopé**

**TUTOR: Dr. José Zambrana**

**LA PAZ - BOLIVIA**

**2007**

**DEDICATORIA:**

**A Dios por sobre todas las cosas quien es mi guía  
A mis padres e hijos por su apoyo constante**

**AGRADECIMIENTO:**

**A Fernando Tudela, quien me impulso  
Y me dio las fuerzas para concluir  
Con el presente trabajo de investigación**

# ÍNDICE

	<b>Pag.</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>2</b>
<b>1.- Antecedentes .....</b>	<b>3</b>
<b>II. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>4</b>
2.1 Interculturalidad y Calidad de Atención en los servicios de salud..	7
2.2 Comunicación e Interculturalidad.....	7
2.3 Contexto Internacional: Salud de los pueblos indígenas.....	8
2.4 Comunicación Asertiva.....	9
2.5 Teoría de la Interculturalidad Comunicativa.....	10
2.6.1 Red Social.....	10
2.7 Funciones y Atribuciones de la Redes Sociales.....	11
<b>III. FORMULACION DEL PROBLEMA.....</b>	<b>11</b>
<b>IV. JUSTIFICACION.....</b>	<b>11</b>
<b>V. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION</b>	
5.1 Objetivo General de Investigación.....	13
5.2 Objetivos Específicos de Investigación.....	13
<b>VI. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
6.1 Tipo de Estudio.....	14
6.2 Operacionalización de las Variables.....	15
6.3 Técnicas de Recolección de la Información.....	17
6.4 Universo.....	17
6.5 Muestra.....	18
6.6 Delimitación Temporal.....	18
6.7 Delimitación Espacial.....	18

## **VII. DIAGNOSTICO DE LA CIUDAD DE EL ALTO Y EL HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES**

7.1	Características de El Alto: Demografía.....	18
7.2	Población de la zona en acción.....	19
7.3	Número y Estructura de los Hogares.....	19
7.4	Dinámica Poblacional.....	20
7.5	Tasa Global de Fecundidad.....	20
7.6	Tasa de Mortalidad Infantil .....	20
7.7	Esperanza de Vida .....	21
7.8	Bases Culturales.....	21
7.9	Estudio de Pobreza Mediante las Necesidades las necesidades Básicas insatisfechas .....	21
7.10	Disponibilidad de Servicios Básicos e insumos Energéticos.....	22
7.11	Niveles de Educación obtenidos.....	22
7.12	Accesibilidad en atenciones de salud.....	22
7.13	Educación.....	22
7.14	Indicadores de Salud.....	23
7.15	Situación Socio Económica.....	23
7.16	Genero.....	24
7.17	División Político Administrativa.....	25
7.18	Estructura del Sistema de Salud y Centros de Atención.....	25
7.19	Capacidad organizada del Hospital Boliviano Holandés.....	26

## **VIII. RESULTADOS Y ANALISIS**

8.1	Introducción.....	27
8.2	Contexto en que se desarrollo la investigación.....	28
8.2.1	Red Social y Calidad de Atención.....	29
8.2.2	Factores influyentes en la Calidad de Atención.....	31
8.2.3	Calidad de Atención.....	31

## **IX. PERCEPCIONES SOCIO-CULTURALES**

9.1 Creencias Practicas y costumbres en Salud.....	32
9.2 Manejo de la Placenta .....	33
9.3 Manejo de la Diarrea .....	34
9.4 Manejo de la calentura y/o fiebre .....	35
9.5 Manejo del ajayu .....	35
9.6 Libertad de dialogo con los médicos .....	35
9.7 Conocimientos sobre Interculturalidad.....	36
9.8 Implementación de la oficina con enfoque intercultural.....	36

## **X. PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE INTERCULTURALIDAD Y SALUD**

10.1 Conocimientos sobre interculturalidad .....	37
10.2 Importancia de la interculturalidad en salud.....	38
10.3 Experiencias Interculturales.....	39
10.4 Iniciativas Interculturales.....	40
10.5 Propuestas de iniciativas .....	41
10.6 Percepciones sobre la implementación de una oficina con enfoque intercultural.....	41
10.7 Percepciones sobre Calidad de Atención.....	43

## **XI. PERCEPCIONES SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN**

<b>XII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>47</b>
<b>XIII. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>50</b>
<b>XIV. ANEXOS.....</b>	<b>51</b>

## **XV. PROPUESTA DE INTERVENCION**

1. Antecedentes.....	58
2. Contexto en que se desarrollo la investigación.....	59
2.1. Consulta Externa.....	59
3 Resultados de la Investigación.....	60
4 Objetivo General.....	61
4.1 Objetivos Específicos.....	61
5 Presupuesto.....	65
6 Cronograma.....	67

## RESUMEN

La calidad de atención partiendo del respeto y valoración de sus prácticas culturales de los / as usuarios en el Hospital Boliviano Holandés surge a raíz de barreras que dificultan la relación entre los usuarios y el personal de salud, datos que fueron extraídos de los análisis que se realizan mes a mes mediante las boletas de satisfacción del usuario / a. De esta manera surge como una respuesta a éstos problemas y a la necesidad de contribuir a mejorar la calidad de los servicios, se pretende promover la adecuación de los servicios a la realidad lingüística y cultural de los usuarios, optimizando la comunicación entre los equipos profesionales y los usuarios de los servicios y respondiendo a algunas exigencias éticas fundamentales: humanizar la atención de salud, respetar los derechos de los usuarios / as y contribuir a la apertura de un espacio de expresión y difusión donde juega un rol protagónico la Red Social quienes son representantes de la comunidad

El trato como un factor importante que encierra varios elementos como ser el de la comunicación, el idioma, y el trato con calidez, es decir entender todo este conjunto de situaciones nos va a permitir ver y analizar esa relación que es importante para que se lleve a cabo la curación del paciente desde diferentes perspectivas el principal problema del personal de salud, en especial del médico, quien se limita a recetar y no explica cual es la enfermedad que tiene y cual el tratamiento que el paciente va a recibir.

A partir de los factores identificados como un problema en el Hospital: trato, comunicación, idioma, sería en gran medida justificable la implementación de la oficina, porque nos ayudaría a ir reduciendo falencias, pero no se quiere solo llegar a ese ámbito que si bien es importante y primordial debemos también considerar que se puede ir creando poco a poco una aceptabilidad y crear también una mentalidad abierta en el Hospital, donde el personal de salud acepte y reconozca que las costumbres, las tradiciones de la población



# **FACTORES SOCIO-CULTURALES QUE INTERVIENEN EN LA BAJA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES**

## **I. INTRODUCCIÓN**

La presente investigación fue realizada en el Hospital Boliviano Holandés de la Red de Salud Boliviano Holandés del Distrito 1 de la ciudad de El Alto.

Esta investigación está considerada como un estudio de factibilidad para el mejoramiento de la calidad de atención a través de una oficina con enfoque intercultural respetando los valores y costumbres de la población usuaria del Hospital, se pretende analizar los principales factores socioculturales de la población en el acceso a los servicios de salud y en qué medida la implementación de la Oficina con enfoque Intercultural pueda ayudar a mejorar la calidad de atención.

Para poder llevar adelante el trabajo se ha utilizado la investigación cualitativa, con lo cual se ha delimitado un universo de actores sociales y personal de salud se ha detectado desde diferentes puntos de vista en relación al tema tratado y una de las principales conclusiones a la cual se ha llegado es que la relación personal de salud del Hospital y el usuario presenta serias dificultades principalmente en lo que se refiere a la atención, trato, comunicación, por tanto esta investigación va a fortalecer las relaciones entre el personal de salud y los usuarios se pretende realizar estrategias de acción con enfoque intercultural para mejorar esta relación y también el acceso de la población a los servicios de salud.

En el capítulo tres se ha realizado la formulación del problema y toda la estructura metodológica que se realizara en el transcurso de la investigación,

En el cuarto segundo capítulo se encuentra la justificación

El diagnóstico se encuentra dividido en dos partes, en la primera parte esta el diagnóstico mismo de la población de la ciudad de El Alto y del Distrito 1 mas propiamente; en la segunda parte tenemos la descripción del Hospital “Boliviano Holandés”

En el capítulo ocho se ha abocado a hacer el análisis de los datos recabados y es también el capítulo que nos va a permitir ver los diferentes puntos de vista con referencia al tema que se ha tomado.

El modelo actual de la globalización promueve un desarrollo insostenible, sin equidad, respeto a la persona, las comunidades de los pueblos originarios enfrentan el desafío de adoptar un modelo alternativo de salud donde las mujeres y hombres, adolescentes, niños y niñas y recién nacidos de las comunidades indígenas demandan ser atendidos en los servicios de salud, con humildad, paciencia respetando la cultura, idioma y recibiendo un trato igualitario. Se hace necesario fortalecer la medicina tradicional a través del fortalecimiento a la organización, brindar recursos financieros por parte del estado y finalmente legitimación y trabajo conjunto entre los dos sistemas, este proceso podrá dinamizarse cuando las parteras, médicos tradicionales, autoridades y la comunidad en general logren ejercer una gestión participativa con el servicio de salud, articulando el servicio biomédico a los espacios de las comunidades de los pueblos originarios tendrán la posibilidad de ser creadores de un nuevo modelo de salud intercultural sin discriminación.

## **1. Antecedentes**

Bolivia experimenta un proceso de redefinición de sus vínculos con la economía mundial y de reorganización de su estructura productiva, al igual que otros países en desarrollo, Bolivia muestra características económicas de deterioro político como social, debido a las condiciones de dependencia y subordinación de la vida política nacional e internacional. Los aspectos Sociales son producidas en los últimos años logrando el desempleo, y aumentando el mercado informal y por ende el contrabando, el ingreso económico de las familias no llegan a cubrir la canasta básica de alimentos. Existen leyes para llevar a cabo el cambio del estado mediante la Constitución política del Estado, y legislaciones como: La ley de Participación Popular, Ley de Descentralización Administrativa, Ley de Municipalidades, Ley del Dialogo 2000 y otros. La constitución política del estado expresa los derechos fundamentales, ciudadanos dando énfasis los derechos a la vida, a la salud, la seguridad social.

La participación Popular, transfiere la infraestructura física a título gratuito y el derecho de los gobiernos municipales los bienes muebles e inmuebles de los servicios públicos de salud. Las Organizaciones Territoriales de Base (OTBs) se encargan de controlar, pedir, supervisar la realización de obras y la prestación de servicios públicos de acuerdo a las necesidades comunitarias.

Bolivia como país multiétnico y plurilingüe, ha sido de alguna manera, una limitante en asegurar la eficiencia de las políticas de salud. Sin embargo, más allá de este hecho, también está el beneficio de reconocer los valores prácticos y conocimientos que tienen los pueblos indígenas y originarios como sistema propio de auto conservación y preservación de la salud, que conocemos como Medicina Tradicional (MT) se encuentra en estrecha relación con la naturaleza y el medio que habitan, este sistema se ha introducido en el conciencia colectiva de sus pobladores como una forma de vida ligada a sus usos y costumbres.

