

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
UNIVERSIDAD MAJOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, NUTRICIÓN, ENFERMERÍA y TECNOLOGÍA
MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO
ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD



Factores que influyen para obtener una satisfacción en el usuario que acuden a la consulta externa en el centro de salud Itaù en el contexto de la interculturalidad Caraparí 2011

Para Optar el grado de Especialista en Interculturalidad y Salud

Proponente: Dra. Gladys Alfaro Lavadenz

Tutor: Dr. Carlos Tamayo Caballero

Yacuiba, Tarija - Bolivia

2011

DEDICATORIA

*A mis dos hijas maravillosas Vanía y Ayleen
por comprenderme y tenerme paciencia
mientras yo pasaba clases.*

AGRADECIMIENTOS

A Dios por iluminarme durante todo este tiempo de estudio y trabajo

A la Ministra de Salud y Deportes por realizar este tipo de capacitaciones

A nuestros coordinadores y docentes por la enseñanza aprendida

Esta formación fue gracias al apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo -AECID- La Cooperación Belga.

INDICE	Pagina
I.- Introducción	1
II.- Descripción del contexto	3
1. Localización geográfica	3
2. Limites	4
3. Topografía.....	4
4. Clima	4
5. Recursos Naturales	4
6. Población Étnica	5
7. Acceso a servicios Básicos	5
8. Perfil Epidemiológico.....	6
9. Infraestructura	7
10. Recursos Humanos	8
11. Isócrona de Accesibilidad	9
III.- Antecedentes del Problema	11
IV.- Marco teórico	17
	17
1. Visión de la salud	20
2. Modelo Hegemónico.....	22
3. Medicina Occidental y otras alternativas	23
4. Salud Publica en Bolivia	28
▪ Zona Rural	28
▪ Zona Urbana	30
5. Modelo de atención en salud	33
6. Calidad de Atención	36
7. Satisfacción del paciente	36

8. Complejidad del Proceso	38
V.- Planteamiento del Problema	43
VI.- Pregunta de Investigación	48
VII.- Justificación	48
VIII.- Objetivos	49
IX.- Diseño Metodológico	50
X. Análisis de Resultados	56
XI.- Conclusiones y Recomendaciones	63
PROPUESTA DE INTERVENCION	
1.- Árbol de Problemas	66
2.- Árbol de Objetivos	67
3.- Análisis de Interesados	68
4.- Análisis de factibilidad	68
5.- Matriz de planificación del Proyecto	69
6.- Cronograma	71
7.- Presupuesto	72
8.- Citas Bibliográficas	
9.- Anexos	

TITULO

Factores que influyen para obtener una satisfacción en el usuario que acuden a la consulta externa en el centro de salud Itaù en el contexto de la interculturalidad.

INTRODUCCION

La calidad de la atención en los servicios de salud y lograr la satisfacción de las usuarias ha constituido un problema de siempre y difícil de abordar debido a los diferentes elementos que la constituyen: a) calidad para el paciente (Resolución del problema de Salud respetando valores y costumbres), b) calidad administrativa (Institucional) y c) calidad profesional

Es en este sentido, es que se plantea la necesidad de brindar un servicio de calidad técnica que responda a los derechos y expectativas de las usuarias y usuarios de manera eficiente, respetuosa y con equidad, usando racionalmente los recursos disponibles e incorporando la interculturalidad en las atenciones realizadas en el centro de salud

El estudio se realizó en el centro de salud Itau (piedra negra), ubicado en el municipio de Carapari, Segunda Sección de la Provincia Gran Chaco del departamento de Tarija, zona caracterizada por la ubicación de pozos gasíferos, quienes actualmente constituyen una reserva de gas para el País.

Este trabajo fue llevado a cabo por la motivación del responsable del servicio de salud para determinar cuáles fueron los factores que influyen para obtener la satisfacción del usuario al asistir al servicio , ya que existen reclamos verbales , sobre la calidad de atención , con la finalidad de buscar la solución ante estos problemas encontrados. Es con esas preocupaciones que se plantea la propuesta de un proyecto de Investigación / acción.

La metodología con que se trabajo fue con cuatro grupos focales con una entrevista de profundidad de preguntas abiertas, para que los participantes puedan manifestarse libremente, y se obtuvo la percepción de los involucrados en la investigación tales como: Los tiempos de espera son largos para la población y las madres de familia, adecuado para las autoridades y los promotores de salud, mientras que el mal trato no existe en la percepción de ninguno de los actores, se ha consolidado otros estudios respecto al itinerario terapéutico desde la auto curación has la búsqueda de atención en los centros de salud convencionales pasando por la medicina tradicional.

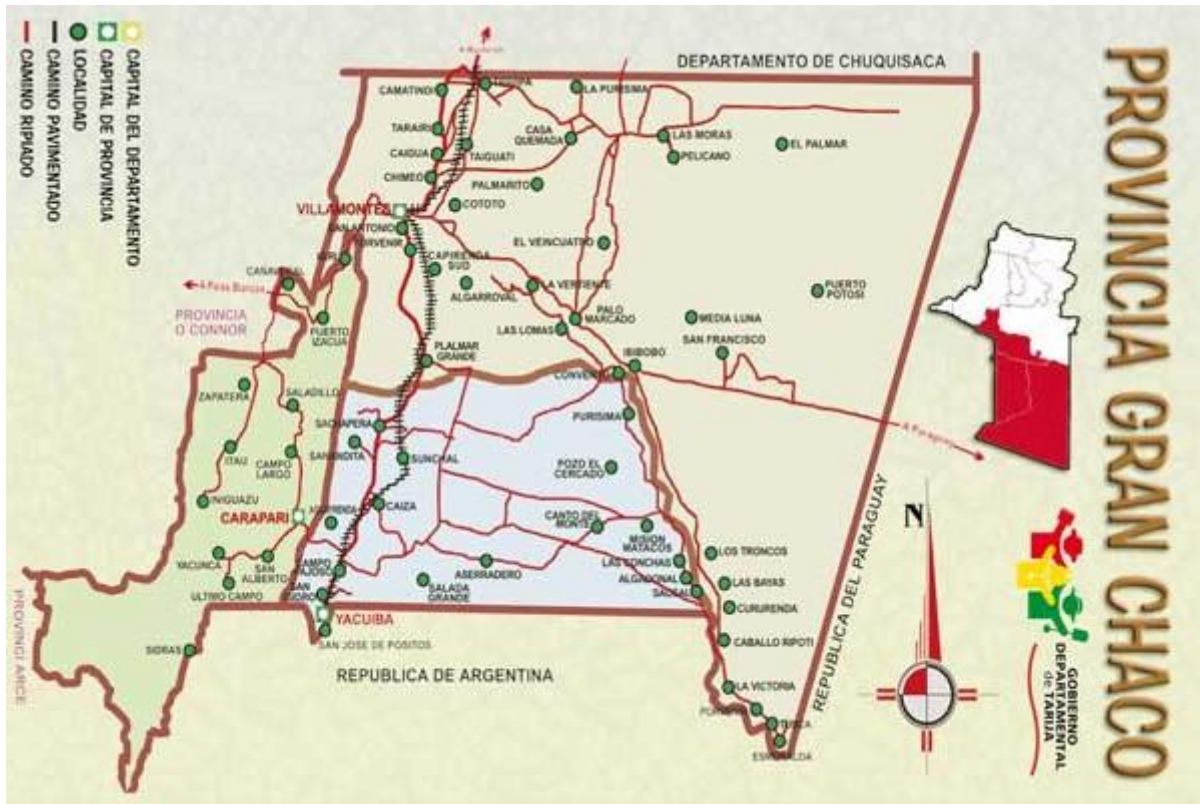
3 de cuatro actores expresaron que no hay satisfacción en la atención, y la mitad está de acuerdo con los horarios.

Lo que se pretende con este proyecto es trabajar con el personal de salud en un plan de capacitación en la mejora de calidad de atención al paciente desde un enfoque intercultural, articular el trabajo de la medicina tradicional y convencional, que es uno de los objetivos de este proyecto.

II .DESCRIPCION CONTEXTUAL

1 .-Localización Geográfica.

