Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina-Enfermería-Nutrición Tecnología Médica
Unidad de Post-Grado

"HOSPITAL DE PATACAMAYA UNA INSTITUCIÓN BIOMÉDICA EN PROCESO DE ADECUACIÓN INTERCULTURAL POR LA SATISFACCION DE LOS USUARIAS – USUARIAS, ENERO – AGOSTO GESTION 2006"

Propuesta de intervención presentada para optar el título de:
ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

POSTULANTE: Dr. Henry Santos Flores Zuñiga
TUTOR: Dr. José Zambrana Torrico

LA PAZ – BOLIVIA
2006

AGRADECIMIENTOS

Mis más sinceros agradecimientos a quienes financiaron este curso de especialidad, que sin duda incentiva el trabajo del personal de salud del área rural en bien y mejora de la salud de la población excluida de las provincias paceñas.

De la misma manera a todos los docentes quienes con su sacrificio, apoyo y paciencia fueron trabajando este proceso de cambio de la salud.

A la Dra. Nila Heredia Miranda quien nos dio oportunidad de desarrollar destrezas y habilidades que nunca antes fueron reconocidas.

DEDICATORIA

“A DIOS POR ACOMPAÑAR Y CUIDAR A MI FAMILIA”

CON TODO MI AMOR Y ESPERANZA A:

MI QUERIDA HIJA HILARY

INDICE

I. INTRODUCCION 6
II. MARCO TEORICO: 9
2.1 ¿Qué se Entiende por Cultura? 9
2.2 ¿Qué se Entiende por Interculturalidad? 9
2.3 ¿Qué se Entiende por Salud Pública? 10
2.4 Interculturalidad y Salud 11
2.5 Problemática actual de salud del sistema de salud 14
2.6 El cliente (Usuario) 16
2.7 El supuesto dador (o el prestador de los servicios de la salud) 16
2.8 Satisfacción del paciente 17
2.9 La satisfacción como indicador de excelencia: 17
2.10 La calidad como indicador de excelencia 18
2.11 El modelo médico hegemónico 22
2.12 Otras alternativas: La complementariedad 24
2.13 La observación antropológica: Etnocentrismo y aculturación: 29
2.14 Medicina basada en la evidencia y su enfoque 29
2.15 El humor en medicina: Cosa seria 31
2.16 Liderazgo para generar este cambio 31
III. JUSTIFICACION: 32
IV. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN: 33
4.1 Formulación del problema: 33
4.2 Pregunta de investigación 34
4.3 Objetivo General: 34
4.4 Objetivos Específicos: 34
4.5 Ámbito Geográfico: 34
4.6 Universo: 55
4.7 Muestra: 56
4.8 Delimitación Temporal: 56
4.9 Delimitación Espacial 56
V. INTERVENCION METODOLOGICA: 56

VI. RESULTADOS Y ANALISIS 60
VII. CONCLUSIONES:..... 74
VIII. RECOMENDACIONES: 75
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77
X. CRONOGRAMA 2006:..... 79
XI. ANEXOS 80
PERFIL DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN 87

I. INTRODUCCION

Bolivia es uno de los países que tiene más población indígena de toda Latino América, llegando aproximadamente a un 67 % de toda la población, en cambio otros países vecinos por ejemplo la República de Chile apenas cuenta con 1% de la población que es indígena[1].

La OPS/OMS (1996) menciona que el 77% de los bolivianos no tiene acceso a los servicios de Salud.

Pasamos de ser el "Qollasuyo" de los incas - "el país de médicos y medicinas" a ser el último país de Sud América en Salud[2].

Las estrategias de Atención Primaria de salud de Alma Ata en 1.978 la Organización Mundial de la Salud establecía que "todos tenemos derecho a participar en la Salud, incluyendo a las parteras y a los agentes comunitarios de salud". Bolivia fue el primer país de América Latina en aceptar oficialmente a las medicinas tradicionales.

El Código Penal manifiesta que practicar las medicinas tradicionales todavía es "hacer medicina ilegal".

El usuario o usuaria es el personaje principal en los escenarios de la prestación de servicios, a quien se debe atender con calidad respetando sus usos y costumbres, con oportunidad y eficiencia, para satisfacer sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la propia institución[3]. La calidad de la atención médica es causa permanente de preocupación tanto en la medicina institucional como en la privada.

La satisfacción del usuario es un concepto multidimensional que evalúa de manera individual distintos aspectos relacionados con el cuidado de su salud, se ha definido como la actitud positiva hacia los cuidados a su salud basada en su experiencia[4].

Otros definen la satisfacción como una respuesta emocional de los usuarios de atención médica sobre aspectos sobresalientes relacionados con la atención recibida y señalan que la satisfacción es un indicador confiable para evaluar la calidad de la atención.

De manera progresiva se fueron introduciendo los conceptos de calidad en la atención, en unos casos adaptando las definiciones provenientes de servicios del campo empresarial y de negocios hacia atenciones y servicios de salud, hasta finalmente llegar a definiciones propias del sistema sanitario, con indicadores de

---

[1] R. Campos, 1992
[2] Wilakuna 2005 – 2006
[3] X. Albó 2004
[4] (Gilmore, 1996)

calidad que en algunos casos han sido arbitrarios y en otros específicos. Sin embargo, surge un problema serio, pues, en su mayoría, las instituciones de salud deben brindar servicios a una población multiétnica y multilingüe, porque esa es la característica boliviana.

Y es precisamente en este campo donde muchas de las definiciones de calidad pierden su especificidad.

Con una integración óptima del proceso de la atención, en cuanto a valoración médica, determinación de un programa de estudio y tratamientos congruentes con el problema de salud de que se trate, acceso oportuno al diagnóstico y pronóstico así como tratamiento o paliación adecuadas a la población, egreso oportuno y ausencia al máximo posible de complicaciones como consecuencia de la atención.

Aunque es posible que no exista un sistema de salud que cumpla con este ideal, es posible identificar carencias u omisiones que dan lugar a deficiencias en la atención, lo cual servirá para encontrar alternativas para su corrección y prevención.

Porque, basta que en un servicio que pretende dar atenciones con calidad se omita el empleo del idioma nativo para que el concepto de calidad ya no se esté aplicando, porque sencillamente la persona que no habla el idioma nativo del cliente no podrá comunicarse efectivamente, y el usuario o usuaria difícilmente podría quedar satisfecho o satisfecha.

El Hospital Boliviano Español de Patacamaya por ser la única institución del sistema público en esa localidad que brinda atenciones y servicios en salud para todos los pobladores quienes procuran una atención adecuada a sus usos y costumbres populares, siendo por ello fundamental conseguir la satisfacción del usuario como alternativa para paliar los dolores y dolencias a toda la población, adecuando culturalmente la atención en salud sabiendo que la mayoría de la población tiene arraigado el valor cultural en la atención de salud y por ende su percepción de calidad de atención en salud, ya que se manifiesta en todo tipo de reuniones de la población en el que se expresan quejas y reclamos de mala atención, fallecimientos, poca comunicación, etc., las cuales identifican en la población a una institución con poca confianza.

En los servicios de salud, el trato digno es un aspecto fundamental que debe estar presente para lograr la calidad de la atención del usuario.

Los problemas de trato digno que muchos pacientes experimentan al solicitar atención médica son: la inoportunidad en la atención, falta o deficiencia en la información, indiferencia, falta de privacidad o confidencialidad, actitudes ofensivas y hasta discriminación en el trato a sus propios usos y costumbres, entre otros aspectos, que lamentablemente disminuyen la calidad de atención de un establecimiento de salud.

El desarrollo de la atención médica profesional a pasado por procesos de apropiación de espacios que antes pertenecieron a la cultura popular, por el cual el enfoque intercultural tiene la necesidad de desarrollar diálogos interculturales de espacios en disyunción, permitiendo el reconocimiento "del otro", que son justamente las diferencias culturales, sociales, económicas y lingüísticas; las que componen la complejidad en la cual se construyen los procesos de salud enfermedad en las poblaciones rurales como Patacamaya.

La respuesta de los pacientes a estas formas generalmente es de impotencia, rabia o pena.

Las personas en muchas ocasiones no saben qué hacer, desconocen sus derechos en salud o no saben como ejercerlos.

Aún es un problema relevante que los usuarios de los servicios no identifiquen instancias o espacios que den respuesta a su reclamo, temen quejarse o bien no confían en la eficacia de los responsables para responder satisfactoriamente a los problemas planteados ni a sus usos y costumbres autóctonas.

La satisfacción de los usuarios ha sido reconocida como uno de los indicadores de elección para medir el impacto de las intervenciones de reforma del sector salud en las Américas. Una forma de evaluar de manera indirecta la eficiencia y calidad de atención es a través de medir la opinión de los usuarios.

Entonces, es necesario tener en cuenta que la calidad de atención además tiene que ver con tres dimensiones[5]:

a) calidad para el/la usuario/a (Resolución del problema de Salud respetando valores y costumbres),

b) calidad administrativa (Institucional) y

c) calidad profesional (Formación de Recursos Humanos).

La investigación se realizará con los usuarios - usuarias y personal de salud en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya ubicado en la 5º sección de la provincia Aroma del departamento de La Paz, Zona Central del radio urbano de la población, el mismo que es un hospital de referencia de la Red de Servicios de Salud Nº 12, beneficiando con el trabajo a mejorar las condiciones y satisfacción de los y las usuarias y usuarios, directamente a 23.617 Habitantes del municipio, e indirectamente a 68.586 habitantes de la Red de Servicios[6].

[5] I. Dibbits, 2002
[6] SNIS, SEDES La Paz, 2006

II. MARCO TEORICO:

De los conceptos y definiciones revisados resaltan lo manifestado hace ya mucho tiempo atrás y es:

"Para conocer la enfermedad es necesario estudiar al hombre en su estado normal y en relación con el medio en que vive, e investigar, al mismo tiempo, las causas que han perturbado el equilibrio entre el hombre y ese medio ambiente"[7].

Para poder entender la temática es necesario conocer los conceptos importantes por los cuales el presente trabajo pretende definirlo.

2.1 ¿Qué se Entiende por Cultura?

"Una cultura es un conjunto de formas y modos adquiridos de concebir el mundo, de pensar, de hablar, de expresarse, percibir, comportarse, organizarse socialmente, comunicarse, sentir y valorarse a uno mismo en cuanto a individuo y en cuando a grupos. Es intrínseco a las culturas el encontrarse en un constante proceso de cambio"[8].

2.2 ¿Qué se Entiende por Interculturalidad?

De acuerdo a Heise, Tubino, Ardito, la interculturalidad es la conducta cultural para desenvolverse en contextos de relación de culturas.

Es una conducta de personas o de grupos humanos en situaciones de multiculturalidad. Se trata de un saber manejarse entre miembros de diferente culturas con quienes se interactúa.

La interculturalidad no implica a priori el "saber manejarse bien o mal", solo implica saber manejarse, pues una u otra alternativa específica dependerá de la política sobre interculturalidad que asumen las personas o los grupos humanos. Dicha política puede estar explícitamente formulada, lo que es común, estará implícitamente vigente.

En este contexto el prefijo inter no hace referencia sino a la relación entre dos o mas culturas, en que actúa el individuo o grupo humano.

Néstor García Canclini (1982), se refiere a la complejidad de las culturas actuales en todo el mundo, en que las interrelaciones e interdependencias, ligadas a la reorganización mundial por la creciente globalización y la búsqueda de respuestas

[7] Hipócrates
[8] Heise, Tubino y Ardito el año 1994

regionales, parecen legitimar la vigencia de la diversidad, pero suelen ocultar las causas de las desigualdades.

Por otra parte nos dice la intensificación de los lazos transnacionales en las instancias de decisión, de poder, de organización económica, financiera y comunicación pone en crisis las identidades locales y nacionales, y lleva a desconfiar de las estructuras demasiado homogéneas o de las identidades que pretenden ser demasiado compactas, y fundadas en la vigencia de lazos exclusivos con territorios locales o nacionales[9].

La práctica intercultural se establecen entre los grupos humanos y estos pueden ser armónicos pero también pueden estar marcados por desequilibrios que hacen que dichas relaciones sean in equitativas, y atentatorios contra el desarrollo mismo de los grupos humanos.

La discriminación peyorativa intercultural es uno de los factores nefastos para que se den las relaciones interculturales equitativas.

Estas discriminaciones pueden implicar conductas racistas, antidemocráticas genocidas, etnocidas, etc.

2.3 ¿Qué se Entiende por Salud Pública?

Se refiere a la protección y mejora de la salud de los ciudadanos a través de la acción comunitaria, sobre todo por parte de los organismos gubernamentales. La salud pública comprende cuatro áreas fundamentales:

a) Fomento de la vitalidad y salud integral;

b) Prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas;

c) Organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y

d) Rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por sí mismas.

La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las preocupaciones de las instituciones de salud pública quedó de manifiesto a escala mundial en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en su definición de salud que “Es el bienestar físico, mental, social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades”.

[9] García Canclini ,1995

2.4 Interculturalidad y Salud

Lo Intercultural se refiere a la relación, de al menos dos culturas. Una propuesta de salud intercultural se refiere a la base programática de un modelo de atención de salud entre dos culturas que coexisten en un espacio geográfico y clínico.

Podemos pensar la interculturalidad en salud como 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[10].

Estos conceptos desarrollados en contextos globalizados, también nos llama a repensar sobre las poblaciones rurales que poseen una gran riqueza de conocimientos propios caracterizados por una visión holística de la salud humana (curanderos, chamanes, parteras, etc.)

Según estudios socio antropológicos realizados por instituciones ligadas al sector, la interculturalidad en salud exige elementos para una interpretación socio-cultural en contextos heterogéneos, en el cual la cultura determinara la eficacia y /o efectividad del sistema de salud, incluso quizá sea, el principal determinante, pues todo pasa por el entramado cultural.

Esta definición nos permite comprender las barreras existentes en la salud institucionalizada que se impone verticalmente como un modelo externo a la cultura popular, que en muchos casos decidirá el éxito o fracaso de estos programas.

Sin embargo, los abordajes desarrollados desde el campo de las Ciencias Sociales, Médicas y desde la Salud Pública no han emprendido investigaciones que demuestren el proceso de construcción social y cultural de las enfermedades y de la atención en salud. Siendo en su mayoría estudios con un carácter simplemente descriptivo antes que interpretativos, debido a que no han desarrollado propuestas teóricas y metodológicas moldeadas dentro de una cultura dinámica de las enfermedades asociadas con variables culturales y sociales.

Al respecto Good (citado por Planas, 1997), dice que no es simplemente la existencia de las barreras entre los modelos populares y profesional lo que limita la eficacia de las intervenciones. De manera más fundamental, el autoritarismo del modelo profesional respecto a la salud se niega a entender las condicionantes culturales, lo que limita el verdadero diálogo y la comunicación entre estos actores.

En ese sentido podemos decir, que los actores rurales son concientes que los métodos “modernos” y los servicios de salud son necesarios, pero se encuentran en

[10] Ibacache, J & Oyarce, A.; 1996.

una disyuntiva debido a que consideran que también pueden exponerlos a riesgos desconocidos que estén fuera de su control.

Estos métodos pueden generarles malestar, enfermedades e incluso la muerte, esto a la vez ha generado la falta de credibilidad y confianza en los profesionales de salud. En temas de salud y enfermedad encontramos un análisis antropológico, respecto a signos, síntomas y significados expresados en el lenguaje cultural del poblador rural andino.

Las concepciones de salud enfermedad han sido profundamente afectada por la creciente interacción con la cultura urbana y la medicina occidental, surgen así nuevos temas, por ejemplo, las tensiones sinérgicas entre la medicina occidental y tradicional.

El sistema comunal de salud es un sistema de representaciones, visión y reflexión del mundo de las comunidades, que se articula a los aspectos sociales, culturales y políticos de la comunidad.

De acuerdo a esta concepción, el hombre andino se enferma cuando ocurre un desequilibrio entre la conducta y las fuerzas de la naturaleza o dioses tutelares como el Alaxpacha y la pachamama.

Las enfermedades surgen cuando los individuos pierden fe en sus deidades andinas, cuando transgreden o alteran las ofrendas y ritos previstos tradicionalmente.

La población, confía su salud exclusivamente al curandero, también alternan su tratamiento con los servicios médicos oficiales, de acuerdo a los resultados y a su capacidad económica.

Algunos reconocen también, valores y recursos que no tienen la medicina tradicional.

Esto muestra las posibilidades de una aproximación intercultural, por un lado la medicina tradicional aporta al saber de la medicina moderna y este sistema médico, a su vez contribuye a preservar, enriquecer y desarrollar al sistema tradicional.

Los promotores de salud también tienen un prestigio al curar a la población combinando la medicina tradicional con la medicina moderna. Se resalta una serie de aspectos sociales, se teje una relación entre promotores de salud y los pobladores sobre su estructura socio económica.

La obtención de nuevos conocimientos y elementos de curación adaptados a actividades del promotor de salud.

Esta situación es un encuentro entre sociedades profundamente desiguales, las comunidades y la medicina tradicional son incorporadas como una sub cultura dentro de un sistema de dominación que afecta a la cultura y sus derechos.

Finalmente esto nos supone que las fronteras de las culturas lejos de ser rigurosas e inquebrantables, son flexibles y permeables, por la que permiten un intercambio dinámico y de doble sentido[11].

Sin embargo, tenemos en cuenta que el amoldamiento intercultural en la salud-enfermedad, no es tan armoniosa, pues trae consigo respuestas de resistencia en el poblador rural andino.

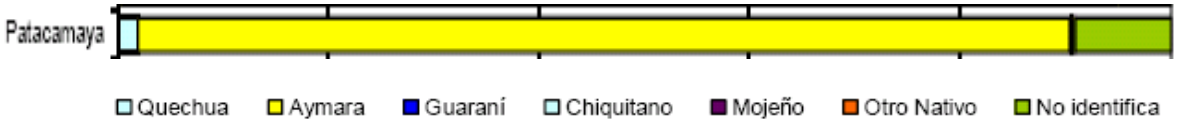
Los patrones culturales utilizado en distintos contextos nos hace adoptar la propuesta de Corin: "Que en un primer momento se debe dejar de lado las definiciones profesionales de la enfermedad y centrarse en las definiciones populares de los idiomas culturales, por los cuales los procesos de salud – enfermedad son construidos culturalmente".

Entonces la brecha reproduce la dinámica de la inclusión y exclusión, que caracteriza al actual proceso nacional.

De acuerdo a reportes del Instituto Nacional de Estadísticas de Bolivia el mayor porcentaje de la población de Patacamaya - 5º sección de la provincia Aroma es Aymará como lo evidencia la:

FIGURA Nº 1

Principales etnias y pueblos originarios de Patacamaya



Fuente: INE, CNPV-2001

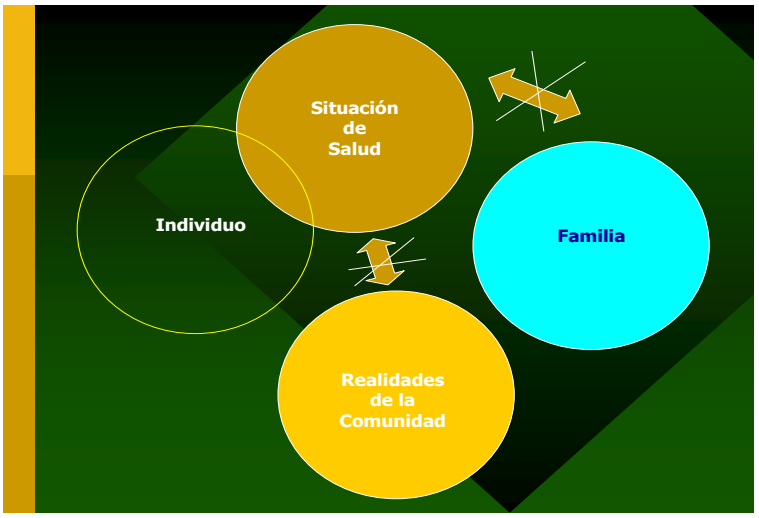
Dentro de las lecturas revisadas indican algunos autores "…..la especialización no sólo ha producido una descontextualización de los problemas, sino que también ha traído aparejado una desintegración o negación de la esfera psicosocial de las personas, y en muchos casos una despersonalización profunda de la atención con deterioro de la relación médico-paciente. Ello conspira no sólo contra la satisfacción del usuario, sino también contra la eficiencia de las prestaciones."

[11] Pederson; 1999.