La articulación de los sistemas debe iniciar un proceso integrado y compartido permitiendo establecer puentes de comunicación e interacción para una labor conjunta. Todo esfuerzo para mejorar la situación de salud merece el apoyo de todos los que estamos comprometidos con lograr cambios de actitudes para dar calidad y calidez de atención respetando la cultura y prácticas de la población que acude a los servicios de salud.

## **II. MARCO CONCEPTUAL**

La calidad de atención es definida por, <sup>DONAVEDIAN, Avedis,</sup> Informando y reformando, boletín trimestral NAADIR; abril-Junio No 8, 2001 como "a partir de unos recursos disponibles, lograr que los pacientes adquieran mayores beneficios con los menores riesgos posibles".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un alto nivel de excelencia y comprende:

1. **Uso eficiente de los recursos**
2. **Un mínimo de riesgos para el paciente**
3. **Un alto grado de satisfacción para el paciente**
4. **un impacto final en la salud.**

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

La calidad es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. La calidad de atención adquiere cada vez más fuerza, debido a la presión creciente por parte de los usuarios, que son la población que utiliza los servicios como los miembros de los equipos de salud y de la sociedad en su conjunto. La calidad es la medida en que el producto satisface requerimientos y/o necesidades del cliente. De tal manera que la calidad se divide en 8 dimensiones que son **Competencia profesional, Acceso a los servicios, Eficacia, Satisfacción del cliente, Eficiencia, Continuidad, seguridades, Comodidades.** ( COLQUE, Rubén y

Zeballos Yolanda; Modelo de Calidad en los Servicios de Salud con enfoque de Genero ; OPS-OMS; La Paz Bolivia

- 1 **Competencia Profesional:** Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud del personal administrativo y del personal de apoyo.
- 2 **Acceso a los Servicios:** Elimina las barreras de la calidad geográfica, económica, social, organizacional y/o lingüística.  
En lo cultural se refiere a que los servicios de salud deben respetar los valores culturales a las actitudes locales.
- 3 **Eficacia:** Se refiere a las normas de prestación de servicios y la orientación clínica. La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas cuando el tratamiento se aplica correctamente.

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

Un derecho humano que atañe directamente a las políticas de salud pública, es el derecho a la vida y a la mejor salud posible, que incluye el derecho a vivir sin violencia, el derecho a la integridad física y psicosocial, de hombres, mujeres, adolescentes niños y niñas.

“Estos derechos derivan de otros derechos humanos, como ser el derecho a una vida digna, a la seguridad, a la libertad, a la libre expresión de las ideas derechos fundamentales de todas las personas a la hora de acudir a un servicio de salud “

(Encuentros con la propia Historia Dibbits, p, 23)

## 2.1 Interculturalidad y Calidad de Atención en los Servicios de Salud

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

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

### **Interculturalidad:**

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

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

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

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

## 2.2 Comunicación e Interculturalidad

Al acudir a un servicio de salud, la mayoría de la gente busca una atención con calidez, que no solo signifique un 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 diálogo sobre las experiencias, sentimientos y preocupaciones del paciente.

Para ello es importante desarrollar competencias comunicacionales y, en muchos casos, cambio de actitudes, dando mayor atención a la relación humana, sabiendo escuchar y preguntar, usando un lenguaje adecuado y estando atento al lenguaje corporal, tanto de uno/a mismo/a, como del / la usuario/a.

La manera en que entendemos el cuerpo, la salud, la enfermedad y el proceso de atención, varía 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 está en proceso de construcción.

En el ámbito de la salud se suele calificar la situación de diversidad cultural como una barrera o un impedimento para llegar a la población más necesitada. Sin embargo la propuesta de atención con calidad y enfoque intercultural en el Hospital Boliviano Holandés parte de una visión positiva, actitud positiva y comunicativa y de diálogo permanente para mejorar el estado actual en el que se encuentra.

### **2.3 Contexto Internacional: Salud de los Pueblos Indígenas**

Un elemento importante a considerar para la implementación de cambios estructurales que propendan a un mejoramiento de la calidad de atención en salud hacia las poblaciones indígenas, es el contexto favorable que se ha generado a partir de los acuerdos internacionales a los que Chile ha suscrito, propiciados por la OMS y OPS bajo el lema “ Salud para todos en el año 2000, como se sabe, la convención de Alma Ata en 1973 marcó un hito en la historia del sistema de salud occidental, al redefinir el concepto de salud abordado tradicionalmente como “ Ausencia de enfermedad”, por uno más integral que incluye el bienestar total ( físico, Psicológico y social) de la comunidad y que requiere de nuevas estrategias, como la Atención Primaria en Salud que promueven un enfoque preventivo a través de la coordinación intersectorial la participación social comunitaria el uso de tecnologías apropiadas y la articulación de los servicios básicos con la medicina tradicional y el saber popular en salud.

La OPS / OMS prioriza la temática indígena, en consideración de que un hecho importante de la población Mundial, es portadora de diversas tradiciones socioculturales, accede a los servicios de la medicina occidental en condiciones desiguales “La búsqueda de meta de salud para todos presenta nuevos desafíos, este proceso debe basarse en el respeto de los valores propios de cada cultura con el objetivo preciso y definido de fortalecer las identidades recíprocas como base para el cambio.

## **2.4 Comunicación Asertiva**

- Entendemos a la comunicación asertiva como un proceso comunicativo enmarcado en el respeto al otro considerando en general sus derechos humanos y en particular sus derechos en salud sus derechos en género y los derechos que tiene en el marco de la diferencia socio cultural y etarea.
- Identificar lo que se siente se piensa y se quiere.
- Aceptar nuestros pensamientos sentimientos y creencias no por capricho sino sustentados en el respeto a los derechos humanos.
- Controlar sentimientos que impidan la comunicación.
- Buscar la situación y el momento oportuno para expresar lo que se quiere decir. Lo que en un momento se puede entender como asertivo, en otro puede ser percibido como irrelevante o agresivo.
- Ser específicos al expresar los sentimientos, deseos o pensamientos y respetar los mensajes del resto.
- Indagar sobre lo que se entendido es decir verificar si el mensaje entendido es el mismo que el emitido <sup>1</sup> PATHFINDER FOCUS; “Servicios Amigables y de Calidad para Adolescentes”, Ministerio de Salud y Deportes 2001; La Paz Bolivia; Pag. 91-92



## **2.5 Teoría de la Interculturalidad Comunicativa**

Rechaza la noción de territorio como propiedad exclusiva de una etnia, origen, religión, cultura, lengua, patria, e intenta asumir de una manera pacífica y democrática el hecho de que en una fatalidad. Hermas (1987) propone superar el viejo patriotismo y desarrollar el patriotismo de la constitución.

Considerar las normas consensuales para organizar la convivencia de gente diferente, a través del diálogo y abriendo posibilidades para la lucha crítica por la obtención de consensos más igualitarios, es su posición.

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

## **2.6 Red Social**

Las redes sociales de salud están constituidas por Organizaciones Territoriales de Base y un conjunto de personas que representan a la sociedad civil organizada en el ámbito urbano y rural de acuerdo a sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias reconociendo prioritariamente el derecho de las mujeres campesinas, indígenas y originarias.

Las Redes sociales tienen como responsabilidad el desarrollo de la gestión social en salud de su comunidad y la articulación con la red de servicios de salud, para garantizar el ejercicio del derecho a la salud.

### **2.6.1 Funciones y Atribuciones de la Redes Sociales**

- a) Ejercer el control social comunitario para que las prestaciones de todos los programas de salud y del SUMI, sean ejecutadas adecuadamente.
- b) Identificar las barreras que dificultan el acceso de la población a los servicios
- c) Participar activamente en las mesas de negociaciones del DILOS así como en la elaboración de planes y proyectos de salud
- d) Promover la movilización social en defensa de la salud.( Modelo de Gestión)

### **III. FORMULACION DEL PROBLEMA**

El problema de la presente investigación quedó formulado en los siguientes términos.

**¿Cuales son los factores socio culturales que intervienen en la baja calidad de atención en el servicio de consulta externa del Hospital Boliviano Holandés?**

De esta interrogante principal se desprendieron otras interrogantes menores.

¿Una oficina con enfoque intercultural influirá en el mejoramiento de la calidad de atención?

¿La capacitación al personal de salud sobre prácticas culturales de los/as usuarios/as ayudara a lograr cambios de conducta en la atención?

¿Mediante el involucramiento de la comunidad a través de las redes sociales se lograra la accesibilidad de los usuarios/as al Hospital?

### **IV. JUSTIFICACION**

El Presente proyecto de intervención esta basado específicamente en el respeto a la diversidad cultural y en un espacio con enfoque intercultural

La interculturalidad será entendida como un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina científica y la medicina tradicional. El contacto entre dichos sistemas de salud permitirá el enriquecimiento de ambos y la construcción de nuevos canales de comunicación mediante la valoración y rescate de las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud. Se trata de construir un espacio de interculturalidad basado en el reconocimiento y respeto de la diversidad cultural.

Es importante llamar la atención sobre el hecho de que el enfoque integral, después de casi 50 años de su promulgación, no ha sido interiorizado por la mayoría de las instancias que formulan y ejecutan políticas y programas de salud, mientras que sus beneficiarios /as, la población más deprimida (pobre) suelen cuidar de forma “natural” la salud integral. Hay que destacarlo: aquellos/as que gozan de oportunidades, bienes materiales, las mayorías históricamente excluidas, que aportan de manera invisible a la salud de los suyos no encuentran hasta el momento un lenguaje en común en cuanto a sus necesidades de salud integral con las instancias estatales.

En el sector salud en general, el avance en el fortalecimiento y la organización de las redes sociales, ha generado una mejor articulación de las mismas con las diferentes instancias de gestión y de atención de la salud, es así que la demanda de la población por la prestación de servicios. De atención prenatal parto institucional y control del puerperio con calidad es cada vez más importante como derechos de los/as usuarios/as.

Un usuario Satisfecho ayuda a que crezca el servicio por tanto es muy importante reflexionar, analizar, describir, intervenir sobre los procedimientos que se emplean en la atención en los servicios de salud del Hospital Boliviano Holandés.

## **V. OBJETIVO DE LA INVESTIGACION**

### **5.1 Objetivo General de Investigación**

Identificar los factores socio-culturales en el servicio de consulta externa del Hospital Boliviano Holandés

### **5.2 Objetivos Específicos:**

- Determinar las percepciones del personal de salud sobre la importancia de los aspectos socio-culturales en la atención.
- Identificar las percepciones sobre calidad de atención
- Identificar conocimientos sobre los derechos de los usuarios/as en el Hospital Boliviano Holandés
- Identificar el acceso a los servicios de salud respetando los valores culturales de la población.
- Analizar la calidad de atención, tomando como puntos de partida el trato, el acceso, la oportunidad y la participación de las Redes Sociales en el ejercicio de sus derechos.

## **VI. DISEÑO DE LA INVESTIGACION**

### **6.1 Tipos de Estudio**

El diseño de la investigación a utilizar será la cualitativa - prospectivo en tanto tratara de analizar, comprender y valorar una realidad determinada más allá del recuento numérico y recopilación de datos estadísticos, permite que el diseño de la investigación sea más flexible con una perspectiva holística.