El centro de salud de Itau se encuentra ubicado en el Municipio de Caraparí Segunda sección de la Provincia Gran Chaco, departamento de Tarija con un área de influencia que abarca las comunidades de: Itau Pueblo, Ñacaguazu, Astillero, Arrozal, Cañón Hondo, Cañón Sauce, Ranchos, Juntas, Isi, Abra Campo Verde, Atajao y Mesada I y II, es un establecimiento de primer nivel y es parte de la red de salud de Carapari.



2. - Límites.

Al Norte:	Con Zapatera, Palos Blancos
Al Sur:	Con Yacunda
Al Oeste:	Con Serranía de Isi
Al Este:	Con Carapari

3 . - Topografía.

El área de influencia del centro de salud de ITAU abarca una extensión territorial de 750 Km². con una altitud de 976 m.s.n.m., la mayor parte de su territorio se encuentra clasificado como de fácil acceso, en tiempo seco, debido a los aspectos topográficos propios de la región también tiene accidentes geográficos naturales que hace de las zonas poco accesibles en tiempo lluvioso.

4 .- Clima.

Itau, es una región que pertenece a los Valles tropicales, su clima es cálido con temperaturas que fluctúan entre los 20° C y los 40° C; la época de lluvia dura 6 meses, entre Octubre y Marzo alcanzando los 3000 cm³ de precipitación anual.

5 .- RECURSOS NATURALES.

Entre estos tenemos:

Ganadería. La comunidad de Itau es una zona caracterizada por la crianza de ganado vacuno, porcino, equino, ovino, siendo la ganadería, agricultura actividad principal y fuente de ingresos económicos de la población.

Pesca. Anguilas, llausas, truchas, bagre y churuma

6.- POBLACION ETNICA.

En la comunidad de Itau, conviven en forma pacífica varios grupos étnicos a raíz de ser una zona adyacente a los pozos petroleros se caracteriza por recibir varios inmigrantes que hacía años atrás vienen albergando a: quechuas, mestizos, y los guaraníes donde éstos últimos son parte importante de la población de la comunidad de Itau. Según el INE la población asignada para esta gestión es de 1055 habitantes.

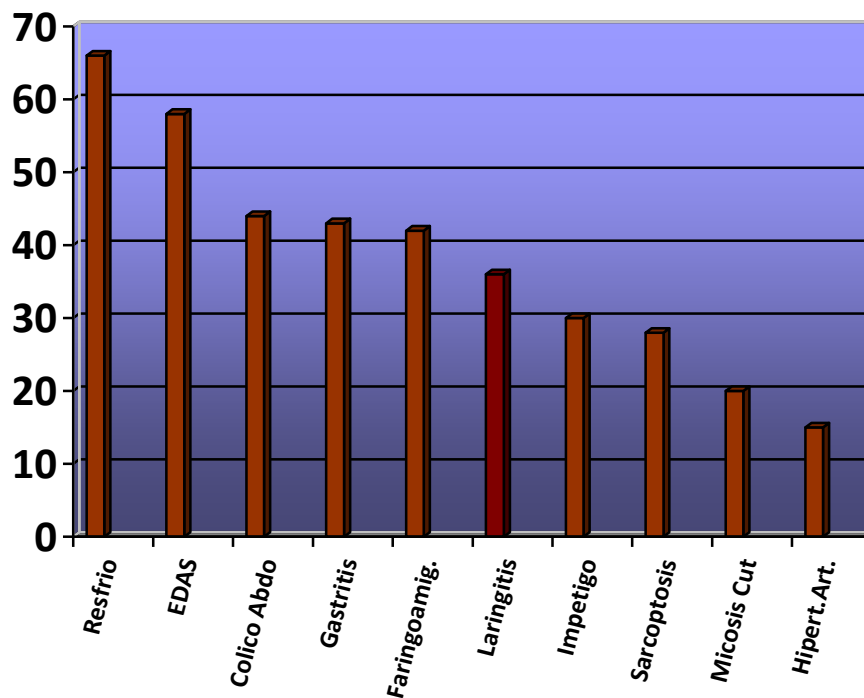
7.- ACCESOS A SERVICIOS BASICOS.

La única comunidad que no se abastece de agua por cañería es la de Isi y las restantes reciben agua bombeada del río Itau de manera directa sin potabilizar, el acceso de la población a los servicios básicos es el siguiente:

Que en todas las comunidades existen letrinas, que un 55 % de las mismas tienen energía eléctrica y que la única comunidad que tiene teléfono es Itau y que no gozan de agua por alcantarillado ni mucho menos de agua saludable.

8.- PERFIL EPIDEMIOLOGICO

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN CONSULTA EXTERNA – CENTRO DE SALUD ITAU GESTION ENERO – MAYO DE 2011



Como se puede apreciar en el cuadro anterior, las primeras causas de morbilidad son: IRAS y EDAS donde el origen principal son los pocos hábitos higiénicos dietéticos y falta de agua en buenas condiciones para su consumo.

9 .- INFRAESTRUCTURA

- Un consultorio medico
- Un consultorio de odontología
- Una Sala de enfermería
- Una sala de vacunación
- Una farmacia
- Una sala de internación con tres camas
- Una sala de partos e internación
- Una sala de Admisión y estadística
- Un ambiente para el personal de guardia
- Una sala de reuniones
- Un ambiente para cocina y lavandería
- Dos departamentos para el personal de salud

Cuenta con servicios básicos como ser: agua por cañería, luz, un medio de comunicación como es la radio

10.- Tabla Nº 1. Recursos Humanos, Centro de Salud Itau , Carapari 2011.

TIPO DE PERSONAL	TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO		CARGA HORARIA
		TGN	CONTRATO MUNICIPAL	
Medico	1	1		Tiempo Completo
Odontólogo	1	1/2	1/2	Tiempo Completo
Lic. En Enfermería	1	1		Tiempo Completo
Aux. en Enfermería	3	3		Tiempo Completo
Limpieza	1	1		Tiempo Completo
Chofer	1	1		Tiempo Completo
TOTAL	8	7 1/2	1/2	

• Fuente: Modulo de Información Básica 2011

11.- Tabla Nº2 Isócrona de Accesibilidad, Centro de Salud Itau, Carapari

De	A	Distancia Km	Tiempo a pie en horas	
			Seco	Lluvias
Itau	Carapari	68	2 horas y media	3 horas
Ñancaguazu,	Itau	15	2 Horas a pie	3 horas a pie
Astillero	Itau	10	1 ½ horas a pie	2 horas a pie
Arrozal	Itau	8	1 hora a pie	Hora 40 a pie
Abra Campo Verde, Atajao	Itau	15	2 horas a pie	3 horas a pie
Cañón Hondo	Itau	8	1 ½ horas a pie	2 horas a pie
Cañón Sauce	Itau	4	50 min. A pie	1 ½ horas a pie
Ranchos y Juntas	Itau	15	2 horas a pie	3 horas a pie
Isi	Itau	12	2 horas a pie	2 ½ horas a pie
Mesada I	Itau	2	Media hora a pie	40 min a pie
Mesada II	Itau	3	45 min. A pie	1 hora a pie

- Fuente.- Modulo de Información Básica 2011

La distancia al centro de referencia para la atención de ginecología es Carapari a 68 Km y se necesita 2 horas y media y 3 horas para llegar en tiempo seco y de lluvias respectivamente en un medio de transporte.

El nivel de referencia para una atención especializada es el Hospital de Segundo Nivel Dr. Rubén Zelaya de Yacuiba a una distancia de 77 km. Y con un Hospital de Tercer Nivel el Hospital Regional Universitario San Juan de Dios de la ciudad de Tarija a 210 Km. Desde Itau.

El Centro de salud Itaù fue creado en diciembre del 1998 por el Gobierno del General Hugo Banzer Suárez, bajo la dirección del SEDES - Tarija el Dr. Mario Terán de la Vega.

El horario de atención es de 8: 00 a 11:00 en la mañana y de 15:00 a 18:00 por la tarde, con atención de emergencias en horarios fuera de trabajo , cumplidos por el personal de enfermería en razón de la sobre demanda de prestaciones del el seguro escolar municipal con el PEASEC (Programa Especial de Apoyo a la Salud del Escolar), Seguro Universal Materno Infantil SUMI, Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija SUSAT, Seguro del Adulto Mayor con el cual se atiende a la mayor cantidad de pacientes posible.