2.5 Problemática actual de salud del sistema de salud

De acuerdo al análisis realizado por algunos autores[12] se puede graficar el siguiente diagnóstico:

FIGURA Nº 2



Fuente: José Zambrana; 2006

Por lo que los tópicos del actual problema en salud en la mayoría de los establecimientos de salud de Bolivia se demuestran como la fig. Nº 3 centrando la atención en el individuo y no en la familia o comunidad, identificándose así el actual sistema de atención en salud tradicional, como sigue:

FIGURA Nº 3 EL PROBLEMA DEL SISTEMA DE SALUD

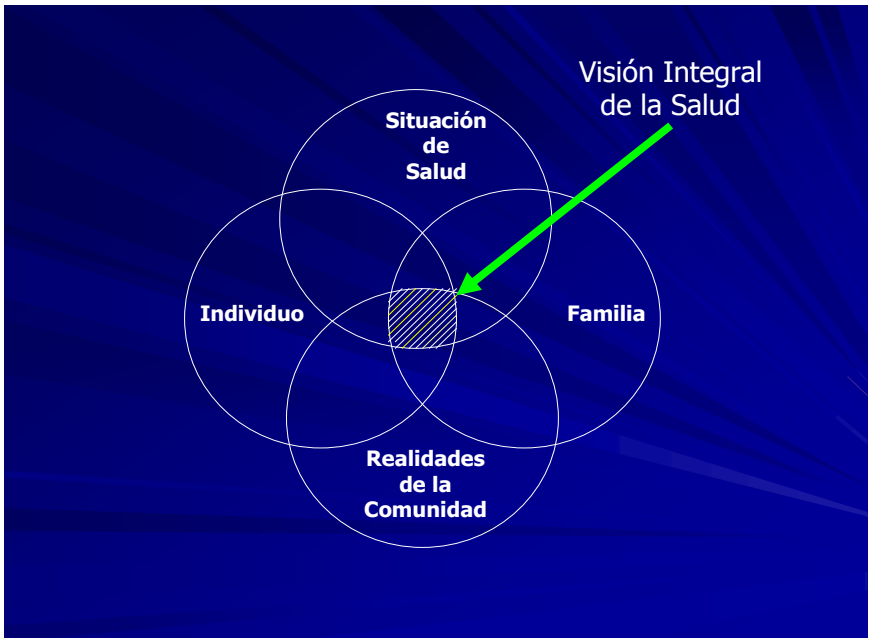
EL PROBLEMA	
TOPICOS	SISTEMA TRADICIONAL
1. UNIDAD BÁSICA DE ATENCIÓN	EL INDIVIDUO
2. RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE	DESPERSONALIZADA
3. RELACIÓN PROF.DE LA SALUD - COMUNIDAD	DEFICIENTE TRABAJO INDIVIDUAL
4. EQUIPO DE TRABAJO	* DEFICIENTE * TRABAJO INDIVIDUAL
5. TIPO DE ATENCIÓN	* BIOLOGISTA * EPISÓDICA
6. INDICE DE REMISIONES	ELEVADO

Fuente: Propia

Por lo que se procura una Visión integral de la salud:

[12] J. Zambrana; 2006

FIGURA Nª 4
VISION INTEGRAL DE LA SALUD



Fuente propia

Por esta problemática se procura en la mayoría de los establecimientos de salud la Satisfacción del Usuario o Cliente mediante una atención con Visión Integral de la Salud con calidad y calidez siendo que como concepto esta satisfacción señala que:

Es la acción de satisfacer, gusto, placer. Realización del deseo o gusto. Razón o acción con que se responde enteramente a una queja.

Es evidente que cuando leemos esta definición nos damos cuenta de lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho. Pero hay algo que resulta evidente es que se trata de los aspectos esenciales:

a) La satisfacción es siempre satisfacción con algo o alguien que tiene que ver, a su vez con algo que se quiere, que se espera, que se desea, etc. Y con los que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.

b) Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber menos una intención en otro alguien de realizar una acción determinada provocadora de un determinado resultado que sea valorado como positivo o no, como satisfactor o no.

c) La satisfacción entonces no estaría dada solo como una sensación o estado individual y único, sino que seria esta sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intra subjetivo e inter subjetivo. Entiéndase, no es apenas una

evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos perteneciente a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro.

De forma más sencilla pudiéramos decir reviviéndonos lo que sucede a diario en nuestras instituciones de salud: hay un sujeto (paciente) que viene a los establecimientos de salud esperando algo, evaluando si lo que esperaba es lo que obtiene o no y eso constituye la medida de la satisfacción que siente.

Hay otros sujetos (personal de salud) que dan algo al que espera y que también esperan y evalúan por ese algo que dan, eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el próximo dar que brindan al próximo paciente en espera. Pero a su vez el propio personal de salud es el sujeto demandante al interior de aquella institución de la cual el ahora deviene como sujeto con una expectativa, sujeto expectante.

2.6 El cliente (Usuario)

El paciente (usuario) que acude a una institución de salud, puede venir por muchas razones, pero la esencial pudiera ser sin dudas solucionar un problema de salud.

En el transcurso por esta búsqueda de solución establece mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, recibe mejor o peor trato, establece amores y odios, esperanzas y frustraciones, soluciona o no soluciona el problema por el que vino.

Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido, o como dicen muchos “hicieron todo lo posible”.

Puede solucionar el problema y salir insatisfecho porque le cayo mal alguien o algo, o porque tuvo que esperar mucho un día o porque es alguien querellante, protestón o amargado.

En esta búsqueda de solución a un determinado problema de salud es la que la comunidad percibe a través de la opinión de este usuario/a y disemina la percepción buena o mala al resto de la comunidad que en alguna medida establece la percepción de la misma en reuniones generales o asambleas.

2.7 El supuesto dador (o el prestador de los servicios de la salud)

Es aquel que brinda la atención al paciente y en quien nos centramos muchas veces para evaluar la competencia profesional, sin embargo, buenos profesionales de la salud pueden recibir una queja de un paciente muy exigente, o de un paciente donde se procedió de un modo tan correcto que o era lo que el mismo esperaba, o sencillamente de un paciente insistente con un determinado tratamiento.

Profesionales no muy capaces, pero simpáticos, sociables, pueden lograr los mejores calificativos y donde todo el mundo sale contento.

Mientras más satisfechos de su labor estén los profesionales de salud que brindan una atención buena, existen mas probabilidades de que se logre una atención satisfactoria.

2.8 Satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente como efecto de una determinada atención en salud es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad.

El paciente esta satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si la expectativas del paciente son bajas o si el paciente tiene acceso limitado al servicio, puede ser que este satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Entonces el brindar servicios con buena calidad va ha influir en la satisfacción del paciente.

Por lo tanto todo profesional tiene la obligación ética de brindar servicios de buena calidad.

Puede suceder que le hayamos dado un exceso de información al paciente sobre lo optimo a realizar en su caso y sin darnos cuenta aumentamos sus expectativas (por pretender ser excelentes), las cuales luego por alguna razón no llegan a cumplirse y provocan un estado de insatisfacción en el paciente.

Por eso que del modo en que nos comunicamos, y en el modo de pretender a veces ser tan excelentes, que generamos fuentes de insatisfacción en nuestros pacientes.

2.9 La satisfacción como indicador de excelencia:

MEDICION DEL INDICADOR: SATISFACCION

¿A quién evalúo?

En la actualidad, la evaluación de la satisfacción de los pacientes con los servicios que reciben constituye toda una exigencia, en tanto los rangos de satisfacción del paciente, están siendo usados para juzgar la calidad de la atención médica, e incluso, en ciertas prácticas médicas, para determinar los reembolsos. Implicar a los consumidores de los servicios de salud en las actividades de evaluación de la calidad de los mismos es un requisito para aprobarla por lo que se esta poniendo especial atención en el análisis critico a de las implicaciones metodológicas de reconocer como elemento clave en el mejoramiento de los servicios de participación de los consumidores.

Así, se planifican estrategias y desarrollan nuevos programas tomando en consideración las necesidades y los intereses de la población de acuerdo a sus propios criterios u opiniones.

Por el problema de la medición de la satisfacción por como indicador de excelencia de la calidad no debe quedarse solo a nivel de la evaluación de los consumidores, pues seria como fraccionar todo el proceso.

Una correcta evaluación de los indicadores de satisfacción debe implicar también al dador, al productor de servicios de salud como una exigencia personal mejorando las condiciones de vida de éste, para así dar al consumidor el mejor servicio y hacer que este se encuentre satisfecho al recibir la atención, importante por ello es conseguir la satisfacción del cliente interno y externo.

2.10 La calidad como indicador de excelencia

El nivel de la calidad asistencial es un indicador de excelencia en la atención al paciente[13].

Es la resultante de la interacción de tres factores concurrentes, como son el correcto desempeño profesional, el estricto cumplimiento del marco normativo institucional y la buena relación personal de salud — usuaria, todos ellos de profundos contenidos éticos como son:

a) Buena relación:

Al interior de este elemento de satisfacción identificamos los siguientes componentes:

- Las oportunidades de interacción e intercambio de mensajes entre el personal de salud y el paciente.
- La actitud abierta y sensible del personal de salud hacia las necesidades de la paciente.
- El trato digno y respetuoso, ausente de cualquier indicio de violencia, que el personal de salud brinda en todo momento a la paciente.

b) Confianza y empatía:

La confianza y la empatía están ligadas a las posibilidades de intercambio de mensajes y el aspecto afectivo que el personal de salud establece con la paciente,

[13] Gilmore, 1996

la empatía es la capacidad de entender el problema de la otra persona desde su perspectiva.

La expresión corporal o lenguaje no verbal del personal de salud ayuda a crear mucho una relación de confianza con los pacientes y satisfacción de las mismas. Los pacientes sienten mas confianza cuando tiene la libertad de hacer preguntas sobre las explicaciones que ha dado el personal de salud o cuando se le responde con facilidad y buen trato a sus requerimientos de información.

c) Seguridad:

Existen algunas condiciones que tiene que ver con aquellos aspectos que faciliten que la usuaria de los servicios se sienta segura en relación con el personal de salud.

La diligencia que es la actitud de servicio del personal de salud que tiene con respecto a su trabajo en la disposición de atender a las pacientes.

La disponibilidad hace referencia a la satisfacción acontecida a partir del hecho de que el personal de salud atienda bien en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia.

El personal de salud que inspira seguridad hace que los pacientes se sientan satisfechos debido a la seguridad que le inspira el personal de salud.

d) Información

Los pacientes se sienten satisfechos de recibir explicaciones o información detallada sobre el estado de su salud; así como con relación al diagnostico, los exámenes, el tratamiento, etc. que les ofrecen.

e) Contexto físico/atmósfera:

Se refiere lo agradable que resulta para el paciente el ambiente en donde recibe atención, comprende aspectos visuales como son la limpieza, la decoración del servicio, el uniforme del personal de salud y otro de carácter psicológico directamente comprometidos con el respecto a la persona y que son:

La privacidad del ambiente en donde se realiza la consulta, de manera tal que no viola su intimidad.

La no presencia de gente ajena en la consulta, a menos que se tenga el consentimiento de la usuaria previa explicación de las razones de su presencia y el sentirse acompañado/a de sus familiares.

¿Qué esperan las beneficiarias y los beneficiarios de los servicios de salud?

La Población espera un sinnúmero de factores que lleven a una mejor atención en los servicios. Entre estos se pueden mencionar los siguientes (Campos, 1997):

- **Buen Trato:**

Las beneficiarias y los beneficiarios buscan que en los servicios de salud se les dé un trato cordial y amigable.

- **Respeto:**

El respeto es un valor altamente valorado por las beneficiarias y los beneficiarios. El respeto está relacionado a las creencias, a los valores culturales, a la privacidad y confidencialidad.

- **Equidad:**

En el marco también del respeto y los derechos humanos, las beneficiarias y los beneficiarios, esperan que en los servicios no se los discrimine por su condición socio – cultural. Por su edad, por su género ni por su condición económica y de apariencia. La consigna básica es TODOS TENEMOS DERECHO A LA SALUD[14].

- **Comunicación interpersonal asertiva:**

La beneficiaria y el beneficiario espera que el personal de salud se interese por los problemas y dudas que tenga, le interesa que le expliquen claramente la enfermedad o delicia que padece así como temas de prevención que haya sido razón de acercamiento al establecimiento de salud.

El introducir un lenguaje claro y comprensible en la conversación con la y el paciente, sino a nivel íntegro del servicio.

- **Atención competente:**

La beneficiaria y el beneficiario espera que el personal de salud sea profesional en el manejo de su caso, demostrando seguridad, claridad y prontitud en la explicación de problemas y atención.

Esta apreciación no sólo es a nivel personal, sino a nivel integro del servicio.

- **Resultados fiables:**

Toda persona que busca un servicio, espera obtener resultados positivos y sólo se logrará que tenga esta percepción a través de la confiabilidad que se demuestre.

---

[14] Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010; Ministerio de Salud y Deportes

Para lograr esa confiabilidad de la población, los errores médicos deben ser mínimos pues, la persona perjudicada por una mala praxis difunde esta situación a su entorno familiar, de amistades y laboral, disminuyendo las expectativas y por ende coberturas del servicio, generando la desconfianza de la gente.

A continuación se intentará ofrecer una visión interdisciplinaria de la Salud Intercultural, partiendo de sus conceptos previos generales y desarrollando someramente los aspectos que fundamentan lo necesario de su aplicación.

Consideraciones Generales:

La medicina alopática - por esotérico que suene el término - es una locución acuñada a mediados del siglo XIX por Hahnemann para designar a la práctica de la medicina que ejercemos, aquélla de tipo científico, académico o convencional.

Fue llamada así en oposición a la medicina homeopática, que usa pequeñas dosis de varias sustancias para estimular procesos autocuratorios.

Para fines del presente artículo, se entenderá cultura a partir de una de sus definiciones antropológicas, como “el complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y de su vida en sociedad”, y no como sinónimo de desarrollo o cualidad intelectual cultivada mediante la educación.

Esta acepción implica que la cultura no está restringida a determinados campos del conocimiento, sino que abarca todos los modos de comportamiento derivados de la esfera total de la actividad humana.

Salud Intercultural o Interculturalidad en Salud se puede entender como una serie de acciones que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente y su entorno, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud; es un conjunto de acciones o políticas mucho más necesarias y trascendentes en un país multicultural y pluriétnico como el nuestro, circunstancia que genera diferentes expectativas y percepciones del proceso salud – enfermedad entre proveedor - usuario y que suele provocar dificultades y desavenencias en la relación médico-paciente.

Estas discrepancias se deben primordialmente a que – evocando la sentencia que inicia el artículo - solemos ver solamente a través del “cristal” de nuestra cultura; ésta se convierte así en un dispositivo para percibir el mundo, la lente a través de la cual miramos la realidad; a esto se debe que todas las sociedades tengan la sensación de que sus modos de convivencia son superiores a todos los demás.

Para entender de manera práctica el fundamento de los desencuentros proveedor usuario, imagínese que - como paciente – lo pretendan obligar a recibir un esquema terapéutico que usted no comparte en absoluto, basándose en el argumento

exclusivo que este tratamiento es el “socialmente predominante” y sin brindarle ninguna otra explicación adicional.

Existe además un factor que suele exacerbar esta actitud por parte del profesional de la salud: la cultura, como sistema históricamente derivado de específicos modelos de vida, es algo más que un fenómeno biológico, no se transmite genéticamente, no se explica mediante los preceptos que hemos recibido en nuestra formación académica intrainstitucional; por lo tanto, es previsible que el proveedor de atención de la salud no suela tomar en cuenta la cultura del usuario en su práctica diaria.

Esta problemática ha generado el interés de diferentes estudios; encontrándose la existencia de muy pocos programas educacionales para estudiantes de medicina sobre diversidad cultural, particularmente en diversidad étnica y racial, y se ha evidenciado la concepción por parte de los mismos que el aprendizaje de asuntos culturales y sociales no marca diferencia alguna cuando hacen sus rotaciones clínicas.

Por otro lado, se dice en el mundo empresarial que el directivo debe estar sujeto a una realidad en constante cambio; el panorama del campo de la salud no es diferente: enfermedades más complejas, acortamiento de estancias hospitalarias, tecnología más complicada, etc.

La atención o cuidado de la salud está pues en constante crisis, lo que no es del todo malo, por lo que debemos centrarnos en aquello que nos repetían desde pre - grado, pero que pareciera, sólo oíamos mas no escuchábamos: “el paciente es lo más importante”.

A partir de la expresión anterior, cabe preguntarse a que se debe la insistencia de una férrea aplicación prácticamente excluyente de la medicina alopática en absolutamente todos los grupos culturales, porqué se persiste en despersonalizar al paciente, si lo que estamos ocasionando con esta práctica es justamente no responder a las necesidades particulares de la población.

El concepto de Interculturalidad en Salud no es nuevo en Latinoamérica, ya que en países como Chile por ejemplo, se está dando mucha importancia a las variables étnicas culturales y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas de salud, con el objetivo de crear modelos de salud que respondan a las expectativas culturales y sociales del usuario.

2.11 El modelo médico hegemónico

El modelo biomédico o medico hegemónico, nos permite abordar las prácticas del personal de salud, principalmente de los centros de atención primaria. Mencionamos las patologías más frecuentes que se encuentran en las áreas de salud, analizando las representaciones del personal sanitario sobre el significado

que éste concede a los otros sistemas médicos, a sus problemas laborales cotidianos, a las problemáticas de salud pública más importantes de la ciudad y a los cursos de formación que consideran necesarios para mejorar sus problemáticas en la relación médico/paciente/comunidad.

La construcción ideológica de la enfermedad en este modelo médico adquiere características distintivas, debido a que este modelo clasifica las enfermedades y realiza el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las mismas.

Cuando hablamos de sistema biomédico estamos haciendo referencia específica en el análisis al Modelo Médico Hegemónico (MMH), definido como el "conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual, desde fines del siglo XVIII, ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada por criterios científicos como por el Estado".

En esta construcción se encuentran tres sub modelos: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado, cuyos rasgos estructurales son "el biologicismo, concepción teórica evolucionista/positivista, asociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud/enfermedad como mercancía, orientación básicamente curativa, concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia, práctica curativa basada en la eliminación del síntoma, relación médico/paciente asimétrica, relación de subordinación social y técnica del paciente, concepción del paciente como ignorante como responsable de su enfermedad, inducción a la participación subordinada y pasiva, producción de acciones que tienden a excluir al 'consumidor' del saber médico, prevención no estructural, no legitimación científica de otras prácticas, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia al consumismo médico, predominio de la cantidad y productivo sobre la calidad y tendencia a la escisión entre teoría y práctica".

En el año 1990, el modelo biomédico – basado en el sistema de salud occidental – fue denominado por Menéndez como el "Modelo Médico Hegemónico" (MMH).

Esta cultura médica se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver sino todos, la mayoría de los problemas de salud de la población independientemente de los contextos sociales y culturales en que se desarrolle la enfermedad.

Esta concepción ha constituido una intensa y hasta hace poco perpetua debilidad de la medicina alopática, incrementada además por la presencia de otras de sus limitaciones: falta de accesibilidad, eficacia limitada en determinados grupos sociales, temor poblacional a sus efectos adversos, burocratización de la atención, etc.

Si aparentemente existe una persistencia implícita en el error, por no considerar la cultura del paciente en el proceso de atención de la salud, no representa entonces ninguna alternativa de solución la aislada actitud de incrementar la "sensibilidad cultural" del personal de salud, sin plasmar paralelamente estos conceptos en el nivel operacional.

Reimer plantea como solución establecer una diversidad programática de acuerdo a la realidad cultural específica, el destierro absoluto de las políticas discriminatorias y la asignación adecuada de recursos.

Con el fin de no cometer el error de caer en la inflexibilidad conceptual, de manera genérica se puede plantear como salida la implantación de una "nueva filosofía organizacional" en el sector salud a este respecto.

No se debe colegir sin embargo que el enfoque de interculturalidad en salud representa la panacea a toda la problemática del proceso de atención de la salud, no olvidemos la persistente presencia de otros factores contribuyentes de esta incierta situación, tales como la pobreza, inequidad, difícil acceso a los servicios, etc.

2.12 Otras alternativas: La complementariedad

Partiendo de sus definiciones, la medicina complementaria es la que se usa junto con la occidental para el tratamiento de un paciente, y la medicina alternativa la que se utiliza a cambio del esquema biomédico.

Las medicinas tradicionales, sean éstas complementarias o alternativas, se utilizan cada vez más, tanto en países "desarrollados" como en los "en desarrollo", en paralelo con la medicina alopática.

Por otro lado, y a pesar de la hegemonía del modelo biomédico en términos de políticas y programas, también la medicina indígena, medicina casera y otras alternativas terapéuticas no tradicionales son utilizadas cada vez con mayor intensidad, en un intento espontáneo por parte del usuario de abrir aún más el espectro de sus herramientas terapéuticas en respuesta a la rigidez del MMH, entre otras causas.