Se opta por una metodología de tipo cualitativo, porque ofrece técnicas especializadas, para obtener respuestas a profundidad, acerca de lo que las personas piensan y sienten. Este tipo de investigación es realizada en grupos pequeños de personas cuya participación es activa durante el proceso investigación y su meta es la transformación de la realidad.

## 6.2 Operacionalización de Variables

Objetivo	Variables	Concepto	Instrumentos
<p>Identificar los factores socio-culturales en el servicio de consulta externa del Hospital Boliviano Holandés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infraestructura adecuada</li> <li>• Personal de salud no capacitado en prácticas culturales</li> <li>• Disponibilidad de una oficina de atención al usuario/a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambiente adecuado para orientación adecuada</li> <li>• Eficiencia del personal de salud</li> <li>• Personal motivado y concientizado o para una atención integral</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación</li> <li>• Entrevista estructurada</li> </ul>
<p>Determinar las percepciones del personal de salud sobre la importancia de los aspectos socio-culturales en la atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de salud motivado y capacitado para dar una atención integral.</li> <li>• Conocimiento sobre derechos del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personal de salud motivado y capacitado</li> <li>• Conocimientos sobre derechos del paciente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación</li> <li>• Grupos focales</li> </ul>
<p>Identificar las percepciones sobre calidad de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población usuaria capacitada en el ejercicio de sus derechos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio de los derechos de los/as pacientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista estructurada</li> <li>• Grupos Focales</li> </ul>

<p>Identificar conocimientos sobre los derechos de los usuarios/as en el Hospital Boliviano Holandés</p> <p>Identificar el acceso a los servicios de salud respetando los valores culturales de la población.</p> <p>Analizar la calidad de atención, tomando como puntos de partida el trato, el acceso, la oportunidad y la participación de las Redes Sociales en el ejercicio de sus derechos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de valores y prácticas culturales de la población que accede a los servicios del Hospital Boliviano Holandés</li> <li>• Baja calidad de Atención</li> <li>• Desconocimiento en trato digno,</li> <li>• Conocimiento del modelo de gestión respecto a redes sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de valores y prácticas culturales de la población</li> <li>• Mejoramiento de la Calidad de Atención.</li> <li>• Atención con trato digno</li> <li>• Participación activa del personal de salud y Redes sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación</li> <li>• Difusión al personal de salud</li> <li>• Grupos Focales</li> <li>• Entrevista estructurada</li> <li>• Entrevista estructurada</li> <li>• Grupos Focales</li> </ul>
--	--	--	--

### 6.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- Boletas de satisfacción al usuario /a
- Grupos Focales
- Entrevista Estructurada

**Boletas de satisfacción.-** Esta técnica se realizará en el interior del Hospital a pacientes internados y de consulta externa, este instrumento ya fue puesto en marcha en el Hospital Boliviano Holandés desde Enero del año 2004 (Ver Anexos)

**Grupos Focales.-** En esta técnica se trabajará con representantes de la Red Social aproximadamente 8 personas (Ver Anexo). En este grupo seleccionado se recopilará información sobre los conocimientos y percepciones relacionados con la bio-medicina y la medicina Tradicional, la problemática de la baja calidad de atención entre usuarios / as y personal de salud, finalmente la idea en los grupos focales es recopilar opiniones de la población con respecto a las funciones que deberá cumplir la oficina con enfoque Intercultural para lograr el mejoramiento de la calidad de atención en los diferentes servicios del Hospital Boliviano Holandés.

**Entrevista a profundidad.-** La entrevista a profundidad es una técnica que se utiliza para obtener puntos de vista, actitudes de la persona con respecto a problemáticas que afectan directamente a su situación de vida y la atención que reciben considerando el trato, esta técnica es informal, no estructurada, porque a través de ella es posible obtener información más completa y profunda. Las entrevistas serán dirigidas a usuarias de consulta externa (Ver Anexo) para poder conocer su parecer sobre la implementación de la oficina con enfoque intercultural.

### 6.4 Universo

El universo esta constituido por 280 usuarios / as diariamente que solicitan servicios en el Hospital Boliviano Holandés



Personal de salud del hospital en específico 74 Médicos, 26 Lic. Enfermería, 129 auxiliares 30 administrativos, 2 Trabajadoras Sociales, 3 Nutricionistas 12 personas en limpieza y manual.

### **6.5 Muestra**

La presente propuesta de intervención intentara llegar a cubrir al 100% de los usuarios / as que solicitan servicios en el Hospital Boliviano Holandés que precisen de una orientación

### **6.6 Delimitación Temporal**

Primer Semestre de la gestión 2006.

### **6.7 Delimitación Espacial**

Hospital Boliviano Holandés

## **VII. DIAGNOSTICO DE LA CIUDAD DE EL ALTO Y EL HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES**

### **7.1 Características de El Alto: Demografía.**

El Municipio de El Alto se encuentra ubicado al Noreste de la República de Bolivia, en la 4ta. Sección de la provincia Murillo del Departamento de La Paz.

Tiene una extensión territorial de 13.885 hectáreas, de las cuales 8.194 corresponden al área urbana y 5.691 al área rural.

Mediante la Ley No. 651 del 20 de septiembre de 1988 El Alto fue elevado al rango de Ciudad, con una población de 307.403 habitantes.

Actualmente la ciudad de El Alto tiene una población oficial de 800.231 habitantes, con un crecimiento poblacional del 5.10%. El 50.5% de la población es femenina y aproximadamente el 60% se encuentra entre los 14 y 30 años. El promedio de miembros por familia es de 4 personas. El porcentaje de pobreza es uno de los más altos del país. Aproximadamente un 50% de la población es bilingüe: habla castellano y aymará. Un 35 % habla solamente castellano y el 15% habla sólo aymará o quechua.

Según el INE, el 77% de la población de El Alto se identifica con el pueblo aymará, el 6.3% con el quechua y el 16.2% no se identifica con ningún pueblo originario.

Se observa una gran diversidad cultural que se expresa en valores, normas, costumbres, tradiciones, formas de vida que reconocen las experiencias de otros pueblos, pero la población que predomina en la Ciudad de El Alto es la aymará.

La Ciudad de El Alto está distribuida en 9 Distritos, de los cuales el 1 y el 6 son los más antiguos y concentran juntos al 44,5% de la población.

## **7.2 Población de la zona de Acción**

(SERES El Alto), La Población del Distrito 1 es 143. 176 habitantes

De la población total el 54% son mujeres y 46% varones. Esta población es predominantemente joven: el 84,2% es menor de 40 años, sigue un patrón poblacional similar al municipal, discretamente más joven, sobre todo a expensas de la franja de niños menores de 9 años que llega hasta 31,4%.

Nos encontramos con una población muy joven, con predominio de niños menores de 10 años.

## **7.3 Número y Estructura de los Hogares**

Existen 45. 310 hogares para los 181239 habitantes, luego la media por hogar en este distrito es de 4 hijos por familia, se cuenta con aproximadamente 110 Urbanizaciones.

## **7.4 Dinámica Poblacional**

### **Migración**

El municipio de El Alto conjuntamente a los de Santa Cruz y Cochabamba, son los que mayormente atraen a inmigrantes de otros municipios y cuya población de inmigrantes corresponden al 37,4% de toda la población con residencia habitual en el municipio.

El Alto es una ciudad emergente y en pleno proceso de crecimiento, receptora de población emigrante rural tras épocas de sequía y baja productividad y emigración minera tras la crisis de la minería debido al (DS 21060).

Esta migración ha generado grandes bolsas de pobreza en la ciudad. El Decreto 21060, de 1985, con la gran reducción del gasto público, asentó las bases de este éxodo vertiginoso, ya que permitió la libre contratación, bajo el nombre de **recolocación laboral**, agudizando la crisis de la minería y más pobreza en el área rural.

Este fenómeno migratorio produce una **crisis de identidad** (deprivación cultural) con la pérdida de autoestima consiguiente y se convierten en dianas de la exclusión social, del fracaso escolar, de consumo de alcohol desproporcionado que afecta más fácilmente a la población joven.

### **7.5 Tasa Global de Fecundidad**

La tasa de fecundidad más alta 4,6 hijos por mujer en edad fértil, con un total de mujeres en edad fértil (entre 15 y 45 años) que corresponde al 47% de las mujeres bolivianas (Política Nal de salud Pág., 30)

### **7.6 Tasa de Mortalidad Infantil**

La tasa de mortalidad infantil en El Alto, calculada por el INE 2001 y USAID, en el año 2001, es de 64 por mil nacidos vivos, es decir, que 64 bebés por cada mil nacidos vivos han muerto antes de cumplir el primer año de vida.

## **7.7 Esperanza de Vida**

Este indicador refleja en años la edad promedio de vida que tendrá una persona nacida viva. En El Alto, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística, el año 1995 era de 62 años de edad, en el año 2001 se tiene la posibilidad de alcanzar a los **63 años** de edad.

## **7.8 Bases Culturales de la Población**

Del total de la población con edades de 15 y más años, que habitan El Alto, el 74,2% se considera identificado con el pueblo originario aymará, el 6,4% con el quechua, 0,2% guaraní, mientras que el 18,7% no se considera identificado con ningún pueblo originario.

El 67,4% de la población del municipio de El Alto hablan el castellano y el 30,5% de los mayores de 4 años de edad, aprendieron a hablar en el idioma aymará. Mientras que menos del 2% de esta población (mayores de 4 años), ha aprendido a hablar en el idioma quechua, los restantes idiomas menos significativos.

## **7.9 Estudio de Pobreza Mediante las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)**

Los censos de población y vivienda permiten conocer las dimensiones más importantes del bienestar, en particular las que se pueden verificar a partir de:

- la calidad de la vivienda
- la disponibilidad de servicios básicos
- los niveles educativos
- accesibilidad a servicios de salud

La pobreza por el enfoque de las Necesidades Básicas Insatisfechas define a la población pobre como aquella que no cumple con mínimos niveles de bienestar asociados a las cuatro características mencionadas. En cada uno de estos componentes se establecen “umbrales mínimos” o “normas” de satisfacción de las necesidades básicas.

### **7.10 Disponibilidad de Servicios Básicos e Insumos Energéticos**

Los índices de inadecuación de cobertura de servicios básicos de agua y saneamiento básico (tipo e instalación de agua, conexiones de cañería dentro de Niveles de pobreza basados en los componentes de las NBI

La zona presenta la mayor incidencia de pobreza, alrededor del 77%, un porcentaje minoritario no es pobre (tiene sus Necesidades Básicas Satisfechas o está en el umbral de la pobreza).

### **7.11 Niveles de Educación Obtenidos**

En la zona cerca de 6 de cada 10 personas (57,4 %) presenta niveles inadecuados de educación o que no han llegado a los niveles esperados de educación.

### **7.12 Accesibilidad en Atenciones de Salud**

De los 19.276 partos que se dieron en el año 2000 en el Alto, el 51% fueron atendidos en un establecimiento de salud. En la zona hubo sólo el 34,3% de los partos se atendieron en un establecimiento de salud.

En la zona el 37,9% de los partos fueron atendidos por personal cualificado (médicos, enfermeras), en El Alto 54,1%

### **7.13 Educación**

El Nivel de Instrucción promedio alcanzado por el conjunto de personas de la zona de 15 y más años de edad, es de 6,9 años de estudio. En El Alto el promedio es de 8 años.