III. ANTECEDENTES

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del sector salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados sobre la satisfacción del paciente cuando busca una atención; con la finalidad de mejorar y buscar soluciones.

En los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités de calidad; sistemas de monitoreo, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales. Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.

Para delimitar problemas comunes a grupos específicos de población, se evidencia a través de un estudio de investigación en un hospital público de México, se analizó la variación respecto a los factores predisponentes que motivos

producen una mala percepción de calidad y fueron los largos tiempos de espera (21.6%), los tiempos cortos de consulta (11.4%) y el nulo efecto de los medicamentos (10.35%)

Haciendo el análisis por sexo, se encontraron algunas diferencias: las mujeres usuarias refieren que la atención fue mala por los tiempos de espera, los tiempos de consulta cortos y el mal trato personal; en tanto, los hombres informan también los largos tiempos de espera y los tiempos cortos de consulta, pero, en tercer lugar, refieren la falta de eficacia del medicamento.

Según la edad, los usuarios mayores de 65 años manifestaron que la calidad fue mala por considerar que los medicamentos recetados no los aliviaron. Entre los otros grupos de edad, el principal motivo de insatisfacción fue, en coincidencia con el patrón general, los largos tiempos de espera.

Se observaron diferencias importantes entre grupos de baja escolaridad. Los usuarios analfabetas y con uno a tres años de primaria informaron como principal motivo de insatisfacción con los servicios recibidos el nulo efecto de los medicamentos. No obstante, entre los usuarios con mayor escolaridad, la percepción de la mala atención se explicó por los largos tiempos de espera.

1.- Percepción de la Población Acerca de los Factores Principales en la Calidad de su Relación con el Personal de Salud- Ichilo Santa Cruz

Entre los factores a tomar en cuenta para evaluar la satisfacción de usuario sobre los servicios de salud son la capacidad técnica del personal de salud, los costos beneficios que se obtiene al buscar a un profesional en salud, la relación interpersonal entre ambos, que es un factor importante para que el usuario perciba el grado de satisfacción del servicio que asiste.

Es así que se tiene un estudio realizado en una región de Ichilo ubicado en el departamento de Santa Cruz, que presenta los siguientes resultados investigados Durante las entrevistas y las discusiones con la población, el grupo étnico y clase socioeconómica del paciente aparecieron como los factores más importantes.

Aunque la mayoría de la población encuestada (65.7%) afirma que el personal de salud trata sin discriminación étnica a los pacientes, el 29.5% de los entrevistados

dice que los trabajadores de salud brindan mejor trato a los pacientes originarios de Santa Cruz (Camba), que a los originarios del altiplano (Colla); este mismo concepto surgió durante las entrevistas abiertas: “a la gente del interior se los trata feo porque son indiecitos”, “al Camba del oriente le toman atención, una paisana es mal mirada”, “los médicos gritan a los Collas”.

Lo que parece ser el factor determinante en la calidad de la relación interpersonal entre médico y paciente es sobre todo el nivel socio-económico del paciente: los datos de la encuesta muestran que 62.9% de los entrevistados plantea que el personal de salud trata mejor a los ricos que a los pobres: “con el rico, los médicos siempre están ahí..., si eres del interior y no tienes dinero to dicen que vuelvas a to pueblo”. Lo que parece hacer la diferencia es el dinero como emblemáticamente se dijo en una entrevista: “tanto los del interior como los del lugar son atendidos igual puesto que se basan en el dinero”, “cuando hay plata, rápido to atienden a uno”. Por to tanto, en un semejante contexto, la comunidad percibe las diferencias socioeconómicas existente como un factor condicionante de la relación entre personal de salud y usuario.

La gente parece estar más satisfecha con el trato brindado por el personal de salud cuando relata su experiencia personal en un servicio de salud público; de hecho, la gran mayoría (89.8%) de los 49 pacientes que acudieron al servicio de consulta externa en un sistema público en el último año define la actitud del trabajador de salud que le atendió como **buena**.

El nivel de comunicación que se logra entre el paciente y el médico es sin duda uno de los aspectos fundamentales en el análisis de la calidad de la relación entre personal de salud y usuarios del servicio público.

La calidad de la comunicación que se logra es muy importante en producir una satisfacción o insatisfacción por parte del paciente; en esta investigación apareció claramente como el tiempo que un médico dedica a escuchar a los pacientes influye también sobre la percepción de la gente de su capacidad diagnóstica.

El 50% de la población encuestada considera **insuficiente** el tiempo dedicado por el personal de salud a escuchar al paciente. Al mismo tiempo, la comprensión de

las indicaciones por parte del paciente fue definida **insuficiente** por la mayoría (60%) de los entrevistados, como viene expresado también en las discusiones informales: “no explican y no toman en cuenta al enfermo”, “hablan un castellano difícil porque han estudiado en libros gruesos”.

La experiencia de 49 entrevistados que fueron al servicio público de salud durante el último año, muestra que la mayoría (87.8%) tuvo bastante tiempo para explicar su problema al personal de salud. Por otra parte; existe un 27.5% de los usuarios que se queja por no haber recibido explicaciones sobre su enfermedad, además, un 30.6% de los pacientes que acudieron a un servicio público de consulta externa plantea que no recibió indicaciones claras sobre el tratamiento prescrito por parte del personal de salud.

Las barreras lingüísticas pueden incrementar las diferencias culturales, ya que en la región hay un 30% de población que hablan quechua (u otros idiomas diferentes del castellano). En efecto, en una discusión informal se puso en evidencia que es mejor ir al médico privado porque muchas veces “habla también quechua”.

Durante las discusiones informales, se recolectaron informaciones sobre la relación de la gente con los curanderos o los médicos privados, los mismos que muchas veces la gente prefiere al servicio público, a pesar de su mayor costo: “el curandero es bueno porque vive cerca”. “Dr. C. es bueno, amable, receta yerbas, y organiza la cita para el control”, “los doctores particulares atienden más a la gente pobre”.

Los datos parecen confirmar que el curandero y el médico que trabaja en un servicio privado son considerados por la gente como más flexibles y disponibles a una mejor comunicación y comprensión del, paciente, de su universo y su enfermedad, en relación al personal de salud de las estructuras públicas que no logra crear una relación personal durante la visita médica y que utiliza un modelo de comportamiento estándar sin tener en cuenta la historia humana y cultural del paciente.

Los nativos del altiplano, por ejemplo, a veces tienen miedo de los hospitales y, en particular, de los doctores: “los médicos sacan la sangre y el líquido del interior”,

“los médicos sacan mucha sangre para análisis y no hay razón porque para la muestra no necesita una inyección, solo bastan dos gotas,...los más gorditos tienen que tener cuidado”.

Otro estudio realizado en Ecuador en el área rural sobre la atención de la mujer embarazada se tiene el siguiente resultado:

Los datos desagregados muestran que más del 40% de las mujeres en provincias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi y Esmeraldas, y alrededor del 30% de la región Amazónica, dieron a luz en su casa. Adicionalmente, el 65% de las mujeres que se auto identifican como indígenas manifiestan haber tenido partos domiciliarios.

Existen muchas razones que pueden explicar por qué muchas mujeres y sus familias no buscan atención obstétrica en un establecimiento de salud formal. Entre ellas están la distancia, la falta de transporte, los costos monetarios y de oportunidad asociados a la atención institucional, y la falta de reconocimiento de las señales de peligro asociadas a complicaciones que pueden poner en riesgo la vida.

Muchas mujeres entrevistadas también han mencionado algunos procedimientos médicos, tales como los baños (muchas veces en agua fría), la rasura del pubis, la aplicación de enemas, o la realización de episiotomías innecesarias, como factores que han desalentado la elección de partos institucionales.

Sin embargo, la mayoría de razones que llevan a las mujeres y sus familias a preferir un parto domiciliario antes que un parto institucional, se refieren a varios aspectos de la atención en donde la cultura juega un rol importante como componente de la calidad. Al consultar a las mujeres las razones por las que decidieron dar a luz en su casa, se encontró que un 37% de ellas manifestó factores relacionados a la costumbre, seguido de un 29% que dijo haber decidido por factores económicos.