Ante tal situación, se puede plantear una resolución integradora a través del diseño de políticas de complementariedad entre los esquemas médicos; se debe partir entonces de una visión holística e intercultural de la salud, considerando los factores condicionantes y la diversidad de culturas médicas propias de cada región, asignando al precepto de complementariedad el papel de ente articulador entre las diferentes opciones médicas.

Este principio implica considerar: todos los sujetos que tengan relación con la salud, el proceso salud – enfermedad desde una óptica geográfica e histórica, los

elementos del contexto interno y externo que intervienen en el proceso, y la realidad cultural específica de cada grupo social en particular.

Es vital para la complementariedad, que tanto el sujeto que diseña la política de salud, como aquel que la aplica, realicen el obligatorio ejercicio de imaginarse en la realidad del usuario (o terapeuta de otra alternativa), acepten que éste puede ser diferente, y se comuniquen con él para conocerlo, logrando que las diferencias los complementen y las semejanzas los unan:

a) El sistema de auto atención como modelo de atención en salud.-

Siguiendo la definición de Eduardo Menéndez, por auto atención "nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de auto atención".

Pero debemos señalar el problema de la automedicación que va de la mano con el sistema de auto atención, ya que aparece como una problemática para los médicos y el sistema biomédico en general, no siendo un problema para las madres, para los terapeutas tradicionales ni para los pastores evangélicos, quienes reconocen el saber de las madres en la resolución de algunos problemas de salud.

Como comenta un médico de un centro de atención primaria: "…..dentro de la ciudad yo diría que un 70% se automedica.

Con las IRA`s (Infección Respiratorias Agudas) por ejemplo, prefieren asistir a la farmacia y decirle a la farmacéutica: "por favor déme alguna inyección..,o qué tableta puedo tomar para curar el resfrío".

Otro médico destaca los aspectos económicos y culturales como los factores más importantes en la problemática de la automedicación, utilizando el termino "cultura" como sinónimo de ignorancia: "Yo creo que el factor preponderante para que realmente las atenciones se realicen en la farmacia, o se automediquen, es por el factor económico, pero también otro factor sería el cultural... como viene la mayoría del área rural, no entienden todavía la medicina occidental, y por eso se automedican".

El factor económico también es mencionado por varios miembros del personal de salud: "El factor económico es otra barrera, por ejemplo las personas mayores no quieren gastar sus cinco pesos de la consulta, y entonces prefieren auto medicarse,

o van a la farmacia directamente y se compran el medicamento, a veces las personas vienen y dicen: yo no quiero consulta, véndeme un calmante nomás”[15].

b) Sistema médico religioso.-

Las madres evangélicas atienden y entienden la enfermedad de manera diferente a las católicas.

A través de las representaciones de los pastores evangélicos intentaremos profundizar sobre cómo se construye el sentido y significado que éstos conceden al proceso de salud/enfermedad/atención a través de su manera de clasificar las enfermedades y de dar significado a la prevención, el diagnostico y el tratamiento de las enfermedades/padecimientos.

Al hablar de *sistema médico religioso* nos referimos a la iglesia evangélica, la católica y a todas aquellas prácticas religiosas utilizadas por los miembros de la cultura. Este sistema está articulado con el sistema médico tradicional, el de auto atención y el biomédico.

Hablamos de sistema médico religioso por poseer toda una serie de conocimientos en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, de la misma manera que se encuentran en otras formas de atención, como puede ser la tradicional o la biomédica.

En esta realidad de pluralismo médico que existe en algunos departamentos de Bolivia como en Potosí, la iglesia evangélica – especialmente el pentecostalismo – es la religión que estructura un discurso más cercano a la salud, con una clasificación de las enfermedades/padecimientos y proponiendo un acercamiento en términos de prevención a la biomedicina.

Es por este motivo que este capítulo está dedicado en exclusividad a la iglesia evangélica. Nos proponemos abordar las prácticas y representaciones de los representantes y fieles de la iglesia pentecostal, ya que consideramos que esta religión es la que posee un discurso sanitario más amplio, y que el eje de su doctrina está sustentado en la sanación del cuerpo y del alma.

Las cuatro grandes corrientes más importantes son:

a) El protestantismo histórico, debido a la emigración europea a los Estados Unidos.

b) El protestantismo fundamentalista, con origen en los avivamientos del siglo XIX en los Estados Unidos.

[15] Auxiliar de enfermería Hospital Patacamaya, 2006

c) El pentecostalismo, que se separa a principios del siglo XX de las iglesias de avivamiento y se orienta hacia las clases bajas.

d) El neo pentecostalismo carismático, surgido durante los años 60 y 70 a partir de las iglesias tanto pentecostales como históricas, y orientado hacia las clases medias y altas.

El pentecostalismo, por su parte, proviene del protestantismo histórico. Surgió hacia fines del siglo pasado en los Estados Unidos como un movimiento que buscaba privilegiar la experiencia religiosa frente a la rigidez de los cultos que practicaban hasta entonces metodistas y bautistas.

A partir de allí, el culto se difundió por el mundo en base a la teología y la ideología que predominaban en la Norteamérica del siglo XIX. Wynarczyk sostiene que uno de los fundamentos de su exitosa difusión y crecimiento como culto más "universal" fue su capacidad para establecer conexiones con las experiencias que caracterizaban a las religiones populares, absorbiéndolas y recodificándolas según sus propios principios[16].

Uno de los ejes de esta iglesia es la adhesión de sus fieles fundamentalmente por haber presenciado alguna sanación o curación en ellos o en algún miembro de su familia.

El proceso de salud/enfermedad/atención adquiere características especiales en el ámbito de esta doctrina. Se realizan mensajes de prevención, diagnóstico y curación de males/enfermedades y padecimientos a los fieles en las ceremonias religiosas que suelen ser tres veces a la semana.

La iglesia evangélica reconoce y acepta la biomedicina porque está reconocida en la Biblia.

En cuanto a la relación con la medicina tradicional y la religión andina, es conocido el comportamiento de la iglesia evangélica que va en contra de las prácticas tradicionales.

Todo aquello que tiene que ver con los dioses y espíritus de la religión andina de la religión andina es fuertemente perseguido, y que se considera que es el diablo quién pide sacrificios a la Pachamama, quién pide alcohol para Ch'allar, quién pide hojas de coca (considerada una droga por los evangélicos).

Esta relación es de sinergismo con el sistema biomédico, existe por parte de los creyentes existe más confianza con los médicos académicos.

[16] (Wynarczyk 1994)

c) Sistema médico tradicional.-

El sistema médico tradicional posee su propia manera de atender las enfermedades/padecimientos, y sus propias técnicas de prevención, diagnóstico y tratamiento, fundamentalmente de las patologías populares, aunque también trata patologías biomédicas.

La interpretación de la enfermedad – así como el significado que se concede a la misma - adquiere características diferentes a las reconocidas por la iglesia evangélica y el sistema biomédico.

La enfermedad es vista como un desorden de la naturaleza, como el incumplimiento de ciertas reglas o normas sociales.

El origen de la enfermedad puede ser por castigo de los dioses o por un "mal" causado por otra persona o por un espíritu.

Los tratamientos consisten en restablecer el orden deshecho.

La medicina tradicional está sumamente vinculada a la religión andina: considera que existen fuerzas procedentes de la tierra y fuerzas cuya procedencia son del cielo; ambas influyen en la salud de los sujetos.

Según Albó, existen deidades mediadoras entre los dos mundos (el de arriba y el abajo) siendo los más importantes la Pachamama (la Madre Tierra) y el rayo.

La Pachamama permite a los hombres obtener sus favores si estos son generosos con ella, en caso contrario puede provocar enfermedades, como conocida como "agarrado por la tierra" (Albó 1989).

Según el relato de un kallawaya, las causas de enfermedad se deben a falta de respeto a los dioses andinos, a los de Janajpacha como también a los de Ukhupacha y a los Kaypacha, y otra causa de enfermedad puede ser la falta de ofrenda a los dioses y otra causa de enfermedad es el respetar los lugares sagrados de cada pueblo".

Además de ser terapeutas tradicionales, los kallawayas son sacerdotes andinos, y esto influye en su manera de dar significado a la enfermedad, ya poseen un conocimiento más amplio que otro tipo de terapeutas.

En la religión andina el ser humano forma parte de la naturaleza, y es a través de ella que puede absorber ciertas enfermedades, pero es también a través de ella que puede tratarlas. Los animales, las plantas y las montañas son poseedores de espíritus que pueden ayudar a proteger pero también a enfermar.

2.13 La observación antropológica: Etnocentrismo y aculturación:

Desde el punto de vista antropológico, se puede entender etnia como la unidad cultural mínima; a partir de esto, *etnocentrismo* constituye el criterio circunscrito por los prejuicios con los cuales los individuos de una etnia determinada juzgan y aprecian a las demás culturas.

Este hecho queda plenamente demostrado al analizar la civilización occidental, que al haberse extendido y difundido más ampliamente que cualquier otra cultura, nos ha conducido a aceptar la creencia de la uniformidad del comportamiento humano bajo las premisas fundamentales de sus conceptos y valores.

Herkovits define *aculturación* como «todos los fenómenos que se producen cuando grupos con sistemas culturales diferentes entran en contacto directo y continuo, con los cambios subsiguientes producidos».

Los sistemas médicos, como construcciones culturales, han nacido para responder a las necesidades particulares de un entorno social específico.

La extrapolación del principio *etnocéntrico* occidental al sector salud se evidencia en la presencia del MMH, lo que ha generado la aparición de importantes dificultades al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención de salud.

Bajo esta realidad, muchas veces el modelo biomédico se ha constituido en un nuevo instrumento discriminatorio, en nefasta competencia con la relegación por raza, clase social, religión, idioma, etc.

Se requiere por consiguiente, un gradual proceso de *aculturación* que se desarrolle a través de la adaptación mutua de la medicina alopática y los demás sistemas médicos dentro de un equilibrio estructural interno y externo, seleccionando espontáneamente aquellos elementos útiles y significativos.

En el macroanálisis, se debe buscar paralelamente el cambio gradual de la orientación segregatoria de nuestra sociedad ya que todo nuevo sistema de salud – por prometedor e innovador que sea debido al solo hecho de encontrarse inserto en una realidad cultural desequilibrada, lamentablemente va a reforzar los estereotipos sociales preexistentes.

2.14 Medicina basada en la evidencia y su enfoque

¿Qué médico no ha oído hablar de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)?.

Esta corriente del acto médico fue definida inicialmente con el fin de utilizar de manera adecuada las mejores y actuales pruebas por parte del médico para el cuidado del paciente individual.

Sigue constituyendo un tema de actualidad – a pesar de haber dejado de ser una innovación posicionándose como un interesante paradigma médico basado en el esquema occidental, por lo que considerar su punto de vista representa un eficaz instrumento integrador adicional.

La MBE continuará teniendo adeptos y detractores, sin embargo es menester resaltar algunos de sus puntos conceptuales: el esquema basado en evidencias nació con el fin de integrar la mayor cantidad de componentes útiles para el ejercicio adecuado de la medicina, y es lo que ha continuado haciendo a través de los últimos años. No busca reemplazar sino aportar nuevos conceptos de manera complementaria al acto médico, considerando aspectos básicos de la formación profesional y lo más resaltante, también del paciente.

En el primer modelo de decisiones clínicas basado en evidencias, se integra la pericia o destreza clínica, la mejor evidencia disponible y las preferencias del paciente; se debe resaltar entonces que se empieza a considerar la libertad del paciente para buscar terapias alternativas o buscar una segunda opinión, con el objeto de adherirse o no al esquema terapéutico prescrito.

Se ha descrito en otros estudios la importancia de darle mayor énfasis a este elemento – las preferencias del paciente - en el proceso de toma de decisiones basado en evidencias.

Se ha descrito ya hace algunos años el concepto de “elección del paciente basada en evidencias”, para lo cual debe brindarse al usuario la información pertinente basada en evidencias y la oportunidad de participar en la decisión de su tratamiento o cuidado, es decir, permitirle que cumpla un papel central en este proceso.

En definitiva, siempre será la situación individual y específica de cada paciente lo que determine la forma en que se decida su manejo terapéutico.

En un segundo modelo de toma de decisiones basado en evidencias, modificado a partir del primero, se amplía el número de componentes y más importante aún en el presente contexto se considera además de sus preferencias, las acciones del paciente; este último factor “humaniza” aún más al usuario ya que finalmente dependerá de sus acciones el que pueda cumplir o no con la terapia de su preferencia, así como seguir los consejos de su médico tratante.

Estas “preferencias y acciones del paciente” desempeñan un rol clave en la posibilidad de sujeción o no al tratamiento instaurado; en consecuencia, la importancia y respeto que se le brinde a la realidad cultural del usuario logrará en el peor de los casos evitar una resistencia inmediata al proveedor, un alentador primer paso en el camino para generar un ambiente de empatía y confianza del paciente para con el médico.

2.15 El humor en medicina: Cosa seria

En este tema, el reporte de efectos benéficos del humor sobre la salud ha motivado desde la búsqueda de su sustrato neurofisiológico hasta opiniones en contra de la consistencia de sus resultados; y si bien existen muchas definiciones de humor, ninguna ha podido reflejar sus complejos matices en la relación médico – paciente.

Lo que algunos estudios han demostrado es que la satisfacción del paciente guarda relación con el tono emocional de la entrevista médica, el grado de interacción alcanzado e inclusive la posibilidad de haber establecido una pequeña charla.

Por otro lado y de manera general el humor juega un papel preponderante en el plano intercultural, al facilitar el entendimiento, superar diferencias y discrepancias, flexibilizar las normas sociales propias y compenetrar a las partes.

El humor en salud intercultural sin embargo, implica un análisis más complejo y no es simplemente la suma de sus beneficios en medicina e interculturalidad; esto debido a que la confluencia de diferentes procedencias culturales en el acto médico hace que el uso del humor se torne mucho más desafiante e incluso delicado.

Sin embargo, se ha demostrado que en estos encuentros no siempre confluyen culturas diametralmente opuestas, sino que las experiencias interculturales pueden ocurrir también entre médicos y pacientes que aparentemente comparten muchas características étnicas y socioeconómicas, hecho que debe suceder a menudo en nuestro país, pluriétnico y multicultural.

Si bien el humor, como actitud creativa y más aún entre diferentes culturas, no constituye una tarea fácil, tampoco es un rol imposible; se debe aprender a aprovechar las oportunidades, por ejemplo, los usuales malentendidos que genera la comunicación intercultural pueden paradójicamente crear un nexo entre proveedor y usuario, a través del humor.

De esta forma, utilizando en medicina un humor culturalmente sensible, respetando la personalidad del paciente y teniendo criterio para escoger las situaciones adecuadas, humanizamos y robustecemos el proceso de atención de la salud.

2.16 Liderazgo para generar este cambio

La consolidación de todos los aspectos planteados en la presente revisión implica que duda cabe un proceso de innovación en el sector salud; y para llevarla a cabo se requiere contar con la mejor herramienta disponible: el liderazgo, concepto que suele confundirse con gestión o dirección.

La gestión se ocupa de hacer frente a la complejidad, es un método que ha permitido en nuestro sector la resolución adecuada de problemas en los servicios de salud; sin embargo la dirección posee una debilidad intrínseca y casi definitoria: al

tratar de controlar a las personas impulsándolas en la dirección adecuada, la mayoría de veces se continúa haciendo lo mismo durante mucho tiempo.

El liderazgo por otro lado, capta la importancia del caos, es la herramienta perfecta que permite aprovechar la presencia de anomalías (como las necesidades de salud no cubiertas por el usuario, en el tema que nos ocupa) para cumplir con su inherente función: generar el cambio.

Los directivos y los líderes son por lo tanto personas muy diferentes, los primeros se apoyan en pautas ordenadas y estables, esforzándose por mantenerlas; en tanto los segundos no se concentran en los problemas sino en los objetivos, adoptando actitudes activas respecto a los mismos con el fin de provocar un cambio.

A manera de síntesis, en salud intercultural se requiere entonces la aplicación de un liderazgo inteligente y eficaz que pueda determinar la orientación de un cambio totalmente necesario en el sector (a través de la instauración de una vez por todas de un enfoque de salud centrado en la persona más importante: el usuario) y pueda generar a la vez que los proveedores cumplamos a cabalidad la función intrínseca que nunca debimos desatender: satisfacer las necesidades específicas de cada integrante de la población.

Ya en la época antes de cristo se definió que: *"el problema de nuestros médicos es que separan el alma del cuerpo" – Platón 427 – 347 a J.C.* entendiendo ya entonces que la atención o relación medico paciente debe sentarse profundamente en una atención integral.

III. JUSTIFICACION:

El presente estudio pretende determinar y solucionar las principales causas de insatisfacción que expresan las usuarias y los usuarios que acuden al Hospital Boliviano Español de Patacamaya, con la finalidad de disminuir los mismos a través de la incorporación de prácticas en salud con adecuación intercultural en los diferentes servicios que se ofrecen y consiguiendo de esta forma la mejora continua en la calidad de atención de los servicios que brinda el Hospital Boliviano Español de Patacamaya y de esta manera disminuir la brecha que existe entre el concepto ideal de atención y el que perciben las usuarias y los usuarios.

La insatisfacción de los servicios de salud pueden manifestarse en hechos tales como dejar de asistir al servicio o trasmitir está situación negativa a otras personas, creando desconfianza hacia el servicio y sus profesionales.

Por lo expuesto, es importante lograr la satisfacción en la mayoría de las usuarias y los usuarios para que continúen acudiendo al Hospital para solucionar determinados problemas en salud, cumplir los controles prenatales, recomendaciones del medico y concluir su tratamiento, realicen prevención de alguna enfermedad y difundan a la comunidad una opinión positiva sobre la atención que prestan los proveedores de

salud, etc. por ende disminuir tasas de morbi mortalidad materna e infantil de acuerdo a los objetivos de desarrollo del milenio.

Un servicio que brinda afectividad en la atención, satisface las necesidades de las usuarias y se da con equidad, humanismo, participación de la familia y la comunidad y eficiencia, es decir, satisfaciendo totalmente las necesidades de aquellas que necesitan del mismo, con los recursos existentes, al menor costo, dentro los lineamientos de la política de salud y respetando los valores y costumbres de todos los usuarios, captar mayor cantidad de pacientes y lograr incrementar las coberturas hace que lo/as usuario/as tengan mayor credibilidad y confianza al servicio.

Sin embargo señalar que desde la inauguración del Hospital el año 2003, a fines de este se incorporó el consultorio medico tradicional al interior del hospital atendido por médicos tradicionales certificados por la SOBOMETRA (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional), es por ello que a pesar de la incorporación de estas estrategias de interculturalidad en salud, sin una buena planificación y estudio son evidentes los reclamos y la insatisfacción de muchos pacientes que acuden al Hospital Boliviano Español de Patacamaya expresados en cabildos y asambleas de la población en público disminuyendo más aún la imagen institucional del hospital.

Por tanto este estudio permitirá aplicar estrategias que modifiquen la actual situación permitiendo su factibilidad y utilidad por la satisfacción de los usuarios y usuarias.

IV. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

4.1 Formulación del problema:

Los pacientes de origen indígena y popular habitantes del municipio de Patacamaya y alrededores que acceden a los servicios de salud que brinda el Hospital Boliviano Español de Patacamaya, tropiezan con una serie de dificultades que entorpecen su atención en salud.

Dentro de los principios éticos de equidad en el trato, prontitud, cumplimiento de normas que garantizan el derecho a la salud, reconocimiento de la condición intercultural traducidos en lingüística, costumbres, prácticas médicas, situación económica las mismas que se constituyen en una poderosa barrera socio – económica y cultural que impide el mejoramiento de la calidad de atención.

Por todo lo mencionado de la satisfacción de los usuarios y las usuarias en la presente gestión 2006, se infiere que existe inaccesibilidad a los servicios de salud; creando desconfianza de los usuarios en la asistencia a los servicios de salud, por lo que también debe utilizarse al máximo medios y alternativas presentes en la institución como ser el consultorio de medicina tradicional.

4.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los problemas de adecuación intercultural que existen entre usuarios y proveedores durante la atención en salud que inciden en la insatisfacción de los usuarios que acuden al Hospital Boliviano Español de Patacamaya, durante la gestión 2006?

Asimismo posteriormente en el futuro se debe plantearse:

¿Cómo podrían resolverse estos problemas de atención y adecuación intercultural para mejorar la calidad de atención para la satisfacción de los usuarios que acuden a dicho centro hospitalario?

4.3 Objetivo General:

Conocer los problemas de adecuación intercultural que existen entre usuarios y proveedores durante la atención en salud que inciden en la insatisfacción de los usuarios que acuden al Hospital Boliviano Español de Patacamaya, durante la gestión 2006.