En el Alto la **Cobertura Educativa** es del 85% de la población en edad escolar que está siendo asistida por las ofertas educativas que el Sistema Nacional de Educación brinda. De acuerdo a esta información, el 14,9% de los estudiantes en edad de escolaridad se encuentran marginados del Sistema Educativo.

La población matriculada que dejó de asistir, **Tasa de Deserción**, durante la gestión escolar del 2001 fue del **5,88%**, siendo mayor para los varones. Ello debido fundamentalmente a una situación socioeconómica caracterizada por la precariedad

de los sueldos, el desempleo, las migraciones y el escaso apoyo gubernamental a la educación.

#### **7.14 Indicadores de salud de El Alto.**

El Alto presenta un índice de natalidad de 4,2 niños por cada mujer en edad fértil, una mortalidad infantil de 67 cada 1000 nacidos vivos y una esperanza de vida de 62 años.

Mueren 390 madres cada 100.000 nacidos vivos.

En El Alto hay 2 médicos y 8 camas cada 10.000 habitantes (La Paz tiene 7 y 23 respectivamente). El Alto carece de hospitales de tercer nivel (en La Paz hay siete)

La prevalencia de desnutrición en menores de 5 años es **29,26%** y desnutrición moderada-severa de **6,54%**.

Se produjeron 209,8 episodios diarreicos en menores de 5 años por cada mil y 100,11 neumonías en menores de 5 años por cada mil.

En el 2001 se produjeron 7,13% de usuarias nuevas de algún método anticonceptivo moderno por cada 100 mujeres en edad fértil.

También se notificaron 319 tuberculosis con BAR positivo y 168 tuberculosis extrapulmonares.

El Distrito 1, Cuenta con el Hospital Municipal Boliviano Holandés, cuya resolución es de 2º nivel, que brinda atención de (medicina general, pediatría, ginecología y cirugía general). Dado la amplia población que atiende tiene un índice de ocupación de camas ginecológicas superior al 100%.

#### **7.15 Situación Socio Económica**

La mayoría de la población de la zona de acción, en particular y de El Alto en general se dedica al comercio informal, más del 52%, especialmente las mujeres.

El **28%** de los trabajadores se dedican a actividades de **comercio** al por menor y mayor y servicios de **reparación de vehículos** automotores, motocicletas y efectos personales, así como enseres domésticos.

A este grupo de trabajadores le sigue los dedicados a **la industria manufacturera con un 23%**, en este grupo están aquellos que elaboran productos alimenticios y bebidas, tabaco, fabricación de textiles, fabricación de prendas de vestir

La tercera fuerza laboral del municipio, un **10%**, la constituyen los que se encuentran trabajando en el ámbito del **transporte y en comunicaciones**.

De acuerdo a los datos emitidos por el Instituto Nacional de Estadísticas la situación económica en la que se encontraba la población durante el año 2001, señala que el gasto promedio de los hogares en consumo en general (gasto en comida, transporte, vestimenta, pago de servicios, educación y otros) es de **240 bolivianos mensuales (30 \$US)**. Se considera, que para aliviar la pobreza de la población de El Alto, cada uno de los hogares alteños debería tener un ingreso mensual de 254 dólares americanos, 1990 pesos bolivianos, para no ser considerado pobre. Como puede verse, la realidad dista mucho del cálculo deseable.

Siendo un municipio con población trabajadora dedicada especialmente a las actividades de producción manufacturera y de comercio, **sólo el 47,2% de la población ocupada es asalariada**, es decir, trabaja como obrero o empleado, donde los hombres tienen una participación del 33,5%, mientras que las mujeres llegan a un 13,7% que trabajan como obreras o empleadas (asalariadas).

### **7.16 Género**

Las diferencias reseñadas en el aspecto laboral permiten deducir que las mujeres tienen una participación representativa en las actividades productivas que se realizan dentro la ciudad, y además, son las que no reciben salario y aportan con su esfuerzo a la producción y generación de ingresos para sus hogares.

El acceso a la educación es algo menor en la mujer alteña. De los 199.149 alumnos matriculados en educación formal, 98.446 son mujeres, el 49%. De un total de 23.545 mujeres no han alcanzaron ningún nivel de instrucción, frente a 5.903 varones y a

nivel superior (Licenciado, Técnico de universidad, Normal, Militar o Policial) 15.633 mujeres lograron la profesionalización frente a 21.568 varones.

Según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) la esperanza de vida para la mujer en Bolivia es de 65,3 años, es decir, 4 años más que el varón. En el aspecto económico el 63% de los miembros que aportan ingresos en la familia son mujeres, siendo éstas las que menos cobran (el 50% respecto al varón). Según el PNUD, Bolivia ocupa el lugar 94 de 144 países en cuanto al Índice de Desarrollo Relativo al Género (con un valor de 0,663). En cuanto al Índice de Potenciación de Género ocupa el lugar 38 (0,522) de un total de 70 países, con un 17,8% de mujeres en escaños parlamentarios.

Las mujeres y la población originaria son los grupos más afectados por la exclusión social y pobreza.

#### **7.17 División Política Administrativa**

Desde mayo de 2002 la ciudad de El Alto se divide en 9 distritos municipales, 8 urbanos y uno rural, los mismos que albergan unas 437 urbanizaciones.

Cada uno de estos 9 Distritos cuentan con Subalcaldías, dependientes del Gobierno Municipal de El Alto, cuyos Subalcaldes son democráticamente elegidos.

Las formas de organización Distrital y vecinal en el Municipio se encuentran representadas por LAS JUNTAS VECINALES, LOS COMITÉS DE VIGILANCIA, LOS GREMIALISTAS, LAS JUNTAS ESCOLARES, IGLESIAS Y OTROS, reconocidas jurídicamente por instituciones estatales oficialmente establecidas en el Municipio.

#### **7.18 Estructura del Sistema de Salud Y Centros de Atención**

El Ministerio de Salud y Deportes estableció 3 niveles de atención en salud, basados según la complejidad, frecuencia y magnitud de patologías que afectan a la población.

El Primer Nivel corresponde a Centros de Salud, con estructura y equipamiento básico para la Atención Primaria de Salud (Consultorios, Salas de Parto, Salas de internación y Laboratorio mínimo, sin embargo no todos los establecimientos cuentan



con la mencionada infraestructura y equipamiento), destinados a solucionar problemas de salud más frecuentes y de menor complejidad, que corresponden aproximadamente al 80% de patologías presentes. El Segundo Nivel corresponde a Hospitales con infraestructura y equipamiento necesario para resolución de patologías complejas (Consultorios por especialidades, Quirófanos, Salas de recuperación posquirúrgica, salas de internaciones, Radiología, Ecografía, Laboratorio general), corresponden aproximadamente al 15% de patologías presentes. En la Red Boliviano Holandés desde la anterior gestión se implemento un Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

### **7.19 Capacidad Organizada del Hospital Boliviano Holandés**

Nivel de Atención: 2do. Nivel

Población Total Distrito 1: 143176 Hab.

Servicio por demanda (consulta externa y hospitalización): Medicina Interna, Ginecología, Obstetricia, Cirugía, Pediatría, Ginecología, Traumatología, Dermatología, Cirugía, Otorrinolaringología, Gastroenterología, Neurocirugía, Urología, Cirugía Plástica, Neumología, Oftalmología, Nutrición, Farmacia, Trabajo Social, Imagenología, fisioterapia

El Tercer Nivel corresponde a Hospitales e Institutos especializados en la resolución de patologías de mayor complejidad (Cirugías Cardiovasculares, Oftalmológicas, Neurológicas y otras, Unidad de Terapia Intensiva, Diálisis), corresponden aproximadamente al 5% de las patologías presentes.

Respecto a la responsabilidad de atención por los Servicios de Salud, la DIMUSA (Dirección Municipal de Salud) dependiente del Gobierno Municipal de la ciudad de El Alto y el SERES (Servicio Regional de Salud) El Alto, dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, según sus competencias, asignaron geográfica y jurisdiccionalmente El Distrito 1 con 5 Centros de Salud (Santiago Primero, 12 de Octubre, Villa Dolores, Rosas Pampa y Villa Exaltación) y desde enero de la gestión 2006 el Distrito Municipal 8, constituido con 5 Centros de Salud de Primer Nivel (Senkata, Atipiris, Mercedes, Unificada Potosí y 23 de Marzo) para la oferta de servicios a la población correspondiente.

El perfil epidemiológico está determinado por enfermedades infecciosas en menores de 5 años (Diarreas y Neumonías) y complicaciones del embarazo parto y puerperio en mujeres en edad fértil.



**Sala de Espera, consulta externa Hospital Boliviano Holandés**

## **VIII RESULTADOS Y ANALISIS**

### **8.1 Introducción:**

La calidad de atención partiendo del respeto y valoración de sus practicas culturales de los / as usuarios en el Hospital Boliviano Holandés surge a raíz de barreras que dificultan la relación entre los usuarios y el personal de salud, datos que fueron extraídos de los análisis que se realizan mes a mes mediante las boletas de satisfacción del usuario / a. De esta manera surge como una respuesta a éstos problemas y a la necesidad de contribuir a mejorar la calidad de los servicios, se pretende promover la adecuación de los servicios a la realidad lingüística y cultural

de los usuarios, optimizando la comunicación entre los equipos profesionales y los usuarios de los servicios y respondiendo a algunas exigencias éticas fundamentales: humanizar la atención de salud, respetar los derechos de los usuarios / as y contribuir a la apertura de un espacio de expresión y difusión donde juega un rol protagónico la Red Social quienes son representantes de la comunidad

En este contexto es de vital importancia manejar el concepto de interculturalidad que le otorga el sentido fundamental al presente. Concepto “La interculturalidad rebasa lo étnico, pues interpela a toda sociedad en su conjunto: implica la interrelación, la interacción dialógica de diversos y diferentes actores sociales, representados por etnias, clases, géneros, regiones, comunidades, generaciones etc.” **Encuentros con la propia Historia Dibits 2003**

Dentro las funciones más importantes que desarrolla la “Oficina con enfoque intercultural” están las siguientes: Desarrollo de la calidad técnico profesional; desarrollo organizacional; mejoramiento de la calidad de los servicios y información y comunicación al usuario / a

## **8.2 Contexto en que se Desarrollo la Investigación**

El conocer la percepción que tienen los diferentes actores sociales que intervienen en la investigación con referencia no sólo conceptos de calidad de atención, conocimientos de valores, costumbres de la población que se utilizan en nuestro medio sino también al tipo de trato y calidad de los servicios de salud ofrecidos, va a permitir dar una adecuada información y orientación con respecto al trato y relación con el personal de salud y el usuario /a

En este sentido se entrevisto y se realizo un grupo focal a representantes de la Red Social, personal de salud, que realizan su consulta en este Hospital. También hemos recabado los puntos de vista de los/as usuarios/as de consulta externa.

### 8.2.1 Red Social y Calidad de Atención

Uno de los problemas que existe en el Hospital Boliviano Holandés es la baja calidad de atención, (se realiza esta afirmación por datos obtenidos en las boletas de satisfacción al usuario y el libro de quejas y sugerencias existentes en la oficina de Trabajo Social) todo establecimiento de salud debe tener la capacidad de satisfacer demandas del usuario externo del servicio (paciente) por tanto las características del mismo deben satisfacer necesidades expresadas de la población usuaria.