Otro aspecto muy importante es la percepción de calidad de la atención. El 25% de las mujeres encuestadas señaló un mal concepto de los establecimientos de

salud el asunto más comúnmente mencionado por las usuarias es el trato interpersonal deficiente del personal de salud.

Muchas de las razones por las que las mujeres prefieren dar a luz en la casa están relacionadas a un conjunto de prácticas culturales que no se llevan a cabo en los establecimientos de salud del Estado. Así por ejemplo, en los servicios de salud las usuarias no pueden escoger la posición más cómoda para su parto, o tener algún familiar que la acompañe durante la labor de parto y el nacimiento. Tampoco pueden llevar a cabo prácticas tradicionales consideradas importantes para la madre y el recién nacido, como por ejemplo: el mantenerse arropada con su propio vestuario durante la labor de parto y el nacimiento, o el contar con una luz tenue y una temperatura cálida del ambiente donde sucede el parto, así como la posibilidad de consumir comidas y bebidas especiales para la madre, e inclusive la posibilidad de acceder a la placenta para poder incinerarla o enterrarla según la costumbre local.

Esto incluye comportamientos y actitudes que van desde la falta de amabilidad de los médicos, enfermeras, personal administrativo y de servicio, falta de habilidades para comunicarse en el idioma nativo de la paciente, falta de privacidad, el no brindar confianza a la paciente al no contestar preguntas o al no informarle adecuadamente, el tiempo de espera para ser atendida, el no tener personal de salud pendientes de su progreso, etc., hasta manifestaciones más explícitas de maltrato verbal y físico, trato irrespetuoso, despreciativo y discriminatorio.

En conclusión, mientras los costos y las dificultades del acceso geográfico continúan constituyendo barreras para el parto institucional, las brechas culturales entre el sistema biomédico y el sistema de salud indígena, la falta de humanización de los servicios de salud y las deficientes relaciones interpersonales entre proveedores de salud y usuarias, son factores críticos que influyen sobre las decisiones de las mujeres sobre dónde dar a luz.

IV. MARCO TEORICO

La salud está ligada al desarrollo histórico de una nación, a su estructura económica, jurídica y política; de tal forma que el proceso salud-enfermedad es una expresión particular del proceso general de la vida social.

La Salud y el rol del Sector están presentes en varios artículos de la Constitución Política del Estado Plurinacional en vigencia desde febrero de 2009, dentro de la Primera Parte “Bases Fundamentales del Estado, Derechos, Deberes y Garantías”. La Constitución Política del Estado Plurinacional ha objetivado al sector de manera integral en el que se ha definido:

- A la Salud como un Derecho Fundamental

Art. 18:

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intercultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

- A Las Determinantes sociales y salud

Art. 16: Derecho al agua y a la alimentación El Estado garantizar la seguridad alimentaria.

Art. 17: Derecho a recibir a recibir educación en todos los niveles.

Art. 19: Derecho a un hábitat y vivienda digna.

Art. 20: Derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones.

- Al Derecho a la Salud de las naciones y pueblos indígenas y originarios

Art. 30. PSD 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” Plan de Desarrollo Sectorial 2010-2020 Sector Salud 15

I. Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparte identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española

II 9. A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.

13. Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales

- Al Acceso Universal al Sistema Único y su Financiamiento.

Art. 35

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

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

Art. 36:

I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.

II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Art. 37:

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

- A la Participación social y propiedad de los Servicios públicos de salud

I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados no concesionados.

II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida

Art. 39

El estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo a ley.

Art. 40:

El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

- Al Derecho al acceso Universal a los medicamentos

Art. 41:

I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos:

II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.

III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización y contemplara estándares de calidad y primera generación

- A la Medicina Tradicional

Art. 42

I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

II. La promoción de la medicina tradicional incorporara el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

1.-Visión del Sector Salud

La visión del Sector al 2010 planteada en el PSD Salud 2006 – 2010 es la siguiente:

En el año 2010, el Sistema Único de Salud con acceso universal, es respetuoso de las culturas originarias, y enriquecido con la medicina tradicional; es inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado; conducido y liderizado por el Ministerio de Salud y Deportes, ejerciendo soberanía sanitaria plena.

Dentro de los elementos de la visión, se estableció el orden de prioridades siguiente:

1. El sistema único de salud con acceso universal, es respetuoso de las culturas originarias y enriquecidas con la medicina tradicional; es inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado; conducido y liderado por el Ministerio de Salud y Deportes
2. actúa sobre los determinantes de salud
3. con participación de la población comprometida con la actividad física y deportiva, organizada y movilizadora por el ejercicio pleno de su derecho a la salud
4. que vive bien.

En el año 2020:

Todos los ciudadanos bolivianos y ciudadanas bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, en igualdad de condiciones gozarán de un buen estado de salud y del derecho a la salud, teniendo acceso universal al Sistema Único de Salud, dentro del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural; se habrá eliminado las barreras de acceso a la salud de tipo económico, geográfico, cultural, en especial para los grupos vulnerables excluidos históricamente, garantizando entre otros, el acceso al Seguro Universal de Salud y la presencia de personal de salud suficiente, capacitado y comprometido con las políticas nacionales de Salud.

Mediante una estrategia integral de Promoción de la Salud, la población tendrá prácticas saludables y actuara positivamente sobre las determinantes sociales y económicas de la salud: alimentación, educación, vivienda, vestimenta, recreación, servicios básicos, seguridad ciudadana y trabajo.

Además, la población participará en la planificación, gestión y control social de las políticas de salud mediante instancias formales de participación social en salud.

El Ministerio de Salud y Deportes ejercerá la rectoría sobre todo el Sector Salud gracias a una capacidad de gestión fortalecida, y asegurará la aplicación de las políticas nacionales de acuerdo a las necesidades de la población

Uno de los desafíos que el sector de salud en América Latina y el Caribe deberá enfrentar en las próximas décadas es la reducción de la inequidad en salud en lo que se refiere al acceso a los servicios sanitarios y cobertura de salud. Esto ocurre porque el proceso de globalización de la economía, la reforma del estado, y en consecuencia la reforma del sector de la salud, no ha conseguido responder a población en lograr mejores servicios de salud y mejor calidad de vida. Mientras que el proceso de globalización (redes financieras de producción y comercio, desarrollo de la información y de las telecomunicaciones, consumismo global, aparición de nuevas culturas y subculturas) se refleja de manera directa en el plano comercial y, en consecuencia, en lo político, el sector de la salud se ha transformado en un factor importante de negociación, sea por la necesidad de mantener un ambiente más saludable, el saneamiento, la alimentación, la protección de los trabajadores y de los ciudadanos, sea por la necesidad de mantener el consumo de la tecnología médica, incluso de los fármacos

En algunos países, la privatización de los servicios sanitarios y de salud se hace presentes. En ese caso, el estado se hace cargo del papel de rector de políticas, normalización y fiscalización. Por otra parte, en otros países hay una situación mixta y solamente en un país el estado es el responsable de la oferta de los servicios de salud de forma gratuita para toda la población. De Puerto Rico (sistema privado) hasta Cuba (estatal) hay una diversidad de experiencias en desarrollo en los diversos países.

El sistema argentino se ha caracterizado por ser heterogéneo con respecto a la cobertura, las características de la población atendida y las fuentes de financiamiento (pública, privada y de la seguridad social). En 1997, se transfieren los hospitales a las provincias y de éstas a los municipios. La política de reforma del sector de la salud pretende lograr la hegemonía del sector público sobre los otros, con plena vigencia del derecho a la salud, con requisitos de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, cobertura a toda la población y descentralización.

Pero no solo debemos mencionar la biomedicina terapéutica sino otras formas de hacer medicina como ser la medicina tradicional , medicinas alternativas que ya existían tiempo atrás , pero que no eran tan visibles como ahora por factores ideológicos , culturales, en los países en desarrollo.

2.- EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO

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 casi todos, o por lo menos 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., que requieren la instauración de otro tipo de medidas.

3.- MEDICINA OCCIDENTAL Y 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.

Sin embargo, desde hace algunas décadas, la medicina tradicional en Bolivia (así como en otros países latinoamericanos) vive profundos procesos de transformación, vinculados a los procesos de cambio cultural, a la modificación de la identidad y a la migración rural-urbana. Todo esto se traduce en algunos fenómenos, que queremos destacar, como ejemplo, la diversidad de actores terapéuticos.