4.4 Objetivos Específicos:

a) Determinar el grado de satisfacción de los usuarios que acuden al Hospital Boliviano Español Patacamaya.

b) Identificar el problema de atención en salud percibido por el personal de salud de apoyo que trabaja en el Hospital Boliviano Español y la población del municipio de Patacamaya.

c) Determinar donde acude la población en primera instancia cuando surge algún problema de salud en sus familias.

d) Determinar cobertura de atención de los médicos tradicionales que trabajan al interior del Hospital Boliviano Español de Patacamaya.

e) Determinar si el idioma significa una barrera que afecta negativamente durante la atención médica.

4.5 Ámbito Geográfico:

Marco Referencial

- Ubicación geográfica
- Descripción del área de trabajo
- Aspectos espaciales

División Político Administrativo

Distritos y Cantones

El municipio de Patacamaya no se encuentra distritalizado; la jurisdicción municipal esta comprendida por 11 Cantones, 41 comunidades campesinas y 11 Juntas Vecinales en el área urbana del municipio Patacamaya.

Ubicación Geográfica.

El municipio de Patacamaya se encuentra a 101 Km. de la ciudad de La Paz, se constituye en la capital de la quinta Sección de la provincia Aroma y esta ubicado al Sudeste del departamento de La Paz.

Latitud Longitud.

La quinta sección de la Provincia Aroma, se encuentra a 17º05'a 17º20' de Latitud Sur y 67º45' a 68º07' de Longitud Oeste del meridiano de Greenwich, en tanto que el Municipio se sitúa entre17º17' de Latitud sur, y 67º55' de Longitud Oeste, (Cartas Geográficas IGM 1999)

Límites Territoriales.

El municipio Patacamaya se encuentra en la región de la Provincia Aroma, teniendo como límites lo siguiente.

<u>Límites del municipio Patacamaya</u>

MUNICIPIO	LIMITES			
	NORTE	SUR	ESTE	OESTE
Patacamaya	Municipio de Ayo Ayo Provincia Loayza	Municipio Umala Municipio Sica Sica	Municipio Sica Sica	Provincia Pacajes

Extensión.

El municipio Patacamaya, fisiográficamente se halla ubicada en el Altiplano Central posee una superficie de 447 Km^2 (44.700 has.)

División Político Administrativo

Distritos y Cantones

El municipio Patacamaya no se encuentra distritalizado; la jurisdicción municipal esta comprendida por 11 Cantones, 41 comunidades campesinas y 11 Juntas

Vecinales en el área urbano del Municipio Patacamaya. Las fechas de creación de los cantones, se detallan a continuación:

Cantones y comunidades

Nº	CANTÓN	FECHA DE CREACIÓN
1.	Patacamaya	21 – XI – 1908
2.	Culta Arajllanga	15 – I – 1962
3.	Chacoma	----------
4.	Chiaraque	27 – II 1980
5.	Chiarumani	4 – XI – 1960
6.	Colchan	20 – V – 1983
7.	Concepción de Belén	----------
8.	San Martín de Iquiaca	15 – I – 1962
9.	Taypillanga	----------
10.	Villa Patarani	----------
11.	Viscachani	31 – I – 1985

COMUNIDADES Y CENTROS POBLADOS:

El municipio Patacamaya cuenta 11 Sub centrales Agrarias pertenecientes a los diferentes cantones, en tanto el centro urbano cuenta con 11 Juntas Vecinales bien definidas.

Cantones y Comunidades

Nº	SUB CENTRALES AGRARIAS	CANTÓN	COMUNIDADES
1.	Patacamaya	Patacamaya	Patacamaya, Cauchititiri, San Juan de Culta, Jocopampa, Cochinitos, Mallaque, Arco Loma.
2.	Culta Arajllanga	Culta Arajllanga	Arajllanga
3.	Chacota	Chacoma	Chacoma
4.	Chiaraque	Chiaraque	Chiaraque, Cala Cala, Vituyo, Vicarani, Chusicani, Manzanani, Capunuta.
5.	Chiarumani	Chiarumani	Chiarumani, Maruchapi, Tiracoma, Machaq Hoyo, Quiswarani, Huañajawira.
6.	Colchan	Colchan	Colchan, Hiscacollo, Safari, Japuma, Jatuquira, Cahuanuta.
7.	Concepción de Belén	Concepción de Belén	Belén de Iquiaca.
8.	San Martín de Iquiaca	San Martín de Iquiaca	San Martín, Alto Patacamaya, Tarmaya, Amachuma, Collpa Huancarani, Huancarani.

9.	Taypillanga	Taypillanga	Taypillanga
10.	Villa Patarani	Villa Patarani	Patarani
11.	Viscachani	Viscachani	Viscachani, Mantecani, Pujrawi, Irutira, Toloma.

Zonas en el área urbana de Patacamaya:

Zonas en el Centro Urbano	
Zona Porvenir Zona Litoral Zona Alto Patacamaya Zona Moderna Zona Estación Zona Nueva Esperanza	Zona Asunción Zona Machacamarca Zona Central Zona Central Norte Zona Jocopampa

Manejo espacial:

El patrón para el asentamiento de las poblaciones en el Municipio esta sujeto a:

- Al recurso hídrico para el uso humano y de riego (fuente ríos, etc.), en el área rural.
- El Río Kheto como componente principal del recurso hídrico dentro del Municipio favorece al establecimiento de cultivos hortícolas, lo que permite el asentamiento de comunidades como: Coloma, Viscachani, Villa Concepción de Belén, Jocopampa, San Juan de Culta, Patacamaya, y Taypillanga, permitiendo el riego en estas comunidades.
- En el área urbana, esta ubicada sobre la red troncal del camino La Paz – Oruro y carretera Tambo Quemado.

Comercio y servicios:

El comercio es una de las actividades predominantes en el área urbana, la misma que se desarrolla en las inmediaciones de la Plaza Ganado, la Av. 2 de Febrero y la Av. Tambo Quemado.

La provisión diversificada de servicios pasa desde la provisión de repuestos, talleres de reparación, lubricantes hasta estaciones de servicios.

La actividad predominante es la provisión de alimentos existiendo restaurantes y pensiones.

Transporte:

Patacamaya se caracteriza por estar ubicada en una zona donde confluyen vías de comunicación terrestre de carácter nacional e internacional.

El municipio cuenta con sistema de transporte local, y vehículos de transporte masivo como colectivos, mini-buses y camiones que permiten la vinculación entre comunidades aledañas del mismo municipio y municipios vecinos.

Abastecimiento de productos.

Se cuenta con un mercado que en el que se ofrecen productos que son requeridos por las familias para abastecer de alimentos, también para desarrollar actividades agropecuarias de la región, siendo un importante centro estratégico de comercio.

Recreación.

- A la práctica de deportes en los campos deportivos existentes, fútbol y fútbol sala, básquetbol.
- A la práctica del paseo, recreación en las plazas y parques.
- Al paseo que se realiza a través de la feria dominical a lo largo de la Av. 2 de febrero, Plaza del Ganado y calles aledañas.

La asistencia al balneario de viscachani centro turístico del municipio.

Aspecto físico – naturales.

Descripción fisiográfica

El municipio Patacamaya se encuentra situada en la unidad fisiográfica cordilleras Occidental y Oriental, fisiograficamente se divide en dos sectores: el primero constituido por serranías onduladas y montañosas, ubicándose al Noroeste y Noroeste del Municipio, el segundo caracterizado por presentar una planicie de origen aluvial.

Serranías onduladas y montañosas:

Se caracteriza por presentar diferentes rangos altitudinales, comprendidos entre lomas y montañas que se encuentran al no, presentándose especies nativas e introducidas, dentro de las nativas se tiene: copla de ratón, garbancillo, mostacilla, kiswara, cebadilla: las introducidas son: lechuga, haba, zanahoria, cebolla, etc.

Altitudes

El municipio Patacamaya abarca un rango de alturas generales entre los 3650 a 4730 m.s.n.m. Patacamaya 3785 – 3899.

Clima

Se caracteriza por tener una estación seca que comprende desde el mes de Abril a Septiembre (donde generalmente el productor solo se dedica a la actividad pecuaria) y la humedad de Octubre a Marzo (en estos meses es donde dedica el productor a la agricultura).

Temperaturas máximas y mínimas.

Entre los meses de octubre a diciembre, donde llegado a alcanzar promedios de 13.96 ºC. Durante los meses de mayo y junio se presentan las temperaturas inferiores al 0 ºC.

Aire

La región no presenta ningún grado de contaminación directa, debido a la no existencia de industriales y/o fabricas, que contaminen el medio ambiente del municipio.

Tierra

Existen problemas de eliminación de desechos (basuras) en la población en tierras deshabitadas contaminando por vecindad ríos y riachuelos, fecalismo al aire libre, poca información del daño y contaminación de la tierra problemática sobre el cual aún no se determinaron soluciones.

Agua

La carencia de agua en el municipio Patacamaya, es uno de los principales factores para que la producción agropecuaria y el consumo humano, se vea afectado de forma directa, con pérdidas tanto en los rendimientos de cultivos y cobertura vegetal de los suelos, factor que incrementan la evaporación o secado de los mismos, facilitando la erosión.

El Plan Internacional del Altiplano (PLAN) y otras instituciones implementaron sistemas de agua potable y sistemas de riego. Beneficiando a los productores de hortalizas.

Las Q'otañas o reservorios de agua sirven para el almacenamiento del agua de lluvia es empleada tanto para la ganadería como para el riego de superficies pequeñas de cultivo, estas Q'otañas se implementaron en los lugares donde no existen fuentes de aguas naturales.

Los problemas ocasionados por la evacuación de residuos sólidos, contaminan las aguas superficiales y subterráneas, que aún no fueron solucionados.

Marco histórico

Según los cronistas Garcilazo, Calancha y Cieza de León en el imperio incaico cuando Mayta Kapac, después de subyugar a las tribus del contorno del lago y de las cuencas, del Choqueyapu, Avanzaron al Sud con dirección a las pampas de Paria, sufrieron graves contrastes infligidos por los Sica Sicas en la región de Calamarca, atacándolos con nuevos refuerzos; el inca logro finalmente dominarlos, después del combate habido en la pampa de Patacamaya, donde el hijo del sol perdió 100, de sus mejores guerreros; de ahí el nombre de ese lugar que significa "los 100 cadáveres".

La conquista incaica resulto facilitada por las divisiones y luchas intensivas de las tribus aymarás celosas de su autonomía, las mismas que jamás lograron constituir una nación compacta y unida.

Es indudable que cuando los quechuas avanzaron más cerca del Desaguadero, los aymarás o collas se hallaban en decadencia.

Durante la dominación española la Provincia Aroma se constituyó en uno de los más vastos corregimientos o Partidos del Virreinato de Lima, que comprendía el Ecuador, Perú y Bolivia, son 33 pueblos importantes de 50.000 habitantes y un corregidor que tenía bajo sus órdenes a 12 tenientes. Sus ingresos y gastos de administración se equilibraban en término medio la suma de 226.750 pesos fuertes.

Bajo el régimen Republicano, la provincia sufría sucesivos desmembramientos hasta quedar reducida a sus actuales limites.

La denominación de Villa Aroma fue fundada por ley el 11 de Noviembre de 1844 para perpetuar el recuerdo de la victoria que en sus proximidades alcanzaron las fuerzas patriotas de Esteban Arce sobre las tropas realistas el 14 de noviembre de 1810.

Durante la administración del Gral. José Ballivián pero históricamente su existencia se remonta a los: primeros tiempos de la colonia pues figuro en los virreinatos de Lima y Buenos Aires con el nombre de partido de Sica Sica comprendiendo las actuales provincias de Inquisivi, Loayza y los dos Yungas, junto a una fracción importante de la provincia Murillo.

Es en el lugar de Patacamaya, y en torno a la plaza que se empieza a construir las primeras viviendas de la población, constituyéndose mas adelante, en lo que hoy es el cantón Patacamaya cuya fecha de fundación es el 21 de noviembre de 1908.

El asfaltado de la década del 70, el alto, Patacamaya, Sica Sica, Lahuachaca, Panduro (125 Kms.) que es parte de la carretera la Paz Oruro de donde se conecta tanto hacia Cochabamba, Santa Cruz como el sur del país y la red vial argentina, el IBTA (Instituto de Biología Tecnológica Agropecuaria) – 60 apoyaron con investigación, mas las mismas no se difundieron, en las mejoras de la quinua.

El PAC 80 – 82 Infraestructura caminera a las comunidades y riego a Viscachani, Universidad Salesiana, 1999 más mismas que frena la migración del campo a la ciudad junto con la escuela industrial creada en 1978.

Tambo quemado, 1997 la misma que se vincula con muchas secciones municipales.

Idiomas

De acuerdo a los datos proporcionados se establece que el 100% de la población rural del municipio, el 73% hablan el idioma aymara, y el 27% son bilingües, es decir hablan el idioma castellano y aymará.

Religiones y creencias

Si bien la religión predominante es la católica, esta ha sido desplazada en su mayoría de la población rural del municipio, un 70% de los pobladores profesan esta religión y un 10% profesan la religión evangélica, pentecostal y otras protestantes.

Calendario festivo y ritual

Entre las principales fechas festivas y rituales podemos mencionar las siguientes:

Fecha	Festividad
15 de Enero	Fundación Municipio de Patacamaya
20 de Enero	Aniversario comunidad de Mantecani
2 de Febrero	Virgen de la Candelaria
2 de Febrero	Feria Anual del Municipio
20 de Abril	Aniversario norte Taypillanga
Mayo o Junio	Virgen de Trinidad
16 de Julio	Virgen del Carmen
6 de Agosto	Aniversario Patrio
15 de Agosto	Virgen de Asunción
8 de Diciembre	Virgen Concepción

Indicadores municipales:

Población programada para la gestión 2006 (FUENTE SNIS SEDES LP)

Se cuentan con tres sectores al interior del municipio distribuido como sigue:

Municipio	Establecimiento de salud	Población	< 1 año	1 año	2 años	3 años	4 años	5-14 años	15 - 59 años	60 y más	MEF	Embarazo Esperado	Parto Esperado	Aborto	Nacimiento esperado
		Total	2,7956	2,7913	2,7741	2,7395	2,7007	25,3160	50,658	10,2250	20,8720	2,4764	2,1916	0,2804	2,2040
Patacamaya	Hospital Patacamaya	17078	477	477	474	468	461	4.323	8.651	1.746	3.564	423	374	48	376
	P.S. Viscachani	1985	55	55	55	54	54	502	1.005	203	414	49	43	6	44
	P.S. Chiarumani	1762	49	49	49	48	48	446	893	180	368	44	39	5	39
	P.S. Chiaraque	2354	66	66	65	64	64	596	1.193	241	491	58	52	7	52
TOTAL		23179	648	647	643	35	626	5868	11742	2370	4.838	574	508	65	511

Algunos datos estadísticos obtenidos del INE de mucha importancia en la problemática de salud, son:

Analfabetismo para el 2001:

- Población de 15 años y más 11.682
- Sabe leer y escribir 10.029
- No sabe leer ni escribir 1.653
- **Tasa de analfabetismo 14,14%**

ASISTENCIA ESCOLAR PARA EL 2001:

- Población de 6 a 19 años 7.185
- Asiste a un establecimiento educativo 5.950
- No asiste a un establecimiento educativo 1.235
- **Tasa de asistencia escolar 82,81%**

Mortalidad infantil para el 2000:

- Número de defunciones menores de un año 33
- Número de nacimientos 510
- **Tasa de mortalidad infantil 64,70 x mil nacidos vivos**

Cobertura de Parto Institucional para el 2005:

- Número de partos atendidos institucionalmente 273
- Número de partos estimados 507
- **Tasa de cobertura de parto institucional 53,84%**

Cobertura de energía eléctrica para el 2001:

- Número de hogares que cuentan con servicio de E.E. 2.405
- Numero total de hogares 5.732
- **Tasa de cobertura de energía eléctrica 41,96 %**

Cobertura de agua potable para el 2001:

- Número de hogares que cuentan con servicio de agua distribuido por cañería de red o pileta pública 2.997
- Número total de hogares 5.732
- **Tasa de cobertura de agua potable 52,28%**

Cobertura de saneamiento básico para el 2001:

- Número de hogares que cuentan con baño y desagüe adecuado 1.326
- Número total de hogares 5.732
- **Tasa de cobertura de saneamiento básico 23,13%**

Tasa global de fecundidad 5.5 hijos por mujer

Índice de pobreza 66.20 %

Esperanza de vida al nacer: 62.6 años (2000)

- HOMBRES: 60.8 años
- MUJERES: 64.5 años

Indicador médico por habitantes: 3,02 médicos X 10.000 Hbts.

Indicador camas x habitantes: 7.3 Camas X 10.000 Hbts.

De la descripción institucional del Hospital Boliviano Español de Patacamaya:

Creación:

Fue creado el 14 de septiembre de 2001 como Hospital Boliviano Español de Patacamaya bajo apoyo del Gobierno Español y la Agencia Española de Cooperación Internacional. Y comenzó a funcionar en Octubre de 2002.

Ubicación:

Patacamaya 5ta Sección de la provincia Aroma a 101 Km. de la Ciudad de La Paz siendo parte de la Red de Servicios de Salud Nº 12.

Edificación:

Tipo de edificación: Hospital, Número de Pisos: Solo una planta, Material Constructivo predominante: Cemento, Ladrillos, Estuco, Tejas, Madera. Año de construcción del Hospital: 2001-2002; edad constructiva de las áreas criticas: 4 años. Área Construida: 45% y porcentaje de áreas libres disponibles 55%.

Influencia:

Geográfica, situada a 101 Km de la ciudad de La Paz,

Política con lo municipios vecinos a la 5ta sección: Ayo Ayo, Umala, Sica Sica, Santiago de Callapa, Luribay, San Pedro de Curahuara, Papel Pampa, Chacarilla y Provincias vecinas Inquisivi, Loaza,

Población residente de 22.735 Hab. y en transito de la Red nro. 12 aprox. 68.586 personas,

Red municipal de establecimientos de salud Patacamaya:

Puestos de Salud en Viscachani, Chiarumani, Chiaraque y Hospital Boliviano Español certificado por el SEDES – MSD en el 1er nivel, 1 quirófano y 17 camas disponibles.

Latitud Longitud.

La Quinta sección de la provincia Aroma, se encuentra a 17°05' a 17°20' de latitud Sur y 67°45' a 68°07' de Longitud Oeste del Meridiano de Greenwich, en tanto que el municipio se sitúa entre 17°17' de Latitud Sur, y 67°55' de Longitud oeste, (Cartas geográficas IGM 1999).

Limites Territoriales. El Municipio Patacamaya se encuentra en la región de la provincia Aroma, teniendo como limites lo siguiente:

- Norte: Municipio de Ayo Ayo, Provincia Loayza
- Sur: Municipio Umala, Municipio Sica Sica
- Este: Municipio Sica Sica
- Oeste: Provincia Pacajes.

Extensión: Esta ubicada en el Municipio de Patacamaya, fisiograficamente se halla ubicada en el Altiplano Central y posee una superficie de 447 Km2.

División Administrativa.

Capacidad Instalada:

- Camas de emergencia: adultos 6
- Niños 3
- Camas de Shock Trauma 1
- Quirófanos funcionantes: 1
- Camas de Cuidados intensivos y de recuperación post anestésica: 1

Camas funcionantes de internación

- Hospitalarias: 15
- Consultorios externos: 4
- Reservorios de agua: 1 tanque (25000 litros) y Reserva real de agua para contingencias (6 Horas).

Producción de servicios 2005:

- Atención de emergencias 30% de todas las atenciones: de este (5% de graves, 15% intermedios y 10% de leves)
- Intervenciones de cirugía mayor: 6
- Egresos Hospitalarios: 25 – 35 egresos/mes
- Consultas ambulatorias: 10.134 pacientes año
- Relación de la producción de emergencias respecto a la producción del Hospital: 70% consulta ambulatoria,

  30% consulta emergencia
- Hospitalización: 3%
- Exámenes Complementarios: 10%
- IOC índice ocupacional de camas por día: 2.5

Primeras 5 causas de atención de emergencias:

- Agresiones físicas
- Accidentes de transito
- Traumatismos
- Intoxicaciones
- Alteraciones gastrointestinales y vías biliares.