La calidad del servicio en los usuarios / as tiene un grado de subjetividad que esta ligada a las condiciones socioculturales, económicas, de confort y de eficiencia en la atención de los servicios. Pero esta subjetividad permite conocer las percepciones de personas que son representantes de la comunidad en la Red Boliviano Holandés. Las Redes Sociales en salud están constituidas por Organizaciones Territoriales de Base y un conjunto de personas que representan a la sociedad civil organizada en el ámbito urbano y rural de acuerdo a sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias reconociendo prioritariamente el derecho de las mujeres campesinas, indígenas y originarias

Los representantes de la Red Social perciben diferencias en la atención que se brinda al paciente. Identifican problemas como:

*“largas filas y a tempranas horas de la mañana” “muchas demandas de pacientes” “no hay una buena relación personal de salud y paciente”, “el buen trato debe demostrarse desde la puerta hasta que nos atienda el médico” (Nilda. Stria Red Social GF)*

*“Que el paciente no tenga miedo al médico es importante el trato humanitario ante todo, se pierde la confianza cuando un ginecólogo nos trata mal” (Laura Red Social GF)*

*“ Calidad es tener un trato bueno, porque ayuda a tener confianza con el médico.. El medico hace a veces de cura, deberíamos contarle todo” (M.Luisa - Red Social GF)*

Respecto a la Calidad de Atención en los diferentes servicios del Hospital Boliviano Holandés, opinan.

*“Hay personal que atienden por vocación, en su mayoría el problema es por el Idioma, no permiten hablar al paciente, en especial a la gente del campo existe Humillación”. También “la calidad se expresa cuando los medios lo permiten Ej. Equipamiento” El trato debía ser como corresponde cuando a uno lo tratan con Cariño a veces la enfermera se va”. (GF. Juan, Presidente de la Red Social).*

Podemos advertir a través de esta narración que el equipamiento, la infraestructura y el confort son importantes para ofrecer una buena calidad de Atención, también se hace alusión al cambio continuo del personal que existe en el sistema de Salud en general esta situación perjudica la continuidad en el tratamiento.

*“No es necesario decirle mamita, lo que se quiere es eficacia, hay médicos educados y otros que son déspotas, hay médicos que explican bien las recetas” (Laura Red Social GF)*

La comunicación clara, sencilla y la calidez en el trato al momento de orientar y explicar sobre un tratamiento que se va a dar son importantes.

## 8.2.2 Factores influyentes en la Calidad de Atención

*“Médicos que traen sus problemas al Hospital, tiene mal carácter, son gritones y prepotentes” “Existe exceso de trabajo en el turno de la mañana la atención es buena y en el turno de la tarde la atención es mal por el excesivo trabajo (Mercedes GF)*

*“Existe mucha afluencia de pacientes los médicos atienden muchos pacientes, dan muchas fichas, en cuanto a la infraestructura quedo pequeña, el material disponible para la atención estos factores influyen en la mala calidad de atención (Juan GF)*

El sistema de Salud con la implementación del SUMI se incrementaron el llenado de documentación esta situación hace que se burocratice la atención para los usuarios /as

## 8.2.3 Calidad de Atención

La calidad es la satisfacción de las necesidades razonables de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas. La calidad de atención adquiere cada vez más fuerza, debido a la presión creciente por parte de los usuarios, que son la población que utiliza los servicios como los miembros de los equipos de salud y de la sociedad en su conjunto. La calidad es la medida en que el producto satisface requerimientos y/o necesidades del cliente. De tal manera que la calidad se divide en 8 dimensiones que son **Competencia profesional, Acceso a los servicios, Eficacia, Satisfacción del cliente, Eficiencia, Continuidad, seguridades, Comodidades.** ( COLQUE, Rubén y Zeballos Yolanda; Modelo de Calidad en los

Servicios de Salud con enfoque de Genero ; OPS-OMS; La Paz Bolivia

Para fomentar una cultura de calidad, es necesario tomar en cuenta la equidad, eficiencia y efectividad, el eje primordial de la atención en el hospital es el usuario de los servicios, la satisfacción del usuario debe ser individual y comunitaria.

*“Debe haber un trato humanitario, la capacitación al personal sobre relaciones humanas, y también se debe cortar las largas filas que son desde las 4 de la mañana”(M. Luisa GF)*

*“En informaciones se debe informar constantemente mediante el perifoneo motivando al personal y a los pacientes”(Mercedes GF)*

## **IX. PERCEPCIONES SOCIO-CULTURALES DE LA RED SOCIAL**

En el Plan Estratégico de Salud el Ministerio de Salud y Previsión Social menciona los términos de equidad, solidaridad y justicia Social estos componentes debe coadyuvar a alcanzar objetivos como la Accesibilidad, calidad de atención y la humanización de la atención con enfoque intercultural y de Genero, estos objetivos se encuentran ligados con la cultura .

La ciudad de El Alto acoge diferentes grupos étnicos, de lenguas y culturas con una predominancia en la aymará, este contexto social – cultural la medicina tiene diversas formas de atención., las clases populares no dudan en elegir terapias tradicionales y acuden a los curanderos, yatiris para la resolución de sus problemas de salud.

Las prácticas médicas kallawayas son variadas en cuanto la farmacopea natural.

### **9.1 Creencias, Practicas y Costumbres en Salud**

El Ministerio de Salud y Deportes, impulsara en el marco de la estrategia de la Atención Primaria en Salud acciones dirigidas a la promoción, acreditación y fortalecimiento de la medicina tradicional, así como de su desarrollo científico y técnico, mediante normas establecidas con la participación de los interesados y las respectivas organizaciones matrices a nivel nacional, departamental y local( Política Nal. de Salud Pág. 529

*“En nuestra población tenemos la costumbre de hacer ritos a la pachamama, se pide a la pachamama salud, dinero, bienestar”(Mercedes GF)*

*“Hace mucho tiempo yo recibí un consejo de una persona, sobre una enfermedad que mi hijo tenía, la receta consistía en base a un baño de hiervas, me dijeron que mi hijo estaba asustado y realmente lo curo”(Nilda GF).*

Las personas que participaron del Grupo Focal se han referido a la enfermedad de la pérdida del ajayu, este ritual forma parte de la medicina casera. “La pérdida del ajayu, una de las tres sombras del alma, a consecuencia de un susto, sólo es susceptible de ser curado dentro de la medicina tradicional (Fernández 1999: 150)

Existe la fe en la pachamama, al momento de tener una necesidad realizan un ritual

**El siguiente relato, una experiencia vivida** *“a mi hermano todos los médicos lo trataron con diferentes tratamientos sin ningún resultado, me dijeron que era susto, trajeron tierra, e hicimos dar un hervor de la tierra del lugar donde se asusto con hiervas, lo bañamos y se sano” (Virginia GF)*

*“Aquí se cree en la pachamama, lo matacos curan a través del agua, para los malos espíritus pone uva, manzana también azúcar, canela, arroz lentejas.. En la casa en el verano se da la bienvenida al espíritu con mucha alegría y espontaneidad todos se reúnen para que se vaya la enfermedad y todo lo malo” (Virginia GF)*

## **9.2 Manejo de la Placenta**

La resolución ministerial 0496 del 9 de octubre de 2005 sobre las 18 prácticas fisiológicas apropiadas en salud materna y neonatal instruye que se debe devolver la placenta a las madres puérperas que las soliciten o acepten.

El destino final de la placenta es lavarla, enterrarla generalmente se la realiza en la sombra algunas veces es adornada para luego ser enterrada y otras veces lavada con 12 aguas de romero, otras arrojada al río las creencias asociadas con la práctica son muy diversas las más destacadas son destinadas como pago a la pachamama



por darle un nuevo ser permitirá que esa guagua nunca se aleje del hogar (Médicos del Mundo 2005)

Las personas que participaron en el grupo focal refieren que después de la salida de la wawa la persona que ayudo en el parto también ayuda a que salga la placenta, las formas como lo hacen son distintas, algunas frotan la barriga, la parturienta bebe mates en otros casos amarran un cordón al dedo del pie, una vez que la placenta es expulsada se sigue ciertos rituales que se encuentran relacionadas directamente al beneficio de la madre y del recién nacido.

El procedimiento desde lavar a la placenta y posteriormente enterrarla, estas creencias están asociadas a un pago que se hace a la pachamama.

*“La gente del campo – el familiar pide la placenta, primero se lava con agua de jabón y luego se entierra y plantamos una plantita en el lugar”(Virginia GF)*

*”Agarran la placenta la entierran en el centro del su patio lo entierran con ritos en el campo”(Mercedes GF)*

*“La placenta es juventud” (Carmen GF)*

### **9.3 Manejo de la Diarrea**

Los trastornos estomacales tiene diferentes síntomas son causados por el exceso de “Calor” o por el “frió” mencionan diferentes tipos de diarreas, por ejemplo el de un niño que presenta un color verduzco opinan que se debe a que el niño empieza a decir sus primeras palabras, o a caminar..

*“La diarrea se cura con rapadito de palta canela pan quemado y perejil y rehace hervir en un litro de agua... El ayka no es lo mismo el ayka es cuando el niño aprende algo...” (Virginia GF)*

#### **9.4 Manejo de la Calentura y/o fiebre**

La fiebre conocida como alzas térmicas por arriba de los 37.5 grados centígrados, la población usuaria la denomina como calentura y la miden poniendo la mano en la frente del paciente y observando el enrojecimiento de los ojos, curan esta fiebre con paños fríos, en la base de la frente, en algunos el paciente es bañado con orín.

*“La fiebre se cura con el ayrampu, es conocido como calentura pero lo médicos no entienden” (Virginia GF)*

#### **9.5 Manejo del Ajayu**

El ajayu también conocido como la pérdida del ánimo, refieren que, cuando un niño/a pierde su ánimo para curarlo se debe llamarlo con alguna prenda personal, si no se hiciera este procedimiento la persona tendría sobresaltos mientras duerme, se le presentaría fiebre etc.

*“El ajayu es la pérdida del susto cuando uno recibe una sorpresa” (Carmen GF)*

*“Cuando se va el ánimo” (Juan GF)*

#### **9.6 Libertad de dialogo con los médicos**

Una buena comunicación interpersonal tiene que ver con una escucha atenta lo que lleva a un dialogo con respeto mutuo, es importante que el personal de salud se interiorice con el contexto socio cultural de los/as usuarios/as.

El personal de salud debe involucrarse en la vida y en las actividades cotidianas de la comunidad de lo contrario no se lograra construir relaciones de confianza y empatia.