Las investigaciones realizadas en campo permiten identificar diferentes categorías de medicina tradicional-popular y distintos médicos tradicionales en todo el país que curan de manera heterogénea y con base a creencias y universos culturales distintos.

Podemos mencionar a los *naturistas*, que se asientan fundamentalmente en núcleos urbanos, aun en pequeños centros rurales. Sus curaciones se relacionan fundamentalmente con el uso de plantas medicinales y otros remedios empíricos destinados a combatir las causas naturales de la enfermedad. A menudo tienen "consultorios", conocen las plantas y curan a través mates, plantas medicinales, masajes etc. En algunos casos atienden enfermedades espirituales que afectan el buen vivir de las personas. Los *kallawayas*, parte de un grupo étnico andino que originalmente se asentó en la provincia Bautista Saavedra en el norte de La Paz y cumplía una función

de atención médica itinerante en territorios muy amplios; actualmente viven en una extensa área de valles interandinos entre el Altiplano y los Yungas hasta la ciudad de Potosí. Estos hombres están dedicados, desde la época precolombina, a la recolección de plantas en los varios pisos ecológicos, desde el Altiplano hasta la selva amazónica entre Bolivia y Perú. Practican la medicina tradicional utilizando mates, cataplasmas y especies herbáceas en general. Conocen la "terapia simbólica" y realizan mesas rituales para distintos tipos de curación.

Los *jampiris*, por su parte, diagnostican mediante la lectura de la coca, de los naipes o de las venas; tratan a los enfermos con frotamientos de objetos o animales, con sahumeros. Atienden partos y usan plantas medicinales.

Son médicos comunitarios muy vinculados a estructuras sociales tradicionales. Los *curanderos* -a menudo una denominación genérica de los médicos tradicionales o naturistas- que usan mesas rituales y "limpias", además de conocer algunas plantas. Los *yatiris*, consagrados por el rayo.

Sin embargo, pese a mantener un fuerte arraigo a la tradición, estas categorías de médicos tradicionales no son indiferentes a la evolución cultural, particularmente en áreas donde la migración o a la influencia urbana es más acelerada. En las comunidades rurales aisladas se mantienen los rasgos culturales antiguos, y la cultura se trasmite con variaciones más limitadas. Muchos otros médicos tradicionales, en cambio, "innovan en sus prácticas", incorporando a sus métodos de curación conocimientos más "modernos", tratamientos biomédicos o curaciones "comerciales" disponibles en el mercado.

En los contextos urbanos los terapeutas deciden aprender por interés o motivaciones personales y económicas, sin ser "designados por el rayo" o por otras formas de transmisión social establecidas por la cultura. Estos terapeutas se oponen, en algunos casos, a los médicos tradicionales utilizando una medicina "mixta", que mezcla distintos tipo de remedios "populares", y busca una articulación con el sistema de salud institucional, incluso pretenden que se les reconozca con ítems del Estado para poder ejercer oficialmente dentro de la institucionalidad del sector salud.

Las *parteras* y los *parteros*, que se dedican a la atención del embarazo y del parto, acomodan al bebé "manteando" a la madre; conocen algunas plantas medicinales y otras prácticas empíricas para la atención del parto. Los *hueseros*, que curan fracturas, dislocaduras de los huesos, desgarres, torceduras o lastimaduras. Existe, además, una rica categoría de *yerberos* o conocedores de plantas -relativamente fácil encontrarlos en las ciudades y en los pueblos- venden plantas, conocen sus posologías y ofrecen mates curativos.

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.

En los últimos años, el estudio de la satisfacción respecto a sus servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento de valor creciente tanto para el marketing como en la investigación en servicios sanitarios. El hecho de que los proveedores de estos servicios y algunos investigadores acepten que la satisfacción del paciente es un resultado importante del trabajo realizado por los profesionales y un factor asociado a la utilización y a la conducta del paciente, justifica que ésta se haya incorporado como una medida de la mejora de la calidad.

Existen tres razones por las que se debería considerar la satisfacción como una medida importante de resultado del proceso asistencial. Primero, hay trabajos que demuestran que la satisfacción es un buen predictor del cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes y de la adhesión a la consulta y al proveedor de servicios.

En segundo lugar, la satisfacción es un instrumento útil para evaluar las consultas y los modelos de comunicación, como, por ejemplo, el éxito en informar o involucrar a los pacientes en la toma de decisiones sobre el tipo de atención. y en

tercer lugar, la opinión del paciente puede utilizarse sistemáticamente para mejorar la organización de los servicios a proveer.

La posibilidad de considerar a los ciudadanos como consumidores de los servicios sanitarios aparece en las últimas décadas y tiene su origen en el sector privado.

Según Calnan, hablar de ciudadano, cliente, consumidor, usuario o paciente tiene un significado diferente a pesar de que los términos se utilicen indistintamente. En nuestro país, la mayor parte de los ciudadanos son usuarios o usuarios potenciales del sistema sanitario.

Así, la medida de la satisfacción es un instrumento cuyo valor va en aumento en todas las organizaciones sean públicas o privadas, de producción o de servicios, y la idea de que el éxito de una organización depende de la capacidad de satisfacer las necesidades de sus clientes se ha generalizado hasta tal punto que se ha llegado a modificar la definición de calidad.

Algunos autores consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse en el usuario/cliente porque se entiende que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades.

Carr-Hill probó que la satisfacción con la atención médica está influenciada por el grado en que la actuación del médico se corresponde con la expectativa del paciente.

El concepto de satisfacción se basa en la diferencia entre las expectativas del paciente y la percepción de los servicios que ha recibido. De esta manera, las percepciones subjetivas acompañadas de las expectativas previas configuran la expresión de la calidad del servicio. Algunas investigaciones añaden que una experiencia mala influye en la satisfacción del paciente más que tener experiencias buenas.

4.- La Salud Pública en Bolivia

En este apartado veremos las prácticas concretas que se llevan a cabo en los servicios de salud tanto en zonas rurales como urbanas, para poder entender como está configurada la salud pública en Bolivia detallaremos a continuación:

❖ Zona Rural

Muchos de los centros de la zona rural del altiplano son atendidos por auxiliares de enfermería e internos (de enfermería, auxiliares de enfermería, médicos), que acuden a realizar sus prácticas a los centros de salud. A la falta de ítems y personal calificado en la zona rural, se suma la falta de insumos de todo tipo para poder resolver los problemas de salud de la población.

Algunos centros no poseen ambulancia, y si tienen ambulancia no hay gasolina, y si tienen gasolina no hay chofer para poder derivar a un centro de segundo o tercer nivel en caso de necesidad.

En los centros de salud suelen faltar medicamentos (y en ocasiones éstos han caducado) y con frecuencia material básico para poder atender cualquier enfermedad o padecimiento.

Junto a los problemas internos de los servicios de salud se suma un descontento del personal sanitario por sus precarias condiciones laborales. Gran parte de los trabajadores en salud del país están por contrato, es decir, que ganan menos de la mitad que el personal sanitario con ítem (que, de por sí, ya recibe un modesto salario), no tienen derecho a vacaciones, ni a aguinaldo, no pueden enfermarse porque, de ser así, deben pagar a un sustituto y pueden perder su empleo, en cualquier momento, a pesar de trabajar casi el doble que el personal con ítem. Hemos recogido diversos testimonios de mujeres que han sido expulsadas de su trabajo por estar embarazadas. El personal sanitario, que trabaja en la zona rural, con frecuencia en condiciones muy precarias, vive habitualmente sin su familia, a la que prefiere dejar en la ciudad para que sus hijos puedan estudiar, ya que las escuelas en la zona rural no poseen calidad en la enseñanza.

Pudiendo ver a sus familias sólo un fin de semana al mes cuando salen a cobrar su sueldo, momento que los centros de salud rurales suelen quedar cerrados o a cargo de estudiantes.

A esto se suma que el personal sanitario rural está expuesto a la mirada constante de los miembros de la comunidad en la que habitan. Cualquier comportamiento que la comunidad considere inadecuado servirá de reproche al centro y a las autoridades pertinentes. Una circunstancia que no tan sólo afecta a las prácticas mal realizadas en su trabajo (negligencia médica, mala administración del centro sanitario, etc.), sino también a aquellas que se realizan fuera del horario del mismo – y que son, asimismo, observadas por la comunidad- como por ejemplo, tener relaciones sexuales con algún miembro de la comunidad o consumir alcohol en exceso.