Indicadores hospitalarios de mortalidad total y post operatoria al 2005: 0%

Recursos Humanos:

- Médicos generales 4 T/C (SEDES)
- Ginecólogo – Obstetra 1 T/C (SEDES)
- Cirujano 1 T/C (SEDES)
- Anestesiólogo 1 T/C (SEDES)
- Odontólogos 1 M/T (SEDES)
- Bioquímicas 1 T/C (SEDES)

• Licenciadas de Enfermería	2	T/C (SEDES)
• Técnicos Radiólogos	1	T/C (SEDES)
• Auxiliares de Enfermería	6	T/C (SEDES)
• Administradores	2	T/C (1SEDES-1HAM)
• Cajeros	2	T/C (HAM)
• Estadísticos	1	T/C (HAM)
• Cocineras	1	T/C (HAM)
• Lavanderas	1	T/C (REC. PROPIOS)
• Chóferes	1	T/C (HAM)
Total Personal de Salud	**26**	

Certificaciones

Certificación de Hospitales Nov. 2004:

Certificación Nivel y Grado I: Si

Licencias y recertificación de profesionales y técnicos “Hospital Seguro”: No

Organización institucional:

La estructura orgánica del Hospital Boliviano Español Patacamaya, esta constituida por los siguientes niveles jerárquicos y Organizacionales

1.1. Niveles Jerárquicos:

El Municipio y Hospital tiene los siguientes niveles jerárquicos:

- Director y Responsable Municipal de Salud
- Administrador
- Jefatura de enfermería
- Jefes de Servicio

1.2. Niveles Organizacionales

El Hospital tiene los siguientes niveles Organizacionales:

Nivel Superior

a) Directorio Local de Salud

Nivel Superior

Constituido por:

a) Directorio Local de Salud (DILOS)

b) Director del Hospital

Nivel de Coordinación y Asesoramiento:

1) Consejo Técnico administrativo
2) Comité Docente Asistencial y de Vigilancia Epidemiológica
3) Comité de Control de Infecciones Nosocomiales
4) Comité de Farmacia y Terapéutica
5) Comité de Adquisición de Bienes y Contratación de Servicios
6) Comité de Calidad y Acreditación
7) Comité de Auditoria Medica y Bioética

Nivel de Apoyo:

- Planificación y Desarrollo por la Gerencia de Red
- Relaciones Públicas y comunicación por la Gerencia de Red
- Coordinación Técnica por Gerencia de Red

Nivel Ejecutivo y Operativo:

- Servicios Ambulatorios
- Servicios Hospitalarios
- Servicios Técnico - Médicos

- Jefatura de Enfermería
- Servicio de Enseñanza e investigación
- Servicio de Administración Financiera

a) Directorio Local de Salud (DILOS)

El DILOS se constituye en la máxima autoridad en salud del municipio es una instancia independiente de seguimiento para el cumplimiento de las metas establecidas, cumplimiento de las políticas nacionales y departamentales de salud y la aplicación de programas de salud.

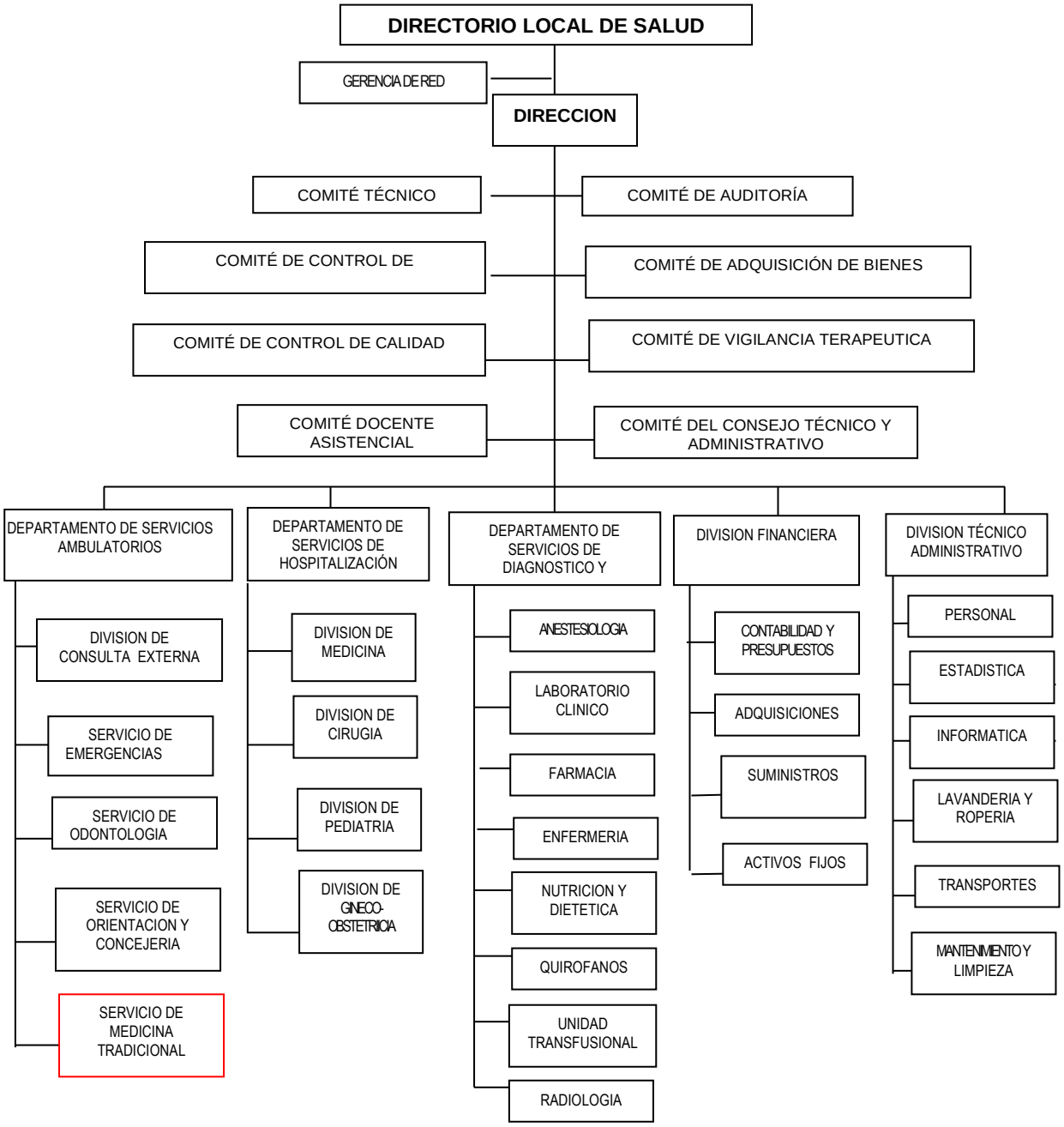
Está constituido hasta el final de gestión 2006 por:

- El H. Alcalde Municipal de Patacamaya Sr. Prof. Francisco Laura Nina, quien lo presidirá o en su representación el responsable de la Dirección de Desarrollo Humano.
- Un representante del Comité de Vigilancia del Municipio su Presidente el Sr. Alfredo Mejía Chipana.
- Un representante del Servicio Departamental de Salud de La Paz (SEDES) el Dr. Henry Flores Zúñiga.

Competencias del DILOS:

- Elaborar y aprobar la programación operativa anual (POA) del Hospital
- Recibir y aprobar informes semestrales de actividades del Hospital
- Evaluar anualmente los resultados de gestión, sobre la base de los indicadores establecidos
- Recibir los estados financieros auditados del Hospital, a fecha de cierre de cada gestión
- Recibir, evaluar y aprobar informes ante requerimiento en casos excepcionales que así lo ameriten.
- Recibir la información del desempeño de los Recursos Humanos del Hospital
- Vigilar que se cumplan en su integridad las políticas de salud del Estado
- Hacer un seguimiento permanente de los indicadores establecidos para analizar las discrepancias eventuales entre las metas fijadas y los resultados obtenidos.
- Velar por la estabilidad del personal.

ORGANIGRAMA



Fuente (Organigrama 2004 Medicus Mundi) FORGEHO - HBEP

b) Director del Hospital

Representa y administra el Hospital, bajo la concepción de red de servicios y en un modelo de atención definido. El Director del Hospital es la autoridad máxima del Hospital, posee capacidad normativa mediante la emisión de ordenanzas e instructivos, es responsable de la formulación de su política hospitalaria y de vigilar el cumplimiento de las normas y de la política de salud.

Nivel de Coordinación y Asesoramiento

- **Consejo Técnico administrativo**

Constituye la primera instancia de coordinación de la administración del Hospital, se halla presidido por el *Director del Hospital* e integrado por los Jefes de Servicio, el Administrador, y responsables de Unidad, solo cuando el caso lo requiera. Se debe reunir en forma ordinaria por lo menos una vez al mes y, en forma extraordinaria, a convocatoria del *Director del Hospital* las veces que sea necesario, sus reuniones se efectúan sobre la base de una agenda previa y constarán en actas para su aplicación y seguimiento de las decisiones adoptadas, las que tendrá carácter obligatorio en el ámbito del Hospital.

En ausencia del *Director del Hospital* por delegación, el Consejo Técnico Administrativo será presidido por el Jefe médico, para cuyo efecto se nominará entre los demás jefes de Servicio un Secretario Ad-Hoc.

- **Comité Docente Asistencial**

Coordina las actividades docentes del Hospital, orientándolas hacia la adecuada formación del personal médico, paramédico y auxiliar. El Comité Docente Asistencial esta constituido por el *Director del Hospital*, quien lo presidirá, el Jefe Médico, el Responsable del Servicio de Enseñanza e Investigación y dos representantes profesionales funcionarios del Hospital. Se debe reunir en forma ordinaria por lo menos una vez al mes y en forma extraordinaria las veces que sea necesario, a solicitud del Jefe Médico del Hospital.

- **Comité de Auditoria Médica**

Es el que garantiza la calidad de atención al paciente, promoviendo uniformidad, eficacia de los criterios de atención médica mediante la evaluación de las historias clínicas. El comité está constituido por el Director del Hospital, quien lo presidirá, El Jefe Médico, el Responsable del Servicio de Hospitalización, un representante del cuerpo del hospital, así mismo podrán asistir otros profesionales del hospital cuando el asunto a tratar así lo amerite.

Nivel de Apoyo

Planificación y Desarrollo

A cargo de un funcionario con rango de Jefe de Servicio del Hospital, depende del *Director del Hospital*, es responsable de la implementación de los sistemas comprendidos en la Ley 1178 – SAFCO, del Sistema Nacional de Inversión Publica y el Sistema Nacional de Planificación, así como de la evaluación de la gestión.

Relaciones Públicas y Comunicación

A cargo del Jefe Médico, coordinará las relaciones públicas intra y extra Hospitalaria. Dará apoyo informativo al Director del Hospital, a través de la recolección, redacción y transmisión de información. Así mismo difundirá las actividades y coordinará su relacionamiento con los medios de prensa, de comunicación y opinión pública.

Nivel Ejecutivo y Operativo

A cargo de Jefes de Servicio que serán los encargados de la aplicación de las políticas y normas nacionales hospitalarias en sus respectivas áreas de gestión, de conformidad a las funciones comunes y específicas que se les asigna.

- **Servicios Ambulatorios:**
    - Consulta Externa
    - Urgencias
    - Proyección a la comunidad
    - Consultorio de Medicina Tradicional
- **Servicios Hospitalarios:**
    - Medicina Interna
    - Pediatría
    - Ginecología - obstetricia
    - Cirugía general
- **Servicios Médico-Técnicos:**
    - Servicio de Farmacia

- Servicio de Laboratorio
- Servicio de Rayos X

- ***Servicio de Enseñanza e investigación:***
  - Servicio de Enseñanza
  - Servicio de Investigación
  - Servicio de Biblioteca
- **Jefatura de Enfermería**
  - Consulta externa
  - Internación
  - Emergencia
  - Esterilización
  - Quirófano
- **Servicio Administración Financiera**
  - Contabilidad
  - Cajas
  - Bienes y Servicios
  - Personal

El Hospital Boliviano Español de Patacamaya ubicado en la 5º sección de la provincia Aroma del departamento de La Paz, en la Zona Central del radio urbano de la población, el mismo que es un hospital de primer nivel certificado en el nivel I, establecimiento de referencia de la Red de Servicios de Salud Nº 12, en el que se atienden:

- Medicina General
- Especialidades de Gineco Obstetricia – Cirugía- Anestesiología.

El Hospital Boliviano Español de Patacamaya atiende aproximadamente 736 consultas mensuales en los servicios ofrecidos detallados a continuación:

PRESTACIONES SUMI ENERO – AGOSTO	Nº de Prestaciones Ambulatorias		Nº de Prestaciones Hospitalarias	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Neonatología	107	92	44	57
Pediatría	1721	1441	15	19
Mujer Embarazada		1419		242
Cesáreas				6
Partos				156
Odontología del niño	94	80	0	0
Odontología de la mujer embarazada		192		
Laboratorio	85	547	8	70
Imagenología	53	57	0	0
TOTAL	**2.060**	**3.828**	**67**	**544**

PRESTACIONES A NO AFILIADOS AL SUMI ENERO – AGOSTO 2006		Nº de Atenciones		Total General
		Hombres	Mujeres	
Servicios	Consulta Externa	1.174	1.600	2.774
	Consulta Odontológica	334	469	803
Servicios Generales	Inyectables	1.384	1.399	2.783
	Curaciones	469	455	924
	Laboratorio	93	617	710
	Enfermería	2.032	1.835	3.867
	Internaciones	47	242	289
	Violencia familiar (denunciados)	0	2	2
	Enfermedades de Transmisión Sexual	1	56	57
	TOTAL SERVICIOS	**5.534**	**6.675**	**12.209**

Dentro de las observaciones en base al método de IAP (Investigación Acción Participativa en su parte diagnostica) muestran que muchos de las usuarias y los usuarios que asisten al Hospital no se encuentran satisfechos con la atención recibida debido a que:

- Esperan mucho tiempo para ser atendidas, a veces más de 2 horas.
- La consulta misma se realiza a veces en 5 minutos y algunas oportunidades en menos tiempo;
- Sienten que no se respeta "su cuerpo" por los tactos vaginales que les efectúan y no ven la necesidad de los mismos en el servicio de gineco – obstetricia y partos.
- La presencia de estudiantes en consulta médica ("Gente ajena").
- Sienten discriminación y falta de respeto a sus costumbres.
- Cuando llegan al hospital no hay una persona quién oriente sobre las alternativas de atención; pudiendo ser un interlocutor que lo ayude en su idioma con los profesionales médicos.

4.6 Universo:

El universo está constituido por aproximadamente 800 a 1200 usuarios/as que mensualmente solicitan servicios de atención en salud en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya a los cuales se les realizara la encuesta de satisfacción del servicio recibido.

Por otro lado también se constituye el personal de salud del Hospital Boliviano Español de Patacamaya específicamente:

- 4 Médicos generales
- 1 Ginecólogo – Obstetra
- 1 Cirujano Especialista
- 1 Anestesiólogo
- 1 Odontóloga
- 1 Bioquímica
- 5 Médicos Tradicionales
- 2 Licenciadas de Enfermería
- 1 Técnico Radiólogo
- 6 Auxiliares de Enfermería
- 2 Administradores
- 2 Cajeros
- 1 Técnico Estadísticos

- 1 Cocinera
- 1 Lavandera
- 1 Chofer o conductor de la ambulancia

En total la cantidad de personal de salud con ítem del SEDES y Alcaldía municipal son 26 trabajadores en salud, junto a más o menos 5 a 10 personas de apoyo en enfermería, del Internado del SSSRO en medicina, odontología y enfermería.

4.7 Muestra:

La presente investigación tomara una muestra de investigación en el que se realizaran:

- Encuestas de satisfacción de usuarios al 10% de pacientes atendido/as en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya que en promedio serán 240 (de acuerdo a datos estadísticos HBEP).
    - ✓ 1 entrevista a grupo focal con el personal de salud (formulario anexo).
    - ✓ 1 entrevista a grupo focal con pobladores del municipio (formulario anexo).

Entrevistas a profundidad realizadas al 10% de los encuestados, que resultarían 24.

4.8 Delimitación Temporal:

El presente trabajo se realizara durante la Gestión 2006 de Enero a Agosto.

4.9 Delimitación Espacial

Hospital Boliviano Español de Patacamaya y áreas de influencia en el Municipio de Patacamaya 5* sección de la provincia Aroma.

V. INTERVENCION METODOLOGICA:

5.1 Tipo de estudio:

La presente investigación de carácter social es de tipo No experimental, de corte transversal, longitudinal analítico.

El diseño de este método es fundamentalmente cualitativo, ya que con esta forma de investigación se trata de analizar, comprender y valorar una realidad

determinada más allá del recuento numérico y recopilación de datos estadísticos manteniendo la forma del Método Acelerado de Investigación Acción Participativa[17].

5.2 Método de la investigación:

El método de la investigación realizada se basa en la investigación cualitativa la intervención y su evaluación son parte de la misma (MAIAP – Método Acelerado de Investigación Acción Participativa).

Se utilizarán las siguientes técnicas para la recolección de la información:

5.3 Observación.-

"Es el registro visual de lo que ocurre en una situación real... Es un método que permite obtener datos cuantitativos como cualitativos. La determinación de qué se va a observar estará determinado por lo que se está investigando"[18].

En la presente investigación se utilizará la observación no participante, dándose "Cuando el investigador no tiene ningún tipo de relaciones con los sujetos que serán observados ni forma parte de situaciones en que se dan los fenómenos de estudio"; es decir, se observará el desempeño de rutinas administrativas, médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicio y la dinámica de la población que acude al servicio; posteriormente las observaciones se escribirán en fichas.

5.4 Entrevista a Profundidad:

"Como método de recolección de datos la entrevista tiene muchas ventajas: es aplicable a toda persona,… permite explorar e indagar en la medida que el investigador estime pertinente,… hay posibilidad de observar los gestos, los movimientos, las reacciones, los tonos de voz, las pausas. etc…, Es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto este método es más eficaz que el cuestionario ya que permite obtener una información más completa"[19].

Se realizará una entrevista estructurada, por lo que se elaborará un formulario que contengan todas las preguntas y el ordenamiento para ejecutarla (Ver Anexos).

---

[17] Adaptación del Dr. José Luís Baixeras D.

[18] Elia Beatriz Pineda y otros, Metodología de la Investigación, Segunda Edición, 1994 pág. 127

[19] Elia Beatriz Pineda y otros, Metodología de la Investigación, Segunda Edición,1994, pág. 130 - 131.

5.5 Entrevista a Informantes Clave y Grupos Focales:

Entrevista a informantes Claves.- "Consiste en discutir un determinado tema a profundidad con un grupo de personas, ya sea en forma individual o colectiva, con la finalidad de obtener datos sobre la cuestión en estudio, así como sus opiniones y perspectivas al respecto las personas deben ser seleccionadas de cada grupo o sub grupo de acuerdo a criterios establecidos, constituyen la mejor fuente de información para el tema a tratar.

La entrevista debe llevarse a cabo de una manera informal o poco estructurada, pues en base a una guía, el entrevistador va formulando las preguntas"[20].

En el presente trabajo se realizará una entrevista estructurada, por lo que se elaborará un formulario que contengan todas las preguntas y el ordenamiento para ejecutarla (Ver Anexos).

5.6 Operacionalización de variables:

VARIABLE	SITUACION ACTUAL	SITUACION IDEAL
Usuario/as del Hospital	Insatisfechos por la atención recibida por múltiples aspectos especialmente los culturales.	Satisfechos por la atención brindada por los proveedores de salud del Hospital con adecuación cultural integral
Proveedores de salud del Hospital Patacamaya	Personal de salud desmotivado poco sensibilizado con la realidad socio cultural del área de influencia del Hospital Patacamaya	Personal motivado y sensibilizado para brindar una atención de salud intercultural e integral a la población.
Relación entre proveedores de salud y los médicos tradicionales en el Hospital	Simple tolerancia, los médicos tradicionales son una isla al interior del Hospital	Relación con intercambio enriquecedor entre proveedores de salud y médicos tradicionales procurando adecuación y complementariedad positiva.
Médicos Tradicionales del Hospital	No reconocidos por la Comunidad	Médicos tradicionales del Hospital fortalecidos y reconocidos por la comunidad actuando con el personal de salud del hospital.
Infraestructura del Hospital	Con modelo arquitectónico contemporáneo sin relación y adecuación cultural al área en la que fue construida	La infraestructura esta adecuada y ornamentada de acuerdo a la necesidad de los usuarios respetando la cultura y tradiciones de la población
Calidad de atención en salud del hospital Patacamaya	Baja calidad de atención en salud percibida por la población y por los proveedores en salud.	Calidad de atención certificada por el Ministerio de Salud y Deportes de acuerdo a los requerimientos de la normativa vigente.