Los vínculos se construyen acercando al equipo de salud a la vida comunitaria entendiendo sus actos ceremoniales y festivos, esta relación establece un vínculo social y emocional de mucha importancia

*“No existe libertad, los médicos se han formado de diferente manera, sería bueno que se los capacite” (Virginia GF)*

*” Con algunos médicos si se puede, la mayoría no se puede, los médicos de clase humilde son los que hacen a un lado estas cosas” (Mercedes GF)*

*“Los médicos deben darles confianza a los pacientes deben entenderlos” (Carmen GF)*

## **9.7 Conocimientos sobre Interculturalidad**

“La Interculturalidad rebasa lo étnico, pues interpela a toda la sociedad en su conjunto: Implica la interrelación, la interacción dialógica de diversos y diferentes actores sociales, representados por etnias, clases, regiones, comunidades, generaciones etc. con distintas representaciones y universos simbólicos” (Guerrero patricio – Reflexiones sobre Interculturalidad) UPS 1999

Un buen porcentaje del grupo desconoce este concepto

*“Debe ser compartir idiomas, compartir creencias”(Virginia GF)*

## **9.8 Implementación de la Oficina con enfoque Intercultural.**

Perciben como positiva el proyecto de implementar una Oficina Intercultural en el Hospital, ya que para ellos sería un beneficio por el mismo hecho que haría que mejore la calidad de atención y la relación medico/paciente.

*“Es necesario cuando viene la gente del campo, la mayoría habla aymará”*

*“Habría gente mas satisfecha con la atención” (Juan GF)*



*Grupo Focal: Representantes Red Social Red Boliviano Holandés*

## **X. PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE INTERCULTURALIDAD Y SALUD**

Según Ibacache la “Interculturalidad en salud es la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas”

El punto de vista del personal de salud es que la medicina científica tiene un carácter curativo y que son ellos los que generalmente van a poder solucionar los problemas de salud.

## **10.1 Conocimientos sobre Interculturalidad**

A pesar de las determinaciones legales, no se observan avances significativos en los procesos de adecuación intercultural en los servicios de salud, y tampoco se han visto mejorías en las condiciones marginación y pobreza en que viven las los indígenas bolivianos

Por lo general el personal de salud tiene poco conocimiento y sobre Interculturalidad, ello no es de extrañar debido a que esta temática no se la considero propiamente durante la formación profesional

*“Un aspecto muy importante en todo ámbito”. (Pediatra EE).*

*“La interculturalidad es necesaria y justa para relacionarnos socialmente con la gente” (Lic. Enfermería EE)*

*“Es importante aplicar la interculturalidad en nuestro país existe grupos étnicos esto nos permite conocer sus necesidades” (Trabajadora Social EE)*

La salud intercultural debe ser difundida y aplicada ya que con los cambios sociales actuales debe adecuarse a la realidad de la población con la que se trabaja.

## **10.2 Importancia de la Interculturalidad en Salud**

La salud intercultural debe ser legitimada dentro del modelo de salud actual, debe considerarse aspectos importantes para la atención a los usuarios/as tomando en cuenta elementos culturales propios de la población con las se trabaja

Mencionan los entrevistados que la gente que requiere el servicio son gente que pertenecen a diferentes culturas, y pobres.

*“Si, porque parte del proceso salud-enfermedad” (Pediatra EE)*

*”Si es muy importante porque se ve mucha discriminación” (Lic. Enfermería EE)*

*“Si porque conocerán sus tradiciones, cultura y poder comprender mejor su situación incluyendo el idioma (Trabajadora Social EE)*

*“Es importante porque trabajas con pacientes de diferentes culturas, conocer lo de sahumeros” (Enf. Aux. EE)*

*”Si permite mejorar el acceso de la población al campo de la salud (Pediatra EE)*

*” Si porque se atienden personas con diferentes culturas, hábitos, idiomas, creencias los cuales deben ser adecuadas para la atención en cada paciente” (Médico – Cirujano EE)*

### **10.3 Experiencias Interculturales**

Aproximadamente el 62% de la población boliviana pertenece a algún pueblo indígena u originario, siendo la mayoría aquellos de las culturas aymaras, quechuas y guaraníes. En el ámbito sanitario esta pluralidad cultural se manifiesta en múltiples concepciones de la salud-enfermedad y en la coexistencia de múltiples sistemas médicos (biomédico, indígena popular y otros alternativos), que representan sistemas de los cuales la población recurre en forma paralela y complementaria para resolver sus problemas de salud enfermedad, un 50 % del personal de salud en su opinión ve como positiva las experiencias que tuvieron en su práctica profesional y el otro 50% refieren que esas experiencias fueron negativas.

*“Siempre alguna veces positiva y otras negativa” (Pediatra EE)*

*” sí , respecto a las transfusiones los pacientes rechazan esta experiencia fue negativa” ( Lic. Enfermería EE)*

*“Si 2 casos un paciente chiman que tenía tuberculosis el paciente le tenía confianza mas a su medicina y se curo por un tiempo con sangre de grado, y fue negativa mi experiencia porque murió , pero las 2 medicinas deben integrarse” ( Técnico en TB EE)”*

*si fue positiva interrelación con la medicina tradicional en la provincia Camacho por 5 años “ ( Pediatra EE)*

*“Si en pediatría Ej.: el ajayu los padres creen en esta creencia algunas enfermedades no son curables con la parte clínica fue positiva porque nosotros lo entendimos pero no la enfermera” (Trabajadora Social EE)*

*” Si tuve pero no fue positiva cuando uno va a consultar a la ceja a la gente de pollera les tratan mal” (Lic. Enfermería EE)*

#### **10.4 Iniciativas interculturales**

Todas las personas entrevistadas estas dispuestas a realizar y /o colaborar en iniciativa interculturales, porque consideran que debe incorporarse en el accionar de todo el personal de salud del Hospital Boliviano Holandés

*“Claro que si” (Pediatra EE)*

*“Si empezar por los médicos que conozcan la interculturalidad, es importante que se sensibilicen” (Trabajadora Social EE)*

*“Si hacer un trabajo coordinado, integrar a los médicos tradicionales con nosotros” (Técnico TB - EE)*

## 10.5 Propuestas de iniciativas

Las personas entrevistadas mencionan que si están dispuestos a propiciar iniciativas para mejorar el conocimiento sobre estos temas y coinciden en su mayoría mediante capacitaciones talleres etc.

*“Formar charlas de interculturalidad” (Pediatra EE)*

*“Capacitación para mejorar sus conocimientos a los médicos tradicionales y rescatar de ellos, talleres integrados” (Trabajadora Social EE)*

*“Estimularía las relaciones interpersonales con aplicación de las lenguas nativas entre personal de salud y pacientes” (Pediatra EE)*

## 10.6 Percepciones sobre la implementación de una oficina con enfoque intercultural

El personal entrevistado opina como de muy bueno el proyecto de la implementación de la oficina de atención con enfoque intercultural porque cumpliría funciones principalmente de orientación, satisfacción del usuario y de abogacía.

*“Buena Idea, promover la práctica intercultural” (Pediatra EE)*

*“Si estoy de acuerdo pero primero que el personal conozca y después implementar la oficina, cumpliría la función de información, orientación, y sensibilización” (Trabajadora Social EE)*

*“Sería beneficioso especialmente cuando la gente viene el idioma es una barrera las funciones que cumpliría sería de orientación, información y educación” (Aux. Enfermería EE)*



## 10.7 percepciones sobre calidad de atención

El tema de calidad el personal entrevistado lo relacionan con comodidad, tratamiento adecuado, suficiente equipamiento y adecuada infraestructura, asimismo mencionan que el personal necesita ser capacitado para dar una adecuada atención.

*“Desde la bienvenida hasta el final” (Pediatra EE)*

*“Calidad de atención es un proceso de mejoramiento continuo con prácticas adecuadas, capacitación científica para lograr la satisfacción de los usuarios” (Pediatra EE)*

*“Para hablar de calidad tiene que haber recursos humanos en este hospital damos atención en cantidad, médicos y enfermeras necesitan charlas de relaciones interpersonales, si se pone en practica hay profesionales que orientan bien, algunos por falta de tiempo no lo hacen” ( Lic. Enfermería EE)*

*“Calidad es tener médicos actualizados, diagnostico precoz, tratamiento oportuno y enmarcado en las normas de programas nacionales, no lo ponemos en practica solo un 80% falta capacitación al personal”( Técnico en TB EE)*

*“Brindar una atención satisfactoria que el hospital reúna todas las condiciones de equipamiento, personal e infraestructura, intentamos poner en practica pero depende de otros factores” (Social EE)*



**Entrevista a Personal de salud del Hospital Boliviano Holandés**

## **XI. PERCEPCIONES SOBRE EL TRATO Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN USUARIOS/AS**

El trato digno al usuario/a dignifica al servicio de salud, el tema de respetar los derechos debe llevarnos a la construcción de una cultura de respeto y empatía, el trato amigable en salud es un derecho de todos.

Uno de los criterios que tiene la población usuaria que asisten para recibir atención en salud sobre si existe información en el Hospital sobre derechos de los pacientes:

*“No he visto y si hay no respetan eso los médicos y son apáticos” (Usuaría 32 años)*

Respecto a que si reciben explicación clara y en un lenguaje sencillo sobre su enfermedad y tratamiento opinan.

*“No casi no explican nada, solo te dan receta y ya” (Usuaría de 30 años)*

*“No porque siempre andan apurados”*

Se observo que cuando los usuarios/as ingresan a la consulta quienes saludan primero son ellos y no así los/as médicos/as

*“Si saludan pero de mala gana” (Usuaría de 28 años)*

*“Eso casi no se ve pero nosotros sí a ellos los saludamos” (Usuario de 32 años)*

Una de la problemática que se pudo percibir en esta gestión es la del trato del personal de salud a la población usuaria, y la comunicación asertiva existen quejas continuas sobre este aspecto.

*“Algunos nos médicos me dicen mamita” (usuaria 32 años)*

*“Me dicen señora pase” (usuaria 65 años)*

*“No me dejan hablar me dicen que le escuche” (usuaria de 28 años)*

*“Sí, pero luego te hacen callar”( Usuaría de 30 años)*

Los/as usuarios/as entrevistadas encuentran como problema el hecho de que no se toma en cuenta las costumbres que tienen ellos /as sobre su salud.

*“No respetan mis costumbres porque lo que yo hago para cuidarme dice que esta mal” (Usuaría de 28 años)*

Al ser este hospital un centro de enseñanza, implica que en todas las consultas se encuentran practicantes de diferentes universidades lo que implica un problema para los usuarios/as.

*“No dejan que entren familiares a la consulta pero si entran practicantes” (Usuaría de 38 años)*

*“No me gusta que entren practicantes, y yo dejo que entre mi esposo” (Usuaría de 28 años)*



**Entrevista a una usuaria de consulta externa del Hospital Boliviano Holandés**

**BAJA CALIDAD DE ATENCION EN LOS SERVICIOS DECONSULTA  
EXTERNA EN EL HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES**

Tiempo de Espera	2 a 3 horas, desde la compra de fichas en recaudaciones
Calidad de Atención	<p>Pacientes insatisfechos con la consulta</p> <p>Montos elevados para la consulta</p> <p>Excesiva demanda de pacientes</p> <p>Personal reducido para el número de pacientes que demandan la atención</p> <p>Falta de confort en las salas de espera</p>
Calidez de atención	<p>Falta de empatía de parte del personal de salud</p> <p>Inexistencia de una oficina de orientación</p> <p>Desconocimiento a creencias, costumbres, rituales y prácticas relativas a las salud-enfermedad de los pacientes</p>

**Fuente: Elaboración propia de acuerdo a datos extraídos de los análisis del comité de calidad de atención del Hospital**

## **X. CONCLUSIONES**

Los objetivos con los que se desarrollaron la investigación fueron analizar los factores socio-culturales; conocimientos, niveles de comunicación entre los usuarios /as y el personal de salud, estos elementos han permitido aclarar y analizar perspectivas desde diferentes puntos de vista, es decir se ha considerado a diferentes actores sociales involucrados en esta problemática. Estos elementos darán las pautas para conocer las causas que condicionan el acceso a los servicios de salud y en que medida la implementación de la Oficina con enfoque Intercultural puede ayudar o dar soluciones practicas para mejorar la calidad de atención en los servicios del Hospital Boliviano Holandés y mejorar la relación entre el personal de salud y los usuarios.