El personal rural (médicos, enfermeros, auxiliares, farmacéuticos, etc.), tiene poca posibilidad de ascenso en su profesión, debido a que no pueden capacitarse con estudios de especialización y a que no pueden trabajar en un consultorio privado como sí hace una gran parte del personal de salud pública que trabaja en las ciudades. No pueden, por tanto, mejorar, no tan sólo económica sino tampoco profesionalmente.

Estas condiciones hacen que la mayoría del personal de salud tenga una baja autoestima, sumado a un descontento generalizado al considerarse mal pagados y, no reconocidos -la mayoría de las veces- ni por la población ni por las autoridades superiores. Las condiciones laborales son tan deficientes que, repercuten en la calidad de la atención de los centros de salud.

A fin de mostrar con mayor claridad cuál es la realidad en la zona rural, pondremos el ejemplo de un hospital que está siendo mencionado dentro y fuera del país como modelo de hospital de salud intercultural.

Tinguipaya es un municipio del departamento de Potosí que posee casi 30 mil habitantes, en donde se encuentran 18 puestos de salud y un hospital de salud intercultural.

El equipo del hospital está compuesto por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería, un odontólogo, un farmacéutico y un terapeuta tradicional;

El hospital de Tinguipaya fue construido y pensado de acuerdo con la definición de interculturalidad mencionada, con el objetivo y la idea de obtener la armonía y la unión de los dos sistemas médicos; de ahí que se considerara la necesidad de crear una sala en donde se pudiera realizar el parto de la manera tradicional, es decir, en donde tener la wawa (termino local para denominar al bebé o al niño) en la posición en que la mujer quisiera, con los familiares presentes, con ciertos mates (en Bolivia el término mate es utilizado para referirse a cualquier tipo de infusión) y preparados necesarios para que el parto pudiera realizarse como en casa (donde se respetan las concepciones culturales del frío y del calor). Se equipó asimismo con un ambiente en el que el terapeuta tradicional pudiera atender dentro del hospital.

En este contexto, la mujer lleva la peor parte, porque la muerte de una mujer -embarazada o no- arrebatada madres y deja huérfanos; además de privar a la sociedad una vida productiva. Niñas y niños menores de cinco años, presentan desnutrición crónica, continúan siendo atacados por enfermedades infecciosas que podrían prevenirse mediante la inmunización oportuna.

Asimismo, la salud de la población adulta está escasamente protegida contra afecciones que provocan pérdida de años de vida productiva y demandan grandes gastos para su atención, que podrían prevenirse mediante acciones intersectoriales de promoción y prevención de la salud.

❖ **Zona Urbana**

En la área urbana los servicios de salud y el mismo recurso humano que se encuentra trabajando en las ciudades se puede afirmar que tienen otra visión solo se limitan a cumplir su horario las seis horas de jornada , independientemente si se tiene más atención que realizar , con la distribución de un número limitado de fichas, para cada medico, en relación con el área rural , se tiene que considera muchos aspectos , como ser la distancia que caminan para llegar a un centro de salud , el factor económico donde se trata de solucionar su enfermedad sin miramientos del costos , se puede visualizar que en algunos servicios de salud del área dispersa brindan sus servicios todavía con una buena calidad de atención .

El paciente cuando no encuentra satisfacción en un servicio prestado busca otras alternativas como las clínicas privadas que hoy en día cada vez estos servicios son más frecuentados por la calidad de atención brindada ya que se escucha versiones como estas “prefiero pagar un poco mas pero asi me atienden mejor “,” los médicos que atienden en las clínicas atienden mucho mejor, ellos me curan”.

La gran demanda de pacientes en los servicios públicos hace que un factor tan importante como es la satisfacción del paciente se vaya reduciendo cada vez más, el personal de salud que trabaja dentro de estas instituciones se observa desmotivado, agotado, su trabajo se convierte en una rutina, solo van por cumplir son factores que influyen para obtener bienestar y entusiasmo en el paciente.

La cultura y sus costumbres de algunos pacientes hace que visiten a médicos tradicionales, lo que el servidor público en salud no acepta que existe otra forma de hacer medicina, por lo que continúan trabajando con el modelo medico hegemónico.

Años pasados las políticas de aseguramiento en Bolivia solo estaban enfocados a solo un grupo poblacional como ser niños menores de 5 años , mujer embarazada , la accesibilidad a un servicio de salud era más difícil, no se tenían recursos humanos suficientes, la infraestructura , equipamiento no eran adecuados para ofrecer con calidez y calidad un servicio al paciente.

Pero ahora en estos tiempos se puede afirmar que la salud en algunos departamentos del país es con gratuidad desde que el individuo nace hasta que fallece debido a los recursos económicos que se percibe con los impuestos del IDH, tal es el caso de Tarija un departamento que goza de estos beneficios en tener salud para todos.

En Bolivia, existen 36 pueblos Indígenas y Originarios, distribuidos a lo largo del territorio nacional. durante los últimos años la población Indígena y Originaria, a través de sus distintas formas de organización social, han demandado al Estado Boliviano, una mayor atención, a sus múltiples necesidades; un mejor acceso a los servicios de salud, educación, desarrollo productivo, al proceso de saneamiento y titulación de las tierras que ocupan

La rica diversidad étnica y cultural de la población boliviana, los y las usuarias pertenecientes a grupos culturalmente diferentes, al momento del contacto con los servicios de salud manifiestan además de su enfermedad, la concepción que tienen sobre ésta, su origen y las formas de tratamiento entendidas en lógicas y nombres diferentes al modelo explicativo del médico y/o la enfermera, lo que condiciona y promueve en muchos casos, relaciones de conflicto, choque cultural, resistencia y temor al uso de los servicios; asimismo, se ocasiona a veces sin proponérselo, atropello a sus derechos y creencias, desapego a las medidas terapéuticas y preventivas, tal el caso de la resistencia a múltiples enfermedades de origen bacteriano como lo es la tuberculosis pulmonar y finalmente, alejamiento al uso de los servicios de salud.

En este orden, es evidente que la calidad de los servicios de salud no depende exclusivamente de la suficiencia de recursos y las capacidades técnicas del personal de salud, es necesario que el personal demuestre el dominio de competencias y habilidades relacionadas con las cualidades de la cultura regional, delineadas por la pertenencia étnica, la cultura alimentaría, el contexto ambiental y sus condicionantes sociales; es decir, “competencias culturales” que le permitan entender y atender a un usuario diferente en el contexto de la amplia diversidad de la sociedad boliviana.

Luego de la evaluación del decenio de Salud de los Pueblos Indígenas y Originarios (1994-2004), donde se constata que las políticas de salud en Bolivia, están implementadas con una fuerte visión Biomédica y no con una visión Socio/Cultural que promueva una verdadera interculturalidad, que los pueblos Indígenas y Originarios no han sentido la universalidad y equidad de las prestaciones de los servicios de salud, que se constata la imposibilidad de conocer los indicadores de impacto y resultado de las medidas de salud, por no disponer de una información pronta y adecuada, que los servicios de salud no cuentan con la infraestructura adecuada para la atención en salud, de acuerdo a su cosmovisión.

Consideramos que el proceso de deshumanización y tecnificación por el que se señala a la medicina actual, tiene relación con el hecho de que no se valora la importancia de la dimensión psicológica, social y cultural del proceso salud-enfermedad-atención, donde el personal de salud no tiene una visión integral para prestar una atención adecuada al paciente, a raíz de esta situación es que se propone el enfoque intercultural.

Hoy en día se puede decir que el sistema de salud tiene un avance, que gracias a los ingresos del IDH, se puede visualizar que las carreteras han mejorado, la red de servicios de salud tienen mejoría en su infraestructura, dotación de equipamiento, de recursos humanos, con la finalidad de brindar una atención con calidad al paciente.