Adaptación de Dr. Alex Federico Gómez Sánchez Molina 2006

[20] Elia Beatriz Pineda y otros, Metodología de la Investigación, Segunda Edición, 1994, pág. 132

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Usuario/as del Hospital
- Proveedores de salud del Hospital Patacamaya
- Relación entre proveedores de salud y los médicos tradicionales en el Hospital
- Médicos Tradicionales del hospital
- Infraestructura del Hospital

VARIABLE DEPENDIENTE

- Baja cobertura de atención en salud del hospital Patacamaya
- Insatisfacción de los usuario/as que reciben atención en el Hospital Patacamaya.
- Servicios de salud con poca adecuación cultural integral y respeto a realidad local de la población de Patacamaya.

VARIABLE INTERDEPENDIENTE

- Mejorar la satisfacción de los usuario/as que acuden al Hospital Boliviano Español de Patacamaya.

5.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

Se detallan a continuación:

- Observación
- Encuestas
- Grupos Focales
- Entrevistas a profundidad

5.8 Instrumentos:

El instrumento a utilizar será una guía de entrevista y encuesta individual y en grupos focales tanto a personal de salud y población (ver anexos).

VI. RESULTADOS Y ANALISIS

6.1 Resultado General:

Se identificaron diferentes problemas por el personal de salud y población entre ellos se identifican 4 principales:

- Falta de recursos económicos y que afectan en la oportuna dotación de insumos y medicamentos, etc.
- Demora en la atención en consultorios y emergencias (personal de caja nuevo y sin capacitación, personal de salud fuera del lugar de trabajo.
- Ambientes de atención muy fríos en época de invierno (puede ser la razón por la que el personal sale a tomar sol).
- Falta de coordinación entre el mismo personal medico y de enfermería para atender rápido.

6.2 Resultados Específicos

En cuanto al grado de satisfacción de los usuarios que acuden al Hospital Boliviano Español Patacamaya el 25% opinó que no atienden bien, por lo tanto la cuarta parte de las personas se van insatisfechas de la atención médica, recordando que por cada atención con calidad el fenómeno multiplicador llega a tres y por cada atención de mala calidad esta se difunde a nueve o diez personas, siendo por ello que la percepción de buena atención a nivel de la población es baja quizá por este fenómeno estadístico que se multiplica sin duda en asambleas, cabildos u otros eventos donde se agrupa la población.

El problema de atención en salud percibido por:

El personal de apoyo que trabaja en el Hospital Boliviano Español son los problemas administrativos que dificultan una adecuada dotación de medicamentos e insumos para la población, falta de coordinación y comunicación entre el personal de salud (trabajo en equipo), también la inestabilidad laboral del personal del municipio en caja y el abandono de sus consultorios del personal de salud (médicos y enfermeras) afectan en la tardanza en la atención medica causa principal de insatisfacción identificado por este personal de salud;

La población del municipio que fue entrevistada coincidió con las principales causas de insatisfacción de los usuarios: tardanza en la atención por que los médicos no están en sus consultorios, tardanza en la entrega de fichas u órdenes de atención y falta de medicamentos en farmacia.

Durante las encuestas y entrevistas a la población se demostró que en primera instancia cuando surge algún problema de salud en sus familias acuden a:

- Medicina Casera o auto – cuidado (Farmácia)…….67%
- Curandero o yatiri o naturista…….....10%
- Consultorio Particular……..…6%
- Hospital Patacamaya……...15%
- Otro centro de Salud ……2%

TOTAL …..100%

Por lo que debe fortalecerse la difusión de comunicación para el cambio de conducta especialmente en prácticas o hábitos saludables de auto cuidado o auto atención.

En cuanto a la cobertura de atención de los médicos tradicionales que trabajan al interior del Hospital Boliviano Español de Patacamaya dedo señalar que durante los meses de Enero a Agosto fueron:

- Enero……..7 pacientes
- Febrero…… …14 pacientes
- Marzo……..2 pacientes
- Abril……9 pacientes
- Mayo……3 pacientes
- Junio……....6 pacientes
- Julio……..4 pacientes
- Agosto……3 pacientes

TOTAL 48 PACIENTES

Atendidos en ocho meses, entre las principales causas de consulta están:

- Inflamación de la matriz
- Sobre parto

- Luxaciones
- Susto o sajra en adultos y niños
- Atención de partos en domicilio

Indagando la percepción de los médicos tradicionales indican que existe:

- Falta de información y promoción de la atención de medicina tradicional al interior del hospital.
- Falta de recursos económicos para promocionar su atención
- No cuentan con metas de atención por lo que el número de consultas les es indiferente ya que en el hospital no se les invita a los CAI (Comité de Análisis de la Información en salud) y no toman ni aprovechan con interés la producción de este servicio tradicional.
- La atención de los médicos tradicionales a lo largo de este tiempo de más de una gestión fue de simple tolerancia por los médicos de planta del hospital sin el verdadero intercambio enriquecedor de experiencias, y tampoco existe una persona en informaciones que oriente y permita ofrecer estas dos alternativas.

En cuanto a la importancia de que el personal de salud hable el idioma nativo del sector durante la atención médica, opinaron lo siguiente:

Personal de salud:	65% importante
	35% irrelevante
Población	70% muy importante
	30% les daba igual ya que ellos podían expresarse en cualquiera de los dos idiomas.

Por lo que se coincide con que el personal de salud en pleno debe capacitarse para hablar el idioma del sector en el cuál trabajan, en este caso el idioma Aymará.

6.3 Hallazgos en las entrevistas y grupos focales según las Percepciones de Usuario/as y Personal de Salud en la Atención en Salud:

Con este enfoque y la visión desde cada uno de los modelos de atención en salud se determina la existencia de inequidades en las atenciones medicas y de salud a la población, siendo que aquí es donde se tiene que analizar la calidad de atención y

trato que se presta en los establecimientos de salud a los usuario/as, las mismas que se traducen en la satisfacción o insatisfacción por las prestaciones recibidas.

A continuación a través de sus testimonios y la propia palabra de las usuario/as contaran la experiencia que tuvieron en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya, opiniones, experiencias, valores y sentires en las atenciones de salud; asimismo se pretende captar principalmente el respecto que tiene el personal médico hacia las costumbres, cultura y tradiciones de las usuario/as.

En el proceso de la investigación, concretamente en la fase de entrevistas se tuvo dificultades; porque:

a) Algunas de las usuarias disponían de poco tiempo para la entrevista porque, después de haber esperando aproximadamente un promedio de 4 horas (2 horas para adquirir una ficha y 2 horas para entrar al consultorio) en días de mayor afluencia Jueves y Domingo por las ferias de la población, las señoras abandonan el Hospital en forma apresurada para realizar seguramente sus actividades domésticas o comerciales, por está razón respondían las preguntas en forma rápida.

b) El levantamiento de información muchas veces el hospital se encontraba vacío, por lo que se tuvo que reprogramar las visitas los días de mayor afluencia de usuario/as.

6.4 Datos Generales:

La investigación se realizó en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya, el mismo que se encuentra en la zona Central del radio urbano de la población de Patacamaya del mismo municipio 5º sección de la Provincia Aroma de Enero a Agosto de 2006, se entrevisto a 60 pacientes que acudieron a consultas de los diferentes servicios la edad de las entrevistadas fue de 18 a 49 años; respecto al grado de instrucción variaba desde el nivel primario hasta las que no cursaron grados escolares; la residencia de las usuarias entrevistadas eran de distintas zonas de la población de Patacamaya y áreas rurales.

De todos los entrevistadas 55 eran bilingües (Aymará y Castellano), 4 hablaban castellano y entendían aymará y 1 sólo hablaba castellano.

Esta es la realidad que expresaron las usuarias y los usuarios entrevistados:

- ✓ Juana, de 20 años mencionaba “Todos los médicos nos hablan en castellano”, por otra parte Martha de 19 años indicaba “Yo hablo castellano y sólo entiendo un poco de aymara. Es muy importante que en todos los hospitales el personal sea bilingüe porque llegan hermanos del campo y no saben que hacer”, se ve la necesidad de que el personal de salud, por lo menos entienda un idioma nativo, para poder comprender el problema de

salud que tiene el usuario, en especial para aquella población que sólo habla aymará, lo óptimo sería que entienda y hable, pero con solo saludar en el idioma nativo puede dar más confianza.

Sobre el idioma Juana comentaba un tanto resignada que "sólo nos hablan en castellano". Ella supone que los doctores sólo hablan castellano y no aymara, la gente aún no percibe en los hechos que Bolivia es un país supuestamente reconocido como pluricultural y plurilingüe.

Es rescatable lo mencionado por un Médico del Hospital Boliviano Español de Patacamaya quien dijo "Es importante que el personal de salud hable aymará para comprender y explicar mejor al paciente sobre sus problemas y soluciones", esto nos muestra una actitud positiva del médico sobre la necesidad de entender y hablar idiomas nativos, para comprender mejor a las usuarias y los usuarios e informar el tratamiento a seguir.

El 60% de los entrevistados viven en las zonas urbanas de la población de Patacamaya, y el 40% viven en el área rural, esto ocurre, por la accesibilidad que tienen los pobladores del área urbana y no así del área rural que llegan solo días de feria por las movilidades que esos días se despliegan desde todas las comunidades a la plaza principal de Patacamaya.

- ✓ Teresa comentó: "Mi prima me dijo que es el único lugar donde se puede llegar para hacerse curar cuando no atienden la Dra. Sara", un componente primordial identificándose que es la única alternativa de solucionar sus problemas en salud cunado el consultorio particular no atiende.

Del tipo de atención en salud que utilizan en primera instancia señalaron:

- Medicina Casera o auto – cuidado…….67%
- Curandero o yatiri o naturista……..10%
- Seguro que algunos cuentan……0%
- Consultorio Particular……..…6%
- Hospital Patacamaya……....15
- Otro centro de Salud ……2%

TOTAL 100%

Tiempo

Dentro de la encuesta sobre que debería mejorar en el hospital Cerca del 60 al 85 % opinaron que no hagan esperar tanto y que sean amables durante la atención medica.

Para lograr la atención de salud en el hospital, las usuarias y los usuarios deben acceder a una ficha o la orden de atención que en días de feria deben hacer fila, para que de acuerdo al número se les atienda en el consultorio de enfermería para toma de signos vitales y registro haciendo una nueva fila y posteriormente para ingresar a los consultorios deben hacer otra fila, luego de la atención que en ocasiones es muy rápida deben luego hacer fila y cancelaciones en caja y farmacia para recibir sus medicamentos es por ello que la percepción de la demora mas que todo en el sentido administrativo, además de que la consulta se la realiza muy rápidamente en ocasiones por el número de pacientes.

La Señora Escolástica de 41 años, mencionaba "He venido a las 8 de la mañana y las 9: 00 me dieron la ficha, pero espere mucho por que los médicos dice que estaban desayunando y me atendieron a las 10:00. Las primeras veces tardaba más ahora que me conocen me atienden rápido". Si hacemos cuentas, está señora desde que se levantó hasta que salió del hospital invirtió aproximadamente 4 a 5 horas de su tiempo.

Se levantó probablemente 6:30 a.m., a la 9:00 le dan ficha, a las 10:00 empieza la consulta y a las 11:30 aproximadamente ya está de regreso en su casa, sale temprano como dice ella porque es la primera o segunda ficha.

Las señoras que llegan como a las 7:30 van saliendo 11:30 a mediodía.

Paula, de 20 años "Espere más de una hora, por la ficha…"

Vilma de 38 años "Lo que molesta es que no abren en cuanto llegan, para entregar las fichas, tardan en abrir casi 10 minutos, atienden rápido pero igual se tarda en esperar a los médicos o a las enfermeras".

Claudia, 28 años "Yo llego en la tarde por que en esa hora es vacío y no esperas mucho".

Las usuarias esperan un promedio de 1 a 4 horas para recabar la ficha, ser atendido por el medico y recibir su tratamiento

Después de que la usuaria tiene ya en su poder la ficha o la orden de atención para ser atendida por el personal médico, debe continuar esperando para entrar al consultorio, Martha de 20 años "Esperé más de dos horas para que me atienda el doctor porque estaban en cursillo en el auditorio", si bien las fichas entregan a las ocho treinta de la mañana la atención de consulta externa comienza a partir de las

nueve de la mañana, porque el médico cumple otras actividades como marcar el libro de asistencia, visita médica, corroborando con la interna del SSSRO entrevistada de 24 años " El doctor generalmente comienza a trabajar en consulta a las nueve de la mañana, por otra parte hay mucha negligencia en archivos de historias y algunas veces hasta se dan pérdidas de historias clínicas teniendo que sacar una nueva sin saber del seguimiento de la enfermedad en el caso que sean reconsultas".

La calidad de la atención, tiene que ver también con la organización interna del Hospital y si se tarda en encontrar la historias clínicas o peor aún si se extravían " tardan mucho en buscar la información personal (Historia clínica)", las usuarias esperan un promedio de 2 horas para que les atiendan porque tardan por una parte en encontrar las historias clínicas y los médicos deben realizar primero las visitas a las usuarias y los usuarios internado/as y a las nueve de la mañana empiezan la atención en la consulta.

Hay usuarias y usuarios que invierten de 3 a 4 horas para tener una consulta de 10 a 20 minutos y a veces menos.

Es posible que está demora del servicio sea otro de los factores que influyen en la insatisfacción de los mismos en cuanto a la atención recibida.

La oferta adecuada de la atención médica en los servicios, no está directamente medida por la duración de la consulta, pero consultas muy rápidas donde el médico tiene, que examinar, determinar el diagnóstico y explicar a las usuarias y los usuarios el estado de su salud y el tratamiento que tiene que seguir y que a veces no entiende el idioma nativo del sector, "Me atendió en 5 minutos la doctora, porque sólo es control y es gratis". Menciona de manera resignada; con una atención de cinco minutos, las usuarias no se sienten satisfechas y son estos factores que contribuyen a mantener o empeorar las condiciones de desigualdad de atención en salud, por otra parte el hecho de considerar la atención "gratuita", hace que la usuaria en forma sumisa acepte una consulta rápida, sin considerar que la atención en realidad es pagada a través de los impuestos por toda la población y es derecho el percibir la atención y la misma debe ser con calidad y de acuerdo a la normatividad del Ministerio de Salud y Deportes, dejando de lado el modelo actual de atención centrado en la atención médica e individual.

Miriam, 28 años "10 a 15 minutos, me parece poco tiempo porque nos atienden muy rápido, casi no hay explicación, mis dudas sobre el tratamiento no las pude hacer porque hay tantas pacientes esperando, así no se pueden hacer preguntas. Una ve al doctor como está apurado. Me hubiera gustado que me explicara todo. De lo que tengo que comer no el doctor no me dijo nada, no hay donde preguntar"

Se observó que las usuarias son atendidas en un promedio de 10 a 15 minutos en la consulta y luego que salen del consultorio abandonan el Hospital en forma apresurada, debido tal vez a que tienen algo pendiente por hacer en el hogar o el

trabajo, es importante hacer notar que si bien no se puede medir la calidad de atención por el tiempo de atención, pero es desproporcional el tiempo de espera con el de atención, siendo que no existe un buzón de quejas y sugerencias que funcione adecuadamente con carácter participativo entre la comunidad y personal de salud.

Los ambientes del hospital deben contar con señalización adecuada para que las usuarias y los usuarios, puedan ubicar las dependencias, las mismas que deben de adecuarse para población alfabeta y analfabeta, asimismo debe adecuarse a la cultura, en este caso del Hospital de Patacamaya, siendo un Hospital de referencia de la Red de Servicios Nº 12 lo más aceptable es que debe ser bilingüe hasta tal vez con dibujos, para que todas las usuarias y usuarios puedan ubicarse con facilidad.

Los recursos tangibles se refieren a todo lo que hay en el establecimiento, se refiere tanto a la parte de infraestructura, equipamiento, mobiliario, medicamentos e insumos que debe existir en un establecimiento de salud de acuerdo al nivel de complejidad.

Un médico entrevistado mencionó que "…No tenemos recursos y el Ministerio de Salud y SEDES no se preocupan por incrementar los recursos humanos ya que el personal es insuficiente para cubrir las demandas de la población necesitamos trabajadora social, nutricionista, más enfermeras y especialistas, además de que existen y han existido problemas administrativos que dejaron al hospital en bancarrota" personal de salud reclama por la debilidad que tiene el Hospital Patacamaya, en recursos humanos, la misma que es "insuficiente" indicó el entrevistado, para prestar la atención que quisieran dar a todo/as las usuarias y los usuarios; y también si bien es cierto que se necesita ampliar y mejorar la infraestructura, pero es cierto que se puede mejorar la calidad de la atención con la infraestructura que existe, mejorando la organización, voluntad y compromiso para mejorar la atención y el trato hacia las usuarias y los usuarios .

El hospital cuenta con un área destinada a informaciones, la misma que a su vez funciona como control de personal del hospital, dejando un vacío de un sistema de información dirigida hacia las usuarias y los usuarios, la enfermera de consultorio comentó "Los pacientes, a veces no preguntan y están esperando en los asientos, a veces preguntan antes de leer, los letreros son claros", estando dentro de la cultura de la población de que las usuarias prefieren preguntar antes de leer, pensamos que es prioritario contar con un espacio exclusivo de información dirigida a la usuaria o una facilitadora que las oriente en el proceso de consultas medicas.

Es necesario mencionar que el procedimiento de comunicación interpersonal se basa en: el proceso de escuchar y dar información a la usuaria muy amablemente.

El proceso de escuchar y dar información en la sala de espera, no se efectúa, ya que las usuarias y los usuarios cuando llegan no preguntan y si lo hacen algunos funcionarios muestran una postura rígida sin empatia.

La sala de espera del Hospital Boliviano Español de Patacamaya, donde esperan las usuarias y los usuarios para acceder a la consulta médica, no se difunde ningún material informativo, ni educativo, se podría aprovechar ese espacio para difundir material educativo sobre la temática de salud intercultural.

Si bien cuando las usuarias y los usuarios esperan no se realiza ninguna actividad informativa, ni educativa, no se noto en el rostro de las usuarias y los usuarios cansancio, sino más bien parecían estar resignadas a la espera.

Asimismo no existen asientos suficientes para todas las usuarias y los usuarios, y no se considera que hay mujeres gestantes o mujeres que van con niños en brazos para realizar el control de pediatría, a pesar de todo las usuarias no reclaman de este problema.

Partiendo de la premisa de "Atención con Calidad", la misma que comienza cuando el usuario/a entra al servicio y donde se debe de guiar por la señalización que tiene que existir en el establecimiento para poder acceder a los servicios que requiere, es necesario considerar la situación de las usuarias y los usuarios, se mencionan 4 actitudes que debe poseer el proveedor de salud y el primero tiene que ver con la situación captada "1.- Empatía.- Tratamos de comprender en profundidad como las usuarias y los usuarios y su familia se están sintiendo. Tratamos de imaginarnos cómo es el estar en la situación de la paciente. Nos ponemos en su lugar".

El embarazo y el parto son procesos naturales, pero no libres de riesgo, mujeres y niños mueren por falta de acceso a los cuidados de salud básicos y a los cuales tienen derecho.

Es necesario mencionar la importancia de la consulta prenatal porque permite prevenir futuras complicaciones, durante el embarazo y el parto.

Es necesario hacer notar que a pesar de la imposición de la medicina occidental, el uso de la medicina natural, especialmente de la toma de "mates", se la realiza por la transmisión de conocimientos de generación en generación, María de 41 comenta "Tomamos mates cuando estamos mal" mayormente no tiene efectos secundarios la toma de mates caseros, sin embargo es necesario mencionar que injerir medicamentos químicos al margen del control médico es más riesgoso.

En el área rural la automedicación de productos farmacéuticos se da muchas veces por la falta de personal médico a una distancia accesible.

En cambio, en el área urbana, en todas las clases sociales se da generalmente para no perder mucho tiempo. Justino que tiene 30 años y lleva a su hijo a consultar por que esta muy mal, informó que acostumbraba ir con la "doctorita" de la farmacia porque "es muy buena y atiende bien, uno le explica qué tiene y qué le duele y al rato te da el medicamento para esa enfermedad".

Al parecer, lo que el señor Justino valora es la capacidad de escucha y paciencia de la doctora que atiende la farmacia. Aspecto que en la palabra de las entrevistadas no es común en el hospital, dada la premura de atención entre 5 a 20 minutos aproximadamente que son atendidas las usuarias y los usuarios en el hospital.

Es posible que este aspecto de la consulta fugaz y rápida sea uno de los problemas de insatisfacción de las usuarias y probablemente tenga que ver con la baja de cobertura en consultas prenatales del Hospital La Paz

Doña María de 28 años comento "Con nadie me hice atender antes de venir al Hospital, es mi primer control, estoy esperando de 5 meses y no hubiera venido, si no me hubiera lastimado, hice un movimiento fuerte, me lastime por eso vine, sino hubiera venido hasta el último, porque todo era normal", las señoras no consideran necesario el control prenatal, esto debido a que no se informa sobre la importancia del mismo, que en algunos casos, puede inclusive prevenir la mortalidad materna – infantil.