En esta investigación se pretendió principalmente analizar el nivel de factibilidad para la implementación de la oficina con enfoque intercultural en el Hospital Boliviano Holandés, la propuesta va encaminada tomando en cuenta que las relaciones interculturales se pueden desarrollar en diferentes ámbitos, como ser personas, grupos y sociedad en general, como menciona Xavier Albo.

La instancia para lo que se crea la oficina de atención con enfoque intercultural, debe ser conciliadora y no así para fines de discordias entre el personal de salud y los usuarios /as.

A continuación se menciona las principales conclusiones a las que se llega:

- Se encontró que el personal de salud precisa de talleres de sensibilización sobre relaciones interpersonales, conocimientos sobre los diferentes valores y costumbres que tiene la población que acude a los diferentes servicios del Hospital Boliviano Holandés.
- Otra conclusión importante que podemos mencionar es el desconocimiento en cuanto a costumbres y valores que tiene la población usuaria y en especial el manejo que tienen sobre su salud. Es así que en cierta medida, la inaceptabilidad que tiene el personal de salud hacia la medicina tradicional,

es también un componente que provoca rechazo a las prácticas culturales de la población, ocasionando así problemas con los usuarios.

- La población alteña por muchas razones entre ellas la migración campo ciudad, hace que exista mayor demanda de servicios de salud por tanto el personal de salud no es suficiente para cubrir esta demanda , es necesario un incremento de ítems en el hospital
- Otro elemento que resalta en la investigación está referido al trato que reciben los usuarios en el Hospital y a la diferencia que se hace entre los pacientes cuando son del área rural y del área urbana, al respecto podemos concluir que las principal falencia que se presentan en el hospital es el trato que da el personal de salud al paciente y/o usuario. Aquí nos referimos al trato como un factor importante que encierra varios elementos como ser el de la comunicación, el idioma, y el trato con calidez, es decir entender todo este conjunto de situaciones nos va a permitir ver y analizar esa relación que es importante para que se lleve a cabo la curación del paciente desde diferentes perspectivas el principal problema del personal de salud, en especial del médico, quien se limita a recetar y no explica cual es la enfermedad que tiene y cual el tratamiento que el paciente va a recibir. El idioma también identificaron como un problema para poder relacionarse con el paciente, aun que asumen que el castellano es el idioma oficial de comunicación y que el paciente de cualquier forma aunque con un castellano medio hablado va a entender siempre algo, cuando este no es el punto, así el usuario hable castellano si el médico o la enfermera no sabe explicar de manera adecuada siempre va existir esa barrera.
- En cuanto a la Oficina con Intercultural, podemos mencionar que a partir de los factores identificados como un problema en el Hospital: trato, comunicación, idioma, sería en gran medida justificable la implementación de la oficina, porque nos ayudaría a ir reduciendo falencias, pero no se quiere solo llegar a ese ámbito que si bien es importante y primordial debemos también considerar que se puede ir creando poco a poco una aceptabilidad y crear también una

mentalidad abierta en el Hospital, donde el personal de salud acepte y reconozca que las costumbres, las tradiciones en si la cultura es importante para poder desarrollar y crear una mentalidad de cambio y aceptación, donde también ellos puedan darse cuenta, que la complementación de ambos sistemas médicos pueden ser favorables para el usuario.

- De esta manera podemos mencionar que según las opiniones del personal de salud y de representantes de la comunidad del Distrito 1 ven como favorable la implementación de esta Oficina, porque ayudaría en la relación del personal de salud con el usuario/a



## VIII. BIBLIOGRAFIA

1. SUMI, Marco Legal Normativo,2000
2. Anuario, Red de Salud Boliviano Holandés
3. Salud Publica Boliviana, Agosto, 2005
4. Vargas Y; Primera Fase de Intervención de la estrategia Materna, concertada e Intercultural en Ayllus de los Municipios de Caiza “D” y Cotagaita
5. Dibbits I; Encuentros con la propia Historia
6. COLQUE, R y Zeballos Y; Modelo de Calidad en los Servicios de Salud con enfoque de Genero ; OPS-OMS; La Paz Bolivia
7. DONAVEDIAN, Avedis, Informando y reformando, boletín trimestral NAADIR;abril-Junio No8, 2001
8. PATHFINDER FOCUS; “Servicios Amigables y de Calidad para Adolescentes”, Ministerio de Salud y Deportes 2001; La Paz Bolivia
9. Fernández Juárez G; Médicos y Yatiris Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymará- Ministerio de Salud y Previsión Social 1999.
10. Política Nacional de salud , Noviembre 2004

# ANEXOS



**GRUPO FOCAL**

Facilitador:.....

Co-Facilitador:.....

Fecha:.....Hora de Inicio:.....Hora de término:.....

**I. PERCEPCIONES SOBRE CALIDAD DE ATENCION**

- 1.1 Que entienden por calidad de atención en Salud
- 1.2 En este Centro Hospitalario existe calidad de atención
- 1.3 Que Factores influyen para que no exista Calidad de Atención
- 1.4 Sugerencias para mejorar la Calidad de Atención

**II. PERCEPCIONES SOCIO-CULTURALES**

- 2.1 Creencias, prácticas y Costumbres en Salud
- 2.2 Manejo de la Placenta
- 2.3 Diarrea
- 2.4 Calentura (fiebre)
- 2.5 Ajayu
- 2.6 Existe libertad para hablar de estos temas con el personal de salud de este centro
- 2.7 Conocimientos sobre Interculturalidad
- 2.8 Opinión sobre una oficina de atención Intercultural

**III. CONOCIMIENTOS SOBRE DERECHOS**

- 3.1. Conocimientos sobre Derechos Humanos
- 3.2. Conocimientos sobre Derechos de los Pacientes
- 3.3. Conocimientos sobre trato amigable

“Construcción de una cultura de tolerancia y empatía, con trato digno y amigable en salud es un derecho fundamental”

## ENTREVISTA ESTRUCTURADA (PERSONAL DE SALUD)

1. Nombres y Apellidos:.....

2. Edad:.....

3. Profesión u ocupación:.....

4. ¿ Que opinión tiene sobre Interculturalidad?

.....  
.....

5. ¿ En su Practica profesional es importante la Interculturalidad? Porque?

.....  
.....  
.....

6. En su práctica profesional ha tenido alguna experiencia en salud intercultural?

Fue positiva? y/o negativa?

.....  
.....  
.....

6. Estaría dispuesto a realizar alguna iniciativa que motive al personal de salud de su servicio para que se tome en cuenta a la Interculturalidad?

.....

7. Que iniciativa realizaría?

.....  
.....

8. ¿Que opinión tiene sobre la implementación de una oficina con enfoque intercultural? ¿ Que funciones tendría esta oficina?

.....  
.....

9. ¿Que entiende por Calidad de Atención? ¿Lo ponen en práctica?

.....  
.....  
.....

## ENTREVISTA ESTRUCTURADA

(USUARIOS / AS CONSULTA EXTERNA HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES)

1. ¿Hay información sobre tus derechos en este hospital, y en los consultorios?

.....  
.....

2. ¿Te informan y explican de manera clara y sencilla lo que tienes ¿ ¿Te aclaran dudas?

.....  
.....

3. ¿Te revisan antes de darte medicamentos o recetas?

.....

4. ¿Te saludan cuando pasas a la consulta?

.....

5. ¿Cómo se dirigen a ti?: por tu nombre, señor, señora, señorita, Mijita, Reinita u otro.

.....

6. ¿Te permiten hablar? ¿te escuchan, te miran?

.....

7. ¿Respetan tus conocimientos y opiniones sobre tu cuerpo y tu salud?

.....

11. ¿Te dejan decidir por ti misma? ¿o alguien más decide por ti? ¿Quién decide?

.....

.....

10. Cuando te atiende, ¿permite la entrada de familiares u otras personas sin tu consentimiento?

.....

.....

11. Si es consulta por causa de embarazo, y tienes compañero, ¿permite el médico/a si tú lo deseas, que tu compañero pase contigo a la consulta?

.....

.....

Gracias...



**XVI-PROPUESTA DE INTERVENCIÓN**  
**MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCION EN EL HOSPITAL BOLIVIANO HOLANDES**  
**REVALORIZANDO LAS PRACTICAS CULTURALES EN SALUD A TRAVES DE UNA**  
**OFICINA DE ORIENTACION ENFOQUE INTERCULTURAL**

**1. ANTECEDENTES**

En la investigación se trato de analizar la factibilidad de la presente propuesta para el mejoramiento de la calidad de atención mediante la implementación de una estrategia de salud con enfoque intercultural en el Hospital Boliviano Holandés.

La investigación se realizo en el Hospital Boliviano Holandés y se obtuvo la siguiente información:

- ❖ Factores que determinan un inadecuado relacionamiento entre el personal de salud y el usuario/a
- ❖ Mal trato que reciben los usuarios / as, respecto al idioma y falta de respeto a valores culturales
- ❖ La comunicación no es asertiva, por que no se utilizan técnicas comunicacionales, actitud de los proveedores y falta de sensibilidad social, para el trato con los usuarios / as.
- ❖ Desconocimiento de la normativa legal del personal de salud para fortalecer la coordinación con las Redes Sociales
- ❖ Falta de involucramiento de la Red Social en acciones que coadyuven al acceso de los usuarios / as.

Estos problemas inciden en la baja calidad de atención en el Hospital Boliviano Holandés

Se pretende crear aceptabilidad y cambio de conducta en el personal de salud del Hospital, se lograra que el personal de salud reconozca las costumbres y tradiciones de la población que acude al Hospital Boliviano Holandés

## **2. Contexto en que se desarrollo la propuesta de Intervención**

El año 1990 los gobiernos de los países bajos y Bolivia firmaron un acuerdo para la construcción de un hospital modelo en la zona sur de El Alto, acuerdo que se materializo en 1995 con la construcción de un nuevo hospital para el DISTRITO 1 de El Alto denominado “Hospital Municipal Boliviano Holandés “.

Uno de los objetivos del proyecto fue constituirse en “Un modelo de referencia-contrarreferencia que promueva la participación permanente de la mujer, la familia y la comunidad”. Otro fue la creación de un centro de formación, donde se ofrezca “Capacitación al personal medico y sanitario”.