5.- MODELO DE ATENCION EN SALUD BOLIVIA

También debemos mencionar que el actual Gobierno, a través del Ministerio de Salud y Deportes decidieron implementar el nuevo modelo de atención en salud que es el SAFCI (Salud familiar comunitaria intercultural) que tiene cuatro principios:

PARTICIPACIÓN SOCIAL

Es la capacidad de las comunidades urbano rurales: indígenas, originarias, campesinas, interculturales y afro bolivianas, para participar directamente en la toma de decisiones, de manera efectiva y real, sobre la planificación, ejecución - administración, seguimiento - control de las acciones de salud en base a la identificación y priorización de sus necesidades y problemas mediante su representación legítima y organizativa

INTERSECTORIALIDAD

Es la intervención coordinada entre las comunidades urbano rurales: indígenas, originarias, campesinas, interculturales y afro bolivianas con los diferentes sectores en base a alianzas estratégicas, con el fin de actuar sobre las determinantes de la salud (educación, agua, tierra territorio, medio ambiente,

producción, cultura, vivienda, justicia, defensa, organización social y otras) en el marco de la corresponsabilidad.

INTERCULTURALIDAD

El Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia llegó en el año 2007 a definirlo de la siguiente manera: “La interculturalidad en la salud es el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas donde cada una de ellas se predispone al diálogo, respeto, reconocimiento, valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud: calidad de atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes”

Disponemos de un sin fin de definiciones , al considerar que la relación se ha de dar entre sujetos sociales de culturas diferentes, en donde se da por entendido que el personal sanitario y los usuarios son de diferentes culturas y que los usuarios son homogéneos y solo utilizan una medicina diferente a la biomédica (la tradicional)

También el término se utiliza para referirse a la relación entre dos culturas. Así, en el caso de salud, ello supone que se hable de cultura biomédica y cultura tradicional. Esta clasificación relaciona la primera a la cultura occidental y la segunda a la indígena, como si ambas constituyeran sistemas culturales aislados exteriormente y homogéneos interiormente. Cada cultura es poseedora de conocimientos médicos, portadora de saberes de atención y de cuidado a la salud y, por tanto, no se debería hablar de medicina tradicional indígena y de medicina occidental o mestiza. Lo tradicional y lo científico, no son categorías homogéneas, ni cerradas, ni estáticas, ni aisladas, ni son las únicas formas de atención a la salud a las que recurre la población (Menéndez, 1987).

NTEGRALIDAD

Es concebir la salud como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, medio ambiente, cosmos y el mundo espiritual; con el fin de que el personal de salud y la población implementen procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad; de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea, en el marco de los derechos garantizados por la CPE

Con estos componentes se pretende que no haya exclusión social ,que toda la población boliviana este protegida y goce del derecho a la salud con eficiencia , equidad y sobre todo con respeto a su cultura.

La satisfacción en los servicios de salud es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad.

Una de las principales dificultades del análisis de la satisfacción radica justamente en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de una naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual. Esto es, de múltiples posibilidades de expresión definidas en los espacios socioculturales en los que se muestra y de la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas con ella. La satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y, por lo tanto, la definición de satisfacción varía según el contexto social.

Actualmente los pacientes que acuden a un servicio de salud cada vez son más exigentes en relación a la calidad de atención que va desde una buena relación medico paciente hasta la resolución de su patología, sin embargo la percepción de calidad varía de un usuario a otro, y tampoco es la misma del usuario al proveedor de salud. Además cuando el usuario valora la calidad de un servicio no disocia de sus componentes que son accesibilidad, eficiencia, eficacia, competencia profesional, y satisfacción del usuario lo juzga como un todo, lo que prevalece, es la impresión del conjunto y por ello cuando existe un defecto en

algún elemento de un servicio, el usuario tiende a generalizar los defectos a todo el servicio.

6.- Que es calidad de atención?

La calidad de los servicios de salud puede ser considerada como el resultado de diferentes factores o dimensiones, que resultan ser instrumentos útiles tanto en la definición y análisis de los problemas como en la evaluación del grado de cumplimiento de las normas técnicas, sociales y humanas del personal de salud

En Bolivia la calidad de atención y la satisfacción del usuario surgen como una necesidad muy imperiosa para el sistema de salud boliviano, es así que en el periodo de 1994 las Secretarías Regionales de Salud dependientes del Ministerio de Salud y Deportes conjuntamente con la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, elaboraron y publicaron el primer manual de acreditación de los servicios de salud, en 1995 es acreditado el primer hospital Boliviano en la ciudad de La Paz.

Para obtener la calidad de atención debemos hacer mención sobre cómo lograr la satisfacción del paciente cuando asiste a un servicio de salud, para ello debemos mencionar también algunas definiciones sobre satisfacción del usuario

7.- Satisfacción del Paciente

La definición del término satisfacción, ha sido algo ampliamente debatido y discutido en el campo de las ciencias psicológicas. El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en la actualidad y la necesidad de evaluar la calidad de los procesos asistenciales que se brindan en salud, han hecho necesario retomar el concepto de satisfacción, como uno de los indicadores de excelencia en la prestación de los servicios.

Ahora se trata no solo de que se haga lo que se tiene que hacer, que las personas logren sentirse bien, que quieran seguir en el mismo lugar, en el mismo camino, sino que lo hagan excelentemente. La relación que se nos impone tiene que ver con la búsqueda de respuestas a la pregunta: ¿ Qué tiene que ver la satisfacción con la excelencia, la satisfacción es mucho más que una aspiración humana en

nuestras prácticas, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en calidad de atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción. No hay imagen de excelencia ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial.

Estar conforme uno con algo o alguien" (Encarta 97). Evidentemente cuando leemos esta definición nos damos cuenta de lo difícil que resulta satisfacer y sentirse satisfecho. Pero algo más allá de esta primera impresión, resulta evidente desde una lógica deductiva elemental. Se trata de dos aspectos esenciales:

1. 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 lo que se entra en relación a la espera de un cierto efecto.
2. Para que exista satisfacción como algo sentido en un sujeto, debe haber al 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.

La satisfacción entonces no estaría dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intrasubjetivo e intersubjetivo. Entiéndase, no es apenas una evaluación desde lo personal, sino también desde lo social, desde y con el otro, desde lo que como sujetos pertenecientes a grupos sociales determinados, sentimos de un modo o de otro. De forma más sencilla pudiéramos decir refiriéndonos a lo que sucede a diario en nuestras instituciones de salud: Hay un sujeto (paciente) que viene a nosotros 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, y eso constituye la medida de su satisfacción que incide cíclicamente en el próximo dar que brindan al próximo paciente que espera. Pero a su vez el propio personal de salud es un sujeto

demandante al interno de aquella institución de la cual el ahora deviene sujeto con una expectativa, sujeto expectante.

8.- La complejidad del proceso

La complejidad del proceso de satisfacción implica el conocimiento de al menos cuatro eslabones fundamentales del mismo:

1. Las variables intrasubjetivas del cliente (paciente).
2. Las variables intrasubjetivas del prestador de servicios de salud.
3. El proceso de interrelación que se produce entre ambos.
4. Las condiciones institucionales.

- **El cliente (paciente)**

El "paciente" (o cliente) 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 cayó mal alguien o algo, o porque tuvo que esperar mucho un día o porque es alguien querellante, "protestón" o amargado .

Se debe hacer énfasis que las expectativas que el paciente trae no tiene que ser necesariamente solucionar el problema de salud por el que vino La expectativa de cada paciente es única y está también sujeta a cambios durante el proceso de su estancia en la institución de salud.

- **El supuesto dador (o el prestador de los servicios de salud)**

En honor a la verdad, es en aquella palabra queja, en la que nos centramos muchas veces para evaluar la competencia profesional de muchos de los trabajadores de la salud, 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 e instituido que no era lo que el mismo esperaba, o sencillamente de un paciente pesado (porque de que los hay los hay). Profesionales no muy capaces, pero simpáticos, sociables, ocurrentes logran los mejores calificativos aunque ejecuten las mayores chapucerías técnicas, y como decimos vulgarmente "no pasa nada", "todo el mundo sale contento", y como es tan cómico el médico, o tan bien parecido ¿para qué quejarme?, si como dice el cuento: "Después de todo me divertí bastante".

Esta es una parte del análisis de este eslabón del proceso. La otra sería el considerar un principio elemental del funcionamiento psíquico humano: es muy difícil dar lo que no tenemos. Quiero decir si estamos muy insatisfechos en nuestra vida y en nuestro trabajo, es muy difícil que podamos satisfacer al que acuda en nuestra ayuda.