Respecto a la confianza. Rosa de 20 años y que va a tener a su primer hijo, decía "no quisiera que me atiendan los muy jovencitos porque no saben y nos atienden más rápido".

Existe desconfianza respecto a los médicos que son considerados como practicantes. Nos preguntamos si a las mujeres se les consulta previamente sobre el hecho de que van a ser atendidas por estos médicos, cuáles las condiciones para solicitar por lo menos la venia de la usuaria que está en todo su derecho de exigir ser atendida por un médico profesional y experimentado.

Hubo mujeres que estuvieron motivadas para asistir al Hospital porque:

a) Por que es barato

b) Por que hay medico bien preparados

c) Por que atienden rápido

d) Porque el parto es gratis, porque no me cobran;

e) Porque es una construcción nueva.

Trato

La relación que debe existir entre las usuarias y el médico comienza en situaciones muy simples que podría ser un apretón de manos, un saludo, en una investigación realizada en un Hospital cubano demostró que "...el médico gana más confianza en su terreno cuando se le acerca, lo saluda de mano, le examina y así le demuestra su auténtico interés de sanarlo...el simple "apretón" de manos hacia los pacientes

era muy valorado por estos, confiriendo con este acto un elevado significado de respecto, seguridad y confianza (Gonzáles, R y Donaire I 1979 pág. 16).

Las usuarias dentro de sus derechos y conociendo los mismos debe exigir un trato satisfactorio, es importante que el usuario/a sepa que debe recibir atención con calidad, que tiene que integrar aspectos del estado corporal, mental como la relación con el entorno ambiental y social.

Si bien es cierto que el trato que reciben las usuarias por parte del personal médico, puede significar un obstáculo si este es discriminatorio o incrementar la afluencia de usuarios si es bueno.

Es frecuente escuchar la queja por frialdad, maltrato, sin empatia, humillación y un trato denigrante hacia las usuarias y los usuarios; si bien la calidad de la atención no sólo tiene que ver con el trato, sino que es parte de la misma, pero el mal trato provoca la insatisfacción por parte de las usuarias y los usuarios.

La norma boliviana de salud, en la cuarta actitud positiva del proveedor de salud establece que "Atención.- Prestamos atención cuando mostramos a la usuaria y usuario con nuestro cuerpo y lenguaje que estamos completamente presentes, saludamos y sonreímos amablemente. Mostramos interés, calidez, preocupación, presencia, honestidad, credibilidad, respeto confianza genuina, y deseo de ayudar, no permitimos interrupciones."

La subestimación de la capacidad de compresión de las usuarias que se supone no han llegado a cierto nivel de educación formal es grande; esto tiene sus efectos porque todos necesitamos entender lo que nos pasa para tener la confianza en el proceso de curación; María, de 20 años "El doctor no nos explica, nos atiende rápido, es que es gratis", la usuaria acepta con resignación el hecho de que el personal de salud no le explique, tal vez debido a que no sabe que tiene el derecho de recibir información adecuada, corroborando esta situación, Dña. Gregoria de 27 años, decía "En la consulta el médico casi no te explica, porque te atienden rápido....respecto al tratamiento lo mismo, no tienen tiempo!. Estoy insatisfecha, no te pueden explicar de tantos pacientes que tienen".

Por otra parte, Tomasa, de 41 años mencionó "Me dijo que tengo que cuidarme y comer bien. La doctorita que me atendió explica bien".es necesario mencionar que existe también personal de salud que informa y explica a las usuarias.

Esther de 24 años" Explica porque yo le pregunté, sino no explican nada, sólo explican cuando uno les pregunta.", aquí vemos que la usuaria reclama un derecho que tiene para obtener información.

La señora Juana dijo que sintió vergüenza cuando le examinaron, porque, primero ella no sabía que se hacia el tacto, no obstante que ya había tenido dos hijos pero en su casa "la doctora estaba con una enfermera, sentí vergüenza, no sabía lo del

examen en la parte intima, es la primera vez que hago prenatal porque soy mayor, mis otros hijos los tuve en la casa..."como ella tiene 41 años en su familia le recomendaron ir al hospital.

El testimonio de Doña Juana nos dice que nunca le habían hecho el tacto vaginal, que ni siquiera sabía que existía tal revisión, cosa que le sorprendió mucho. La partera que le atendió de sus hijos, no le hizo tacto ni examen genital, con ello se confirma el comentario de que las "parteras no tocan", no hacen tacto a veces ni siquiera para medir la dilatación. Sus mecanismos de observación y pericia son diferentes a las practicadas por la gineco – obstetricia; cabe hacer notar que la señora igual sintió vergüenza frente a dos mujeres: la doctora y la enfermera, porque generalmente manifiestan más recelo frente a los hombres médicos.

Por otra parte mostraremos a continuación sentires de algunas entrevistadas, María, de 20 años menciona "Siempre se siente vergüenza, pero es mejor cuando nos atienden varios doctores".

La Sra. Gregoría, de 27 años "Estaba sólo la doctora, no sentí vergüenza porque es normal que te revisen", la usuaria reconoce la profesionalidad del doctor/a.

Rosa, 18 años "Sentí vergüenza, me sentía otra clase... rara y tenía duda de que lo que me hacia; no se sí, el tacto vaginal es correcto?". Lo que hay que investigar más a fondo, es por qué las mujeres tienen dudas sobre "lo correcto" ó no de los tactos vaginales; tema que tiene que ver con la sexualidad tanto de los médicos y las usuarias.

La vergüenza frente al doctor varón fue más manifiesta, aunque en general lo es frente a la persona ajena.

Este tema requiere de mayor profundidad en la investigación, la sexualidad en sus formas de manifestarse es muy compleja.

El "nombrar", "mirar" y "tocar" los genitales femeninos son temas tabú aún poco profundizados que se relacionan con aspectos psicosociales y culturales de la sexualidad y su respectiva idiosincrasia.

Hay mujeres que consideran que "nadie debe hurgarlas y que sólo su esposo tiene derechos sobre ellas". Para algunas mujeres, la primera consulta prenatal puede ser traumática dependiendo de la forma que haya sido tratada.

La mayoría de profesionales:

- No explica a la usuaria sobre los procedimientos de revisión clínica que esta realizando. En general, se procede casi rutinariamente a la revisión de las usuarias y los usuarios, sin explicarle el por qué de estos procedimientos.

- Con ello, la experiencia traumática que significa la revisión médica para varias mujeres del área rural especialmente, no se aminora, sino, por el contrario, se profundiza.

Virginia que tiene 18 años prefiere que la atienda una doctora porque "así estaría más tranquila, porque es mujer igual que uno". Saturnina decía que prefería a la enfermera "porque es mujer y sabe lo que es tener un hijo".

Es decir, que más vale la experiencia vital que sólo el conocimiento. El hecho de que la obstetra haya tenido hijos da más seguridad y confianza. Por eso concluía Luisa de 24 años "Las mujeres sabemos lo que es tener a los hijos ¿no?".

Se trata de una carga cultural que valora más a la mujer como "obstetra – partera". Pero sobre las preferencias hubo una joven de 23 años que dijo explícitamente que prefería un doctor porque había tenido una mala experiencia con las enfermeras, "nos riñen y gritan, especialmente a la gente humilde y del campo tratan muy mal" comentó.

La señora Juana, de 41 años, tuvo dos hijos en casa y ha sido atendida en ambos casos por partera. Informa que con el tercer hijo que va a tener, viene a las consultas prenatales porque una persona de su familia que le ha revisado le recomendó que por su edad, era mejor fuera a hacerse atender al hospital.

Una vez más se corrobora que el parto atendido en casa continúa vigente. La motivación de Juana respecto a la asistencia al hospital no fue propia sino que un familiar la derivo a la asistencia biomédica. Una medida de prevención por la edad de la mujer.

La experiencia que tienen las usuarias sobre costumbres y cuidados antes, durante y después del parto están relacionada, principalmente con lo frío y caliente, y la integridad del cuerpo

Patricia, 24 años "Me dijeron que aquí atienden bien, por eso vine desde otro municipio"

Martha, 20 años "Aquí atienden bien, me dijo mi prima por eso vine"

Las usuarias entrevistadas, solicitan se respete su condición humilde y a todas las atiendan por igual

La norma establece que una actitud positiva tiene que tener el proveedor de salud es "Aceptación.- Aceptamos a la persona tal como es, con sus costumbres y cultura, sin querer cambiarla ni reñirla por lo que es. Un (a) proveedor (a) de servicios de

salud sensible no es moralista ni crítico(a) acerca de lo que la usuaria y su familia le cuentan; siempre nuestro respeto"[21]; por ejemplo dejar utilizar a los pacientes elementos rituales para su sanación como Guías de dinamita, etc.

Respecto a la posición al parir, las mujeres que han tenido su primer hijo en hospital, tendieron a responder la pregunta que indaga sobre preferencia de posición, que querían tener en posición "normal", es decir "echada". A otras, la pregunta les sorprendió porque no sabían que existen diferentes posiciones para el parto. Se trataba más bien de mujeres jóvenes.

Sin embargo, Cecilia de 27 años, con 3 meses de embarazo del primer hijo, nacida en la ciudad de La Paz y con estudios en la universidad decía *"No sabía que posición es la adecuada, se que hay diferentes posiciones y que es difícil de echada. A otras se que les trataban de hacer sentar. No se……".*

Otro aspecto que llama la atención es el hecho de que algunas mujeres en lugar de decir "estoy embarazada" dicen *"estoy enferma"* y otras como Regina utilizan está denominación para el momento mismo del parto *"aquí en el Hospital me van a atender cuando me enferme"*. Otra mujer decía *"Aquí me voy a desenfermar".*

También el hecho de ingerir algunos mates como pujantes que en algunas experiencias fueron efectivas, es por ello la importancia de realizar investigación científica al respecto de su utilización. No se pudo investigar más a fondo el por qué conciben el embarazó y el parto como una enfermedad.

Pero en todo caso, las cifras de la baja cobertura en consultas prenatales no coinciden con la actitud de las mujeres, porque por un lado se conciben enfermas pero sólo vienen al Hospital para la atención al momento del parto y no así a las consultas prenatales.

Para ilustrar más este comentario, recogemos la percepción sobre este aspecto de la Sra. Felipa que nos dijo "hice un movimiento fuerte y me lastimé y por eso vine (al hospital), no hubiera venido (a las consultas) hasta el último porque todo era normal". Es decir, que Felipa no sabía para qué son las consultas prenatales, no percibe el sentido de prevención, se viene al hospital únicamente si se está enferma o aparece una complicación, y a la hora misma del parto.

Si ella no se hubiera "golpeado en la barriga" al quinto mes, no hubiera venido para nada a la consulta prenatal.

[21] Norma Boliviana de Salud, pp. 48

VII. CONCLUSIONES:

Es necesario que el personal de salud cumpla las políticas pluriculturales dirigidas a la atención de las usuarias y los usuarios.

Las percepciones captadas sobre la calidad de atención y la satisfacción de los usuarios son:

En cuanto a las relaciones humanas es importante fortalecer a todo el personal de salud que debe realizar prácticas de interculturalidad, hablar el idioma aymará, empatia en la atención y paciencia para esta, que la atención sea con cariño con "C" de Calidad y Calidez

Las usuarias y los usuarios se quejan de la atención de los médicos, ya que estos no les explican el motivo de su enfermedad, y los cuidados necesarios que debe seguir una determinada enfermedad por lo que debe mejorase a mi juicio:

a) Calidad para la usuaria y el usuario (Resolución del problema de Salud respetando valores y costumbres),

b) Calidad administrativa (Institucional) y

c) Calidad profesional.

También con la finalidad de mejorar la satisfacción de las usuarias y los usuarios que reciben la atención médica y respetar las costumbres de estos se recomienda lo siguiente:

Aconsejar al Hospital para que coloque un buzón de sugerencias y quejas con funcionalidad participativa entre el personal de salud y la población.

Recomendar al establecimiento de salud, para que busque estrategias para disminuir el tiempo de espera de las usuarias y los usuarios ya que como vieron es un problema principal, por lo que mejorando las rutas de atención en todas sus dependencias será fundamental.

Que haya facilitadores – educadores en la sala de espera y recepción para brindar información clara y adecuada a los pacientes, para que estos profesionales aceleren y gestione una muy buena atención de salud a todos los usuarios.

Capacitar al personal de salud para que sea bilingüe, hablando el castellano y aymará, estando preparados para entender la importancia del idioma en el relacionamiento y ofrecer una atención con calidez y calidad

Hacer a través del DILOS y la Dirección del Hospital convenios con las Universidades Estatales y Privadas para que los estudiantes de Sociología, Trabajo

Social, Antropología, Comunicación, Idiomas puedan hacer sus trabajos de investigación o de apoyo en este tipo de Hospitales.

Apoyo en la extensión Educativa intersectorial.

Formación intercultural con metodología participativa para todo el personal de salud médico y de enfermería junto al personal administrativo.

VIII. RECOMENDACIONES:

Entre las recomendaciones de este estudio a la gestión del hospital para mejorar su satisfacción de las usuarias y los usuarios, comenzar por algunas sugerencias expresadas por los entrevistados, detalladas a continuación:

Que el personal de salud tome cursos de relaciones humanas para *"dar un mejor trato a las pacientes y aprendan a aceptar observaciones y críticas"* procurando empatia en el profesional de la salud del hospital.

Que haya personal bilingüe (Aymará – Castellano) que atienda, esto es importante *"para las usuarias y los usuarios del campo que vienen aquí y que no saben expresarse bien en castellano"*.

Que las consultas sean más extensas y con explicación detallada, por lo que deben mejorarse las rutas de atención y agilizarse el tiempo de espera en todos los niveles de esta ruta del paciente.

"Más Claridad", en las explicaciones, uso de lenguaje más sencillo y accesible para las usuarias y los usuarios por parte de médicos.

Que todos los médicos que atiendan sean profesionales y no practicantes

Trato con mayor paciencia y cuidado

"Que en la sala de espera haya una persona que esté explicando y dando charlas a las mamas, mientras esperamos consulta porque sabemos que los médicos atienden rápido porque hay mucha demanda o la instalación de un televisor con videos educativos".

Que se implemente el programa de radio o televisión, para ayudar a la población a vivir bien.

Es importante que el hospital deba mejorar todos sus problemas administrativos, de gestión en coordinación con el DILOS, es necesario incrementar recursos humanos en enfermería, trabajado social, educadoras, etc., para ayudar a recibir a los pacientes y explicar, convencer y gestionar para ellos el mejor trato para que este salga satisfecho de la atención recibida.

También trabajar con todo el personal de salud para sensibilizarlo y fortalecerlo en practicas interculturales con premiación a las mejores iniciativas a través del DILOS – Gobierno Municipal y SEDES La Paz.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANEAS ÁLVAREZ, María Asunción: Competencia Intercultural, Conceptos, efectos e implicaciones en el ejercicio de la ciudadanía. Revista Ibero Americana de Educación (ISSN: 1681-5653). (2003). (pp. 1-10).

- ALMAGER GONZÁLES, José Alejandro: Lineamientos Interculturales Para El Personal De Salud. La Cartilla Nacional por la Diversidad Cultural de México. (2005). (pp. 1,2) http://dgplades.salud.gob.mx/dmtdi.html

- ARGOS VERGARA EDITORIAL, Gran Diccionario Enciclopédico Universal. 1978.

- BURGOS LINGÁN, María Ofelia, "El Ritual del parto en los andes", Perú, 1995

- BENGOA, JOSÉ: La Emergencia Indígena en América Latina. FCE. México. (2000). (p. 1).

- CAMPOS NAVARRO, Roberto, "Curanderismo, medicina indígena y proceso de legalización", Editorial: UAM – GV editores México, 1997

- CARREAZO PARIASCA, JIMMY; Salud Intercultural – Atisbos de un enfoque multidisciplinario, Temas de Opinión, Pediátrica 2004 Rev., pág. 101 – 106.

- DE LUCA CITARELLA y Otros, "Sistemas Médicos en un Contexto Cultural Multiétnico", Editorial: Sudamericana - Santiago de Chile, 1995

- DAVID WERNER Y HIL BOWER, aprendiendo a promover la salud, 12º edición, Editorial Fundación Hersperian, 2000, pág. 119, 418.

- DIBBITS, INEKE; DE BOER MARISKA. Encuentros con la propia Historia, Inter culturalidad y Trato Humano. La Paz, Bolivia. TAHIPAMU. (2002).

- GILMORE, Carol; De Moraes Novaes, Humberto "Manual de Gerencia de la Calidad". Organización Panamericana de la Salud, Fundación W.K. Kellog, 1996.

- HERNANDEZ RUIZ, Alma Delia "Un marketing especial para los servicios". Universidad de la Habana, Cuba, 2002.

- INASET. Promoción y Motivación en Calidad Total. La Paz, Bolivia. INASET. (1994). Cap. Fundamentos de la Calidad Productiva y Competitividad. (p. 56).

- LLANQUE DOMINGO, Diego Irrazabal ,"Medicina Aymara", Santiago Mendoza, Editorial: Hisbol, La Paz Bolivia 1994

- Medicus Mundi Delegación Bolivia/AECI, Manual de TRATO DIGNO Y ORIENTACION Y CONSEJERIA, Editorial Prisa Ltda., 2003, La Paz Bolivia.

- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010, "Para que todos vivamos bien", MSD y Unidad de Planificación, Bolivia 2006.

- PINEDA Y OTROS, Elia Beatriz, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, Segunda Edición,1994, pág. 127

- RAMIREZ H., Susana; Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí. Ed.: pág. 117 – 222, Cooperación Italiana. La Paz, 2005.

- RUBIO CEBRÁN, Santiago, "Glosario de Economía de la Salud". Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España. 1995.

- WILLAKUNA, II Post Grado en Salud Intercultural, Programa de formación Aplicada, 2005 – 2006, Potosí, pág. 2 – 9.

X. CRONOGRAMA 2006:

ACTIVIDAD PROGRAMADA	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Oct	Nov.
Selección del tema											
Planteamiento del problema objetivos y formulación de la hipótesis											
Recopilación de la información para la elaboración del marco teórico											
Revisión de perfil											
Elaboración de los técnicas e instrumentos de investigación											
2da revisión del perfil											
Trabajo de campo. entrevista al grupo de estudio, grupo de referencia y personal de salud											
Procesamiento y análisis de la información											
Trascripción de la investigación											
Presentación del informe final											
Defensa del informe final											

XI. ANEXOS

ENCUESTA DE SATISFACCION DEL USUARIO – HOSPITAL DE PATACAMAYA Nº…

1. Zona..... 2. Fecha:...../...../.....

3. Sexo de la persona encuestada: F ☐ M ☐ 4. Edad. .....Años

5. Idioma: Aymará ☐ Castellano ☐ Quechua ☐ Otro.....

6. No de TOTAL _____ personas en casa

7. ¿Cómo se resuelve o a quién recurre cuando surgen problemas de salud?

7.1. Medicina casera ☐ ¿Por qué tiene esa preferencia?

- Confío más en esos remedios ☐
- Mala experiencia Hospital ☐
- Más económico ☐
- Se pierde mucho tiempo al ir al Hospital ☐
- Otro.....

Segunda opción.....

7.2. Farmacia ☐ ¿Por qué se tiene esa preferencia?

- Cuento el problema y me aconsejan un medicamento ☐
- Se pierde menos tiempo ☐
- Es más barato ☐
- Otro.....

Segunda opción.....

7.3. Curandero, yatiri o naturista ☐ ¿Por qué se tiene esa preferencia?

- Porque confiamos en esta persona ☐

Porque no hace daño ☐
Porque es más barato ☐
Porque es más cerca ☐
Otro.....

Segunda opción.....

7.4. El Seguro ☐ ¿Cuál?.....

Segunda opción.....

7.5. Consultorio particular ☐ ¿Por qué se tiene esa preferencia?

Porque conocemos bien a este profesional ☐
Porque este profesional está bien preparado ☐
Buen trato ☐
Otro.....

Segunda opción.....

7.6. Hospital de Patacamaya ☐ ¿Por qué se tiene esa preferencia?

Porque el personal está bien preparado ☐
Dan buen trato ☐
Porque es barato ☐
Otro.....

Segunda opción.....

7.7. CS u Hospital en otro lugar.....

¿Por qué se tiene esa preferencia?

Porque aquí no hay especialidades ☐
Porque no tengo confianza en la atención del Hospital ☐
Otro.....

Segunda opción.....

8. ¿Ud. cree que la atención ha mejorado desde que hay el nuevo Hospital?

Mucho ☐ Poco ☐ Es igual ☐ Es peor ☐

9. ¿Hay algo que se debe mejorar en la atención que brinda el personal de salud del Hospital?