La Red Boliviano Holandés (Ultimo nombre con se denomina a la Red) esta conformada por el Hospital Municipal de 2do nivel de atención y 8 centros de primer nivel y, a diferencia de otras redes, en el distrito 1 actualmente se realiza una gestión conjunta del hospital y los centros de salud tan tao en el arrea administrativa logística y medica (*Anuario 2004 Medicus Mundi Pag. 25*)

### **2.1 Consulta Externa**

El Hospital Boliviano Holandés cuenta con 13 consultorios para consulta externa, donde los diferentes especialistas del Centro atienden a pacientes de a toda la Red que requieren consulta de especialidad.

Las especialidades que se ofrecen, la producción promedio día del último trimestre y productividad considerando un estándar de 4 consultas hora como se puede observar en la siguiente tabla:

### No de Consultas Diarias

Nº	Especialidad	Nº de consultas diarias
1	Pediatría	61
2	Gineco-Obstetricia	39
3	Traumatología	18
4	Medicina Interna	15
5	Dermatología	12
6	Cirugía	9
7	Otorrinolaringología	11
8	Gastroenterología	5
9	Neurología	7
10	Urología	3
11	Cirugía Plástica	4
12	Cardiología	4
13	Neumología	3
14	Oftalmología	21
15	Fisioterapia	15
16	Nutrición	2
	<b>Total</b>	<b>237</b>

Fuente: Elaboración propia

### 3. Resultados de la Investigación a cerca de la Implementación de una Oficina con Enfoque Intercultural

De acuerdo a datos obtenidos en la investigación realizada el personal de salud, y usuarios /as y Red Social del Distrito 1 refieren como muy beneficioso el hecho de que mejore la calidad de atención y la relación medico/paciente. Pero identifican como favorable mejorar las relaciones interpersonales *“con esta oficina habrá mayor satisfacción del usuario”* opinión de una representante de la comunidad.

Respecto a la opinión del personal de salud esta propuesta la ven como positiva en tanto se convierta en una instancia de orientación para los pacientes.

Los usuarios mayormente ven las deficiencias en la entrega de fichas, la espera larga, el idioma, es decir no sólo es el hecho de que no le entiendan al médico por que usa palabras difíciles o porque sencillamente no les explican su estado de salud y el tratamiento que debe seguir, la falencia esta en la comunicación y en la forma

como el médico debería explicar la situación al paciente, estos problemas son identificados como barreras culturales

#### **4. OBJETIVO GENERAL DE LA PROPUESTA DE INTERVENCION**

Mejorar la calidad de atención en el Hospital Boliviano Holandés del Distrito 1 del municipio de El Alto a través de una estrategia de salud con enfoque Intercultural”

##### **4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1.- Facilitar el acceso de los usuarios/as en el hospital Boliviano Holandés implementando la Oficina con enfoque intercultural.

2.- Capacitar y sensibilizar al personal de salud de los establecimientos en Interculturalidad y Salud para mejorar la calidad de atención en salud en los servicios.

3.- Generar la corresponsabilidad de los representantes de la Red Social del Distrito 1 para su participación activa en la oficina de atención Intercultural del hospital.

4.-Establecer en la atención al usuario/a una comunicación asertiva con enfoque intercultural para favorecer una interacción de respeto.

##### **OBJETIVO ESPECIFICO 1.-**

**1.- Facilitar el acceso de los usuarios / as, en el Hospital Holandés, implementando la oficina intercultural.**

Por la experiencia del profesional que realiza esta propuesta y los resultados obtenidos en la investigación realizada en el Hospital Boliviano Holandés se ha podido detectar que el principal problema encontrado, es que existe una inadecuada

atención de salud del personal al usuario/a, que la misma trae como consecuencia la insatisfacción de los usuarios. Es por tanto que con la implementación de la Oficina Intercultural se informará y orientará al usuario sobre la atención y sus derechos, tomando en cuenta su contexto cultural de los mismos para lograr una adecuada interacción entre ambos.

## **RESULTADO**

- **Oficina Intercultural en funcionamiento en el Hospital de referencia Boliviano Holandés.**
- ***Facilitadores de la oficina intercultural capacitados***

## **ACTIVIDADES**

- ♣ Solicitud y gestión de un espacio físico para el funcionamiento de la Oficina Intercultural a la Gerencia General del Hospital Boliviano Holandés.
- ♣ Implementación e inauguración de la Oficina Intercultural con las Autoridades del Ministerio de Salud, Departamental Regional, Juntas vecinales, y autoridades de organismos internacionales.
- ♣ Un Taller de inducción y preparación del equipo de facilitadores de la Oficina Intercultural del Hospital Boliviano Holandés.

## **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

**Capacitar y sensibilizar al personal de los establecimientos en interculturalidad y salud para mejorar la calidad de atención en los servicios**

Los resultados de la investigación señalan de que el personal de salud está capacitado en un modelo médico biologicista y monocultural dando mayor

importancia a la medicina científica como el único conocimiento válido y subvalorando a las prácticas médico tradicionales y populares, creando de esta manera un conflicto entre el personal de salud y los usuarios.

Por esta razón el personal de salud debe contextualizarse y sensibilizarse en la temática intercultural para generar cambios de actitudes positivos que contribuyan a mejorar la interacción entre el proveedor y el usuario.

### **RESULTADO**

- **Personal de salud de las áreas de intervención capacitados y sensibilizados en la atención con enfoque intercultural.**

### **ACTIVIDAD:**

Elaboración de un plan de capacitación en interculturalidad para el personal de salud

Realizar talleres de capacitación en interculturalidad y salud al personal del Hospital Boliviano Holandés en los siguientes temas:

- **Cosmovisión andina.**
- **Nutrición y Medicina Tradicional**
- **Herbolaria**

### **Objetivo 3**

**Generar la corresponsabilidad de los Representantes de la Red Social del distrito 1 para su participación activa en la oficina intercultural del hospital de referencia.**

## **ACTIVIDADES**

- Coordinación de reuniones informativas con la Red social para el proceso de capacitación.
- Asignación de roles y funciones a los representantes de la red social en las actividades de la oficina intercultural

Se socializará el marco normativo legal sobre las responsabilidades y competencias de la Red Social a los representantes y personal de salud del Distrito I de El Alto para generar una corresponsabilidad y participación activa de la comunidad, en la oficina intercultural

## **OBJETIVO ESPECIFICO 4**

**Establecer en la atención al usuario/a una comunicación asertiva con enfoque intercultural para favorecer una interacción de respeto.**

### **Actividades:**

- 1.-Elaboración de un plan de capacitación en habilidades comunicacionales.
- 2.-Talleres de capacitación en habilidades comunicacionales, para lograr una comunicación asertiva.

### **Resultados:**

- 1-Personal capacitado en habilidades comunicacionales.

## 5.PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	P. U.	TOTAL
MATERIAL DE ESCRITORIO				
Hojas bond tamaño carta	Hoja	2000.00	0.07	146.00
Hojas bond tamaño oficio	Hoja	2000.00	0.08	160.80
Bolígrafo negro Faber Castell	Pza	180.00	2.30	414.00
Cuaderno 50 hojas Lider	Pza	180.00	2.30	414.00
Folder plástico T/Oficio	Pza	50.00	3.10	155.00
Tinta para impresora blanco y negro	Pza	2.00	160.00	320.00
Tinta para impresora color	Pza	2.00	200.00	400.00
Cartulina marquilla tamaño carta p/certificados	Pza	500.00	0.19	93.00
Disquetes TDK x 10 unidades	Caja	3.00	31.00	93.00
C. D. Re grabable x25 unidades	Caja	2.00	70.90	141.80
Papel sábana tamaño resma	Hoja	500.00	0.70	350.00
Marcador indeleble punta gruesa negro x 12 unidades	Caja	2.00	38.40	76.80
Marcador indeleble punta gruesa rojo x 12 unidades	Caja	2.00	38.40	76.80
Marcador indeleble punta gruesa azul x 12 unidades	Caja	2.00	38.40	76.80
Masking 12 mm.	Rollo	5.00	3.60	18.00
Cinta de empaque Pegafan transparente	Rollo	5.00	4.20	21.00
Engrapadora Novas	Pza	2.00	38.10	76.20
Perforadora 8 cm. Novas	Pza	2.00	32.40	64.80
Grapas 26/	Caja	2.00	3.70	7.40
Clips 1" x 100 unidades	Caja	2.00	6.20	12.40
Tijera Valoro 8.5"	Pza	2.00	12.00	24.00
Estilete Valoro grande	Pza	2.00	4.50	9.00
Cinta autoadhesiva 12 mm. Tesafilm	Pza	5.00	1.50	7.50
Marbetes	Pza	200.00	2.30	460.00
Regla metálica 30 cm.	Pza	2.00	8.20	16.40
Stick notes 10 x 10 cm. x 100 hojas	Pza	2.00	5.80	11.60
Tarjeta de cartulina 10 x 16 x 50 unidades	Paquete	10.00	8.20	82.00
Despachador mediano de cinta autoadhesiva	Pza	2.00	22.60	45.20
Tajador de escritorio	Pza	2.00	96.30	192.60



VARIOS				
Tapizón alto tráfico	M2	16.00	22.50	360.00
Colchonetas 1.00 x 1.50 x 0.05 m forradas con cuerina	Pza	2.00	85.00	170.00
Impresión certificados	Pza	50.00	4.00	200.00
Fotocopias	Pza	1000.00	0.10	100.00
Cámara fotográfica	Pza	1.00	404.00	404.00
Caldera eléctrica	Pza	1.00	100.00	100.00
Mate de manzanilla sobres individuales x 100 unidades	Caja	1.00	20.00	20.00
Mampara para la of.intercultural		1	3000.00	3000.00
Escritorio mediano	Pieza	1	800.00	800.00
Silla Giratoria	Pieza	1	500.00	500.00
Señaletica	Piezas	1	50.00	50.00
Televisor 29 pulgadas	Equipo	1	700.00	700.00
DVD	Equipo	1	3000.00	3000.00
Elaboración de Rotafolios	Pieza	4	350.00	1400.00
Imprenta	Triptico	1000.00	0.15	150.00
Imprenta	Afiche	1000.00	0.50	500.00
Aguayos	pieza	6.00	70.00	420.00
Curso de calidad y comunicación prestadores de salud				
Almuerzo (2 dias)	Global	25.00	180.00	4500.00
Refresco (personal)	Botella	1.00	180.00	180.00
Curso de interculturalidad ( Red Social)				
Almuerzo (2 dias)	Global	25.00	180.00	4500.00
Refresco (personal)	Botella	1.00	180.00	180.00
		<b>TOTAL</b>	<b>Bs.</b>	<b>25150.10</b>
		<b>TOTAL</b>	<b>\$US</b>	<b>3112.64</b>

## 6. CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO PROPUESTA DE INTERVENCIÓN																								
Id	ACTIVIDAD	Duración																						
			10 abr'06			09 abr'06			09 abr'06			09 abr'06			09 abr'06			09 abr'06			09 abr'06			
			X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X	J	V	S	D	L	M	X
1	Elaboración del proyecto	20 días	█																					
2	Recopilación de información	20 días							█															
3	Aprobación de técnicas de recolección de	20 días										█												
4	Trabajo de campo	20 días													█									
5	Vacado de información	20 días																█						
6	Interpretación de resultados	20 días																			█			
7	Elaboración del proyecto de intervención	20 días																		█				
8	Estructura del documento final	20 días																				█		
9	Entrega del documento final	20 días																			█			