Que no hagan esperar tanto ☐
Que sean más amables, traten bien ☐
Que estén mejor preparados/muestren más interés ☐
Que cumplan con sus horarios de trabajo ☐
Que no atiendan practicantes ☐
Que expliquen mejor ☐
Otro.....

10. Si alguna persona de la familia ha acudido últimamente al Hospital, ¿estaba satisfecha con la atención?

SI ☐ NO ☐ Más o menos ☐ ¿por qué?.....

11. ¿Conoce a alguien que ha tenido últimamente su parto en el Hospital? SI ☐ NO ☐

13.1. ¿Estaba satisfecha con la atención? SI ☐ NO ☐ Más o menos ☐

¿Por qué?.....

12. ¿Alguna persona de la familia se hace atender por el dentista en el Hospital?

SI ☐ NO ☐ ¿por qué?.....

14.1 ¿Está satisfecha con la atención? SI ☐ NO ☐ Más o menos ☐

¿Por qué?.....

13. ¿Puede pasar que alguien de la familia que está mal, no acude al Hospital por miedo?

SI ☐ NO ☐

16.1. ¿De qué se tiene más miedo? De que le riñan/mal trato ☐
De que haya tardanza en la atención ☐
Por vergüenza ☐
Otro.....

17. ¿Usted tiene alguna preferencia en cuanto al sexo del personal de salud que atiende?

SI F ☐ M ☐ NO ☐

18. Por lo que escucha Ud. de la gente del pueblo, ¿qué dicen sobre lo bueno del Hospital?

	Gente	Yo
La atención es barata		
Hay médicos bien preparados		
Atienden rápido		
Tratan bien/con respeto		
Explican bien		
Examinan bien		
Es una construcción nueva/ambientes cómodos		
Nada		

Otro.....

18.1. ¿Ud. tiene la misma opinión? SI ☐ NO ☐

19. ¿Por lo que escucha Ud. de la gente, ¿qué dicen sobre lo malo del Hospital?

	Gente	Yo
Hay que esperar mucho		
No tratan con respeto		
No explican bien		
Los médicos no están bien preparados		
Escaro		
No revisan bien		
Nada		
Otro.....		

19.1. ¿Ud. tiene la misma opinión? SI ☐ NO ☐

20. ¿Existe una instancia que atiende quejas de mala atención por parte del Hospital?

SI ☐ NO ☐

23.1. ¿Cuál? .....

Nombre Encuestador/ra: .....

OBSERVACIONES:.....
.....
.....

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

SISTEMATIZACION DE GRUPOS FOCALES PARA EL PERSONAL DE SALUD

Facilitador:.....

Co-Facilitador:.....

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

1. PERCEPCIONES SOBRE CALIDAD DE ATENCION

1.1. Que entienden por calidad de atención en Salud

1.2. Que Factores influyen para que no exista Calidad de Atención

1.3. Cual es el principal problema que existe para la insatisfacción de los usuario/as que acuden al hospital

2. PERCEPCIONES SOCIO-CULTURALES

2.1. Que problemas socioculturales identifica Ud. durante la atención de los usuario/as que afectarían la satisfacción de estos

2.2. Que Opinión tiene sobre la importancia de hablar los idiomas de la población

3. PLANTEAMIENTO DE SOLUCIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCION DE LAS USUARIAS Y LOS USUARIOS

3.1. Capacitación para mejorar el rendimiento del personal

3.2. Estrategias para mejorar este problema

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

ENTREVISTA A PROFUNIDAD AL PERSONAL DE SALUD

1. Nombres y Apellidos:.....
2. Edad:.....Lugar de Nacimiento:……..
3. Profesión:.....
4. Que opinión tiene sobre Interculturalidad?

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

5. Que iniciativa implementaría que motive al personal de salud de su servicio para que se tomen en cuenta a la Interculturalidad y así mejorar la percepción que tiene la población del hospital?

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

6. Qué opina de la Auto atención, Medicina Tradicional y la atención religiosa de la enfermedades

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

7. Ha participado alguna vez de una Ceremonia Tradicional? Que le pareció?

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

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ
UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES

SISTEMATIZACION DE GRUPOS FOCALES PARA LA POBLACION DE PATACAMAYA

Facilitador:.....

Co-Facilitador:.....

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

1. **PERCEPCIONES SOBRE CALIDAD DE ATENCION** (Tiempo y Trato)
   - 1.1. Como es la atención en Salud en el hospital
   - 1.2. En este Centro Hospitalario existe buena atención en salud
   - 1.3. Que Factores influyen para que no exista buena Atención
   - 1.4. Como evalúa la población la atención en salud que brinda el hospital
   - 1.5. Cual es el principal problema que existe en la atención en salud del hospital
2. **PERCEPCIONES SOCIO-CULTURALES**
   - 2.1. Que problemas socioculturales identifica Ud. durante la atención en salud del hospital
   - 2.2. Se respetan las tradiciones y cultura de la población por el personal de salud
   - 2.3. Qué Opinión tiene sobre la importancia de que el personal de salud hable los idiomas de la población
3. **PLANTEAMIENTO DE SOLUCIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y SATISFACCION DE LAS USUSIARIAS Y LOS USUARIOS**
   - 3.1. Como mejoraría el personal de salud y el hospital para mejorar el rendimiento
   - 3.2. Como se puede enseñar a la población los conocimientos sobre Derechos y Deberes de los usuario/as en salud
   - 3.3. Otras estrategias para mejorar este problema

PERFIL DE PROYECTO DE INTERVENCIÓN

"MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HOSPITAL BOLIVIANO ESPAÑOL DE PATACAMAYA UTILIZANDO ESTRATEGIAS INTERCULTURALES POR LA SATISFACCION DE LOS USUARIAS Y USUARIOS"

I.- ANTECEDENTES

Las actividades de prestación de servicios en las instituciones de salud de nuestro medio se caracterizan por ser constantemente "negativas", toda vez que las atenciones médicas dirigidas a los diferentes pacientes se rigen por determinados problemas burocráticos, negligencia, favoritismo familiar de amistad y otros particularmente hacia los pacientes de origen popular y/o étnico. Tales prejuicios y problemas existentes en los servicios de salud, además de provocar insatisfacción y escasa demanda de servicios de salud por parte de los usuarios de origen étnico y/o popular, provocan conflictos de interacción social entre el personal de salud y los pacientes, los mismos que pueden ser catalogados como conflictos sociales e interculturales, y que expresan en los distintos ámbitos de la vida hospitalaria, generando diversos grados de conflicto en la población en general.

Este fenómeno es particularmente relevante en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya, donde los conflictos sociales e interculturales entre el personal de salud y los usuarios son prácticas que se cultivan cotidianamente.

La atención inadecuada, la burocracia que se observan cotidianamente en el ámbito hospitalario, ocasionan lógicamente reacciones por parte de los pacientes y sus familiares, particularmente en aquellos pacientes y/o familiares cuya vestimenta y aspecto corporal es indígena y, en algunos casos, indigente, pudiendo encontrarse sucios, malolientes, en condiciones higiénicas deplorables.

A esta situación se suma un elemento de carácter estructural, y es que a las instituciones hospitalarias el acceso de los grupos étnicos y/o populares de escasos recursos, no es completamente accesible, más aún tales instituciones ofrecen servicios sofisticados en relación a la realidad sociocultural de la población, lo cual ocurre con aquellos pacientes pobres que requieren tratamientos con un costo considerable dada su realidad económica.

Prueba de esto es que las personas con un índice de ingresos económicos bajos o sin recursos, personas con escaso conocimiento escolar e ínfimo grado de instrucción, con manifestaciones culturales distintas y que no hablan el idioma oficial o lo hablan con dificultad, son las personas que probablemente requieren mucho más de la atención hospitalaria, y de hecho son las que más acuden, pero

desafortunadamente son pacientes que menos calidad de atención reciben y mayores atropellos físicos y culturales sufren.

Entre las causas a señalarse podrían estar la falta de sensibilidad y solidaridad, falta de reconocimiento de la diversidad cultural y desconocimiento de los derechos sociales de los pacientes y particularmente de los pacientes indígenas, no sólo por médicos sino también por enfermeras, administrativos y personal de servicio.

Muchas veces, a nadie preocupa que un paciente sea este urbano pobre y/o indígena no haya sido atendido a tiempo, que el médico se haya demorado mucho al hacerlo, que haya empleado términos biomédicos que el paciente no entiende, que le provoque mayor confusión e inseguridad de la que ya tiene por el sólo hecho de haber llegado al hospital o, finalmente, al prodigarle la atención requerida, se le reproche su condición indigente, y su ser "indígena"

Por todo lo anotado y por la necesidad de promover políticas que contribuyan a resolver la problemática de la insatisfacción de los usuarios y una calidad de atención en salud no acorde a las expectativas de la población, trato y atención inadecuado en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya se propone el presente perfil de intervención.

II. Objetivo General:

Desarrollar un plan y estrategias para mejorar el grado de satisfacción de las usuarias y los usuarios, introduciendo componentes de interculturalidad en la atención de los servicios en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya.

Es importante que el personal de salud participe en el proceso con sus opiniones y aportando ideas, pero que despierte en ellos propuestas de cambio y generar compromisos para mejorar la calidad de atención.

III. Objetivos Específicos:

Implementar un programa de capacitación contínua al personal de salud para mejorar la calidad de atención y asimile conceptos de salud intercultural.

Implementar un programa de difusión radio televisiva de Comunicación para el Cambio de Conducta a la población de Patacamaya promoviendo prácticas saludables en cada uno de los modelos de atención en salud.

Implementar mecanismos para el buen funcionamiento de los buzones de quejas y sugerencias por los cuales la población pueda hacer conocer al personal de salud y autoridades locales las causas de su insatisfacción por los servicios recibidos.

Desarrollar un programa anual de talleres, seminarios, reuniones de sensibilización y socialización de los objetivos del presente proyecto de investigación acción dirigidos a la población.

Desarrollar un curso anual de aprendizaje del idioma aymará al personal de salud del Hospital Boliviano Español de Patacamaya.

El proyecto durante su desarrollo contará con varias fases desde el análisis, diagnóstico hasta conseguir la respuesta participativa de usuarios y personal de salud.

IV. Metodología de Acción:

4.1. Abogacía por la causa.-

Incorporar al Hospital Boliviano Español de Patacamaya a una persona motivada y capacitada para promover la incorporación de interculturalidad en los diferentes servicios de salud del Hospital.

4.2. Trabajo multisectorial y coordinación interinstitucional.-

Identificar y trabajar con otras instituciones que respalden la incorporación de la interculturalidad en el que hacer diario de los proveedores de salud. Supone mantener contacto y coordinación con una serie de instituciones entre las que no podrán estar ausentes las organizaciones comunitarias.

4.3. Capacitación.-

Del recurso humano mediante el aprendizaje de destrezas y habilidades para la operacionalización del enfoque de la realidad socio - cultural para mejorar la satisfacción de los usuario/as.

Además, se tratará de que los funcionarios involucrados en esta problemática, desarrollen destrezas y habilidades, modifiquen su comportamiento y enriquezcan sus potencialidades intelectuales, profesionales y humanas en forma constante, a partir de reconocer el derecho de los pacientes a la salud, y el conocimiento en interculturalidad y aplicar los mismos, para lograr una atención de calidad aplicados a los servicios de salud, enmarcados dentro de la legislación vigente y en estricto apego a los convenios internacionales que rigen, defienden y garantizan el derecho a la salud sin discriminación.

4.4. Implementación de costumbres de usuarias en la medicina científica.-

Se realizará a través de la sensibilización del recurso humano. Luego de un análisis de las concepciones, ideas, prácticas e incluso “tabúes” que se aplican entre habitante de cultura nativa.

4.5. Evaluación.-

A través de entrevistas a usuarias y proveedores de salud, para controlar la aplicación de los conceptos de calidad en la atención con enfoque intercultural.

V. Resultados Esperados:

5.1. Se realizará un plan para mejorar el grado de satisfacción de las usuarias y los usuarios, introduciendo componentes de interculturalidad en la atención de de los servicios en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya en base a:

- Mejorar la gestión directiva y administrativa del hospital.
- Promover el trabajo en equipo con talleres de relaciones humanas y resolución de conflictos.
- Acciones conjuntas de intervención por personal de salud y médicos tradicionales durante la consulta a través de una persona bilingüe que oriente a la población sobre esta atención.
- Comunicación para el cambio de conducta promoviendo conductas saludables sobre todo de auto cuidado o auto atención.
- Interculturalización del servicio quirúrgico a través de la implementación de una mesa de ofrendas andina para involucrar a la familia durante las cirugías y así como efecto placebo ayude en la recuperación del paciente.

También que el Hospital Boliviano Español de Patacamaya cuente con:

La implementación de un programa de capacitación al personal de salud para mejorar la calidad de atención debe llevarse a cabo haciendo hincapié en conceptos sociológicos – antropológicos y de cosmovisión andina.

Se diseñará un programa de difusión radio televisiva de Comunicación para el Cambio de Conducta a la población de Patacamaya promoviendo prácticas saludables en cada uno de los modelos de atención en salud sobre todo en auto cuidado o auto atención, denominado “SUMA JAKAÑA”[22].

Se implementará un programa anual participativo con el personal de salud para realizar talleres, seminarios, reuniones de sensibilización y socialización de los objetivos del presente proyecto de investigación acción para motivar que la atención medica debe procurar satisfacción de las usuarias y los usuarios encabezado por la

[22] Significado del “Vivir bien” en el idioma aymará.

Gerencia de Red Nº 12 quién será el principal responsable de difundir esta estrategia.

Se gestionará con el municipio u otras entidades un curso anual de aprendizaje del idioma aymará al personal de salud del Hospital Boliviano Español de Patacamaya para mejorar la relación medico paciente.

Estos resultados se obtendrán con actividades sistemáticas mediante:

5.1.- ACTIVIDADES:

5.1.1 Análisis y elaboración de diagnóstico:

En base a los resultados obtenidos y de la sistematización de las guías de entrevista y reportes del trabajo de investigación realizada previamente.

5.1.2 Reuniones participativas para la discusión de la propuesta:

Programación de talleres conjuntos para discutir el contenido semántico de las disposiciones jurídicas vigentes en procura de la calidad de atención.

5.1.3 Reuniones para la correspondiente validación del proyecto de intervención

Taller para la presentación de diseño final de los objetivos del presente proyecto.

5.1.4 Presentación oficial del proyecto de intervención

Presentación oficial del proyecto a las autoridades municipales, departamentales y del hospital y representantes de la cooperación internacional.

VI. Productos y Resultados Finales Esperados:

a. Con el desarrollo de programas de capacitación, sensibilización y difusión de los derechos de los usuarios, bajo un enfoque intercultural y dentro los marcos jurídicos que regulan la relación médico paciente, se intervendrá en los factores productores de la discriminación en los servicios de salud, para mejorar la calidad de atención y satisfacción de los pacientes y/o parientes elevando el espíritu de servicio de profesionales médicos, enfermeras y trabajadores administrativos del Hospital Boliviano Español de Patacamaya.

b. Conseguir la Comunicación para el Cambio de Conducta en la población de Patacamaya promoviendo prácticas saludables en auto atención y el uso de la medicina natural en primera instancia además de utilizar la riqueza ya realizada por la estrategia AIEPI y las 16 prácticas o hábitos saludables clave para la familia.

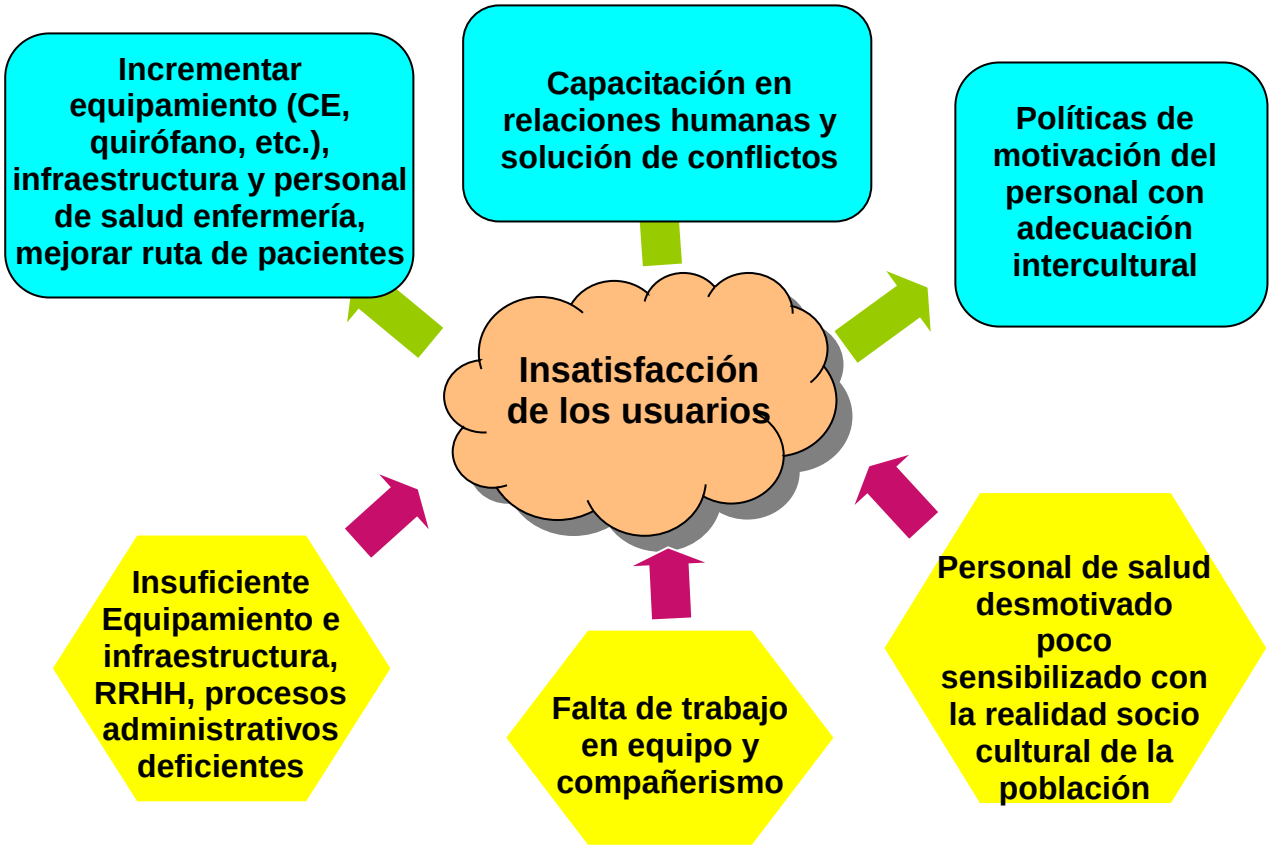
c. Realizar un manual de funciones, protocolos y flujo gramas señalarán y dejará establecido los mecanismos que el usuario deberá seguir para la atención de su queja y aplicar los mecanismos de control y mejora por el personal de salud.

d. Lograr a través del sistema comunicacional masivo la sensibilización y socialización de los objetivos del presente proyecto de investigación acción para el fortalecimiento de las actividades de la autoridad municipal en salud y así encarar y resolver la problemática de salud en el municipio, por medios de comunicación involucrados en la promoción de los derechos humanos y de los usuarios en su conjunto para ejercer un control permanente a través de distintos organismos sociales y comunitarios de la región y garantizar el legítimo derecho a la salud.

e. Mediante la capacitación gradual al personal de salud en el aprendizaje del idioma aymará al personal de salud del Hospital Boliviano Español de Patacamaya se logrará mejorar la calidad de atención bajo un enfoque de salud intercultural.

Por lo expuesto, la utilidad práctica se la percibirá, a partir de los resultados de superación de la problemática y los mismos se aplicarán bajo las estrategias de capacitación y acciones de cambio a fin de contribuir en la mejora de la satisfacción del usuario que acude al Hospital Boliviano Español de Patacamaya mejorando la calidad de los servicios de salud, involucrando a la población en la determinación de soluciones y mejora continua

CRONOGRAMA DE INTERVENCION:

ACTIVIDAD PROGRAMADA	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Abogacía por la causa												
Análisis y elaboración de diagnóstico												
Reuniones participativas para la discusión de la propuesta												
Reuniones para la correspondiente validación del proyecto de intervención con autoridades municipales												
Presentación oficial del proyecto de intervención												
Trabajo multisectorial y coordinación interinstitucional												
Capacitación del Personal de Salud del Hospital y Municipio de Patacamaya												
Transmisión de información en las costumbres de usuarias con aspectos interculturales de la medicina científica												
Implementación del Plan para la mejora continua de la calidad de atención para elevar el grado de satisfacción de las usuarias y los usuarios												
Evaluación												

ARBOL DE PROBLEMAS