Mientras más satisfechos en su labor estén los que deben brindar una atención de calidad, más probabilidades existen de que se logre una atención satisfactoria.

Una atención de calidad no es necesariamente indicadora de atención satisfactoria, y cuando esto sucede, el que brinda los servicios de salud debe saber identificar las posibles variables que estuvieron implicadas en este proceso y debe saber reconocer cuáles fueron las Trampas de la Excelencia en las que quedaron atrapados.

- **Las trampas de la excelencia (el proceso de interrelación y las condiciones institucionales)**

- a) *La comunicación como fuente generadora de insatisfacciones***

Puede suceder que le hayamos dado un exceso de información al paciente sobre lo óptimo a realizar en su caso, sobre todos los procedimientos posibles, en fin que

vayamos sin darnos cuenta aumentando 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. *"Las expectativas afectan los niveles de satisfacción"*.

Puede ser que le hayamos confirmado una acción que no se cumple: *"hoy vienen a hacerle la interconsulta dermatología"*, y ese día no aparece nadie.

Puede ser que se le haya hecho notar una deficiencia que él mismo no había notado o a la que no le dio suficiente importancia: *"qué salada estaba la comida hoy"*.

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

b) La imagen: del profesional y la institución

Si uno está ante lo máximo, espera lo máximo, si nos atiende una eminencia de la medicina en el mejor hospital, la atención esperada es también la máxima. A veces un fracaso puede ser el resultado de una excesiva propaganda.

Sería mejor decir: *"Somos lo que somos"*.

"Es esencial que el personal de salud, obtenga el mejor conocimiento posible de la persona que padece alguna enfermedad, interesarse en él como persona, pues es necesario establecer un nivel de confianza entre el personal de salud y el paciente y también debe existir una dinámica en la consulta para que de esta forma el usuario se sienta satisfecho con la atención que busca."

El desconocimiento de estos elementos, en algunas ocasiones ha llevado al atropello de dicha relación, al considerar que al enfermo se le otorga un favor al ser atendido por los servicios "aparentemente gratuitos" de las instituciones. El personal de salud deberá entender, que junto con la parte ética de su responsabilidad profesional, está el elemento de equidad respecto a los derechos de los pacientes, establecidos con un marco que cada vez tiene mayor difusión.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, estableció las directrices en la “Carta de los derechos de los pacientes” cuyo decálogo señala que el paciente tienen el derecho de:

- 1) Recibir atención médica adecuada,
- 2) Recibir trato digno y respetuoso,
- 3) Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
- 4). Decidir libremente sobre su atención.
- 5) Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
- 6) Ser tratado con confidencialidad.
- 7) Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
- 8) Recibir atención médica en caso de urgencia.
- 9) Contar con un expediente clínico.
- 10) Asimismo, tiene el derecho de ser orientado en el ejercicio de estos elementos.

El Gobierno Boliviano, realiza esfuerzos para disminuir las brechas existentes en la atención de salud, creando inicialmente el Ministerio de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios, que a través de la Unidad de Salud Intercultural, interactúa con el Ministerio de Salud y Deportes, para aplicar los Derechos de los pueblos Indígenas y Originarios a la atención en salud con un enfoque Intercultural.

A partir, de Febrero 2006, se crea el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, fruto del proceso de cambio, que lleva el actual gobierno, para responder de manera más adecuada a los objetivos de una atención en salud, con un enfoque intercultural, revalorizando los conocimientos ancestrales de la práctica médica de los pueblos Indígenas y Originarios.

Cuyo objetivo general expresa, *“Facilitar el acceso a los programas y proyectos de salud a los pueblos indígenas, originarios, campesinos y Afro bolivianos a una atención de salud equitativa a través de una red de establecimientos básicos de salud con adecuación y enfoque intercultural, dentro del derecho a una vida digna”*

Este objetivo da una sensación de cobertura por sí misma y una exclusión de otras “culturas” que viven en el país, la interculturalidad es “Uno de los aspectos fundamentales del desarrollo social y económico del estado plurinacional, entendida como la interrelación entre varias culturas, la interacción, la reciprocidad, la aceptación, la cohesión, la convivencia, el aprendizaje, la enseñanza, el encuentro y el dialogo entre las culturas”. Y, en el contexto de los servicios de salud se trata de promover, desarrollar y articular la Medicina Tradicional con la medicina occidental dentro del Sistema Nacional de de Salud, para lograr este objetivo será necesario conocer más de la cultura de las comunidades sus formas de convivencia, los recursos que tienen para el cuidado de su salud, y fundamentalmente, los saberes que están vigentes y los que con el tiempo se han perdido, es un proceso de no solo redefinir la interculturalidad sino generar dialogo cultural, cuya base es la tolerancia, el reconocimiento y fundamentalmente la experimentación de los saberes locales contrastadas con el saber convencional de la medicina occidental. Articular la medicina tradicional con la medicina convencional implica no solo declaraciones sino actitudes de aceptación en los encuentros cotidianos en el servicio de salud.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La satisfacción del usuario es uno de los resultados más importantes de prestaciones de servicios de buena calidad, de tal manera que determina si este continuara recibiendo nuestros servicios o los cambiará por otros.

Medir la satisfacción con los servicios sanitarios recibidos, es uno de los métodos que se puede utilizar para evaluar la calidad de atención que ofrecemos, pero también es una forma de participación de los usuarios en el sistema de salud al expresar su percepción y valores de los servicios.

El grado de satisfacción en el usuario es variable con relación a una serie de dimensiones que componen la atención sanitaria como ser:

- Relación médico paciente
- Competencia profesional.
- Accesibilidad y organización de los servicios
- Tiempo de espera para ver al profesional
- Tiempo pasado en la consulta

El Centro Salud de Itau se caracteriza en relación a otros servicios de salud de la red de Carapari por tener recurso humano apto, estable, TGN infraestructura y equipamiento apropiados para llevar a cabo una atención, a pesar de tener estas condiciones la atención es inadecuada, y esto se refleja en las denuncias verbales de muchos pacientes manifiestan su insatisfacción por el trato que reciben por el personal de salud.

Tal es el caso como ejemplo en un reunión de la comunidad se puede percibir las evidencias de discriminación del personal de salud cuando no se lo atiende en forma oportuna , no se proporciona la información adecuada para su tratamiento, se tiene que ir en busca del personal de salud , a su domicilio ya que nos encuentran dentro del servicio cuando se requiere en una emergencia, desean

que el mismo médico les atiendan, que cuando no se encuentra este, surgen los reclamos a las autoridades de la comunidad quienes hacen su representación a quien corresponde para solucionar estos problemas.

Si bien salud es uno de los pilares para que el ser humano este bien consigo mismo y con su entorno, muchos de nosotros mismos dejamos en últimas instancias de interesarnos en nuestra salud. Y esto se refleja en las reuniones comunales o barriales cuando uno de los temas a tratar que es salud esta al finalizar del orden del día, y cuando surgen los problemas recién salud esta primero y necesitan dar solución con celeridad a estos problemas donde solo el personal de salud es el responsable.

Todavía se puede percibir en algunos lugares o municipios que la salud es responsabilidad solo del personal sanitario, se desconoce el nuevo modelo de atención en Bolivia, donde la misma comunidad debe formar parte de ese pilar tan importante como es salud, o bien su participación es reducida

Las actividades de prevención y promoción son fundamentales en el trabajo de campo del personal de salud, con la finalidad de disminuir la morbimortalidad que se tiene en nuestro país, trabajar con sus costumbres, con su cultura, sus hábitos de la comunidad, conocer su perfil epidemiológico es necesario. Debemos enfocar con mayor énfasis este tipo de actividades, para que la misma comunidad sea responsable de su salud. Y a la vez buscar las posibles soluciones a los problemas que se puedan presentar en el trabajo del servicio de salud.

Después de conocer las definiciones de satisfacción y calidad de atención podemos afirmar que para obtener estos elementos es necesario trabajar con componentes subjetivos, desde la forma de comunicación, la interacción con el paciente, algunas gesticulaciones, maniobras, etc. para que usuario se sienta complacido con su visita.

El Centro de Salud Itau tiene para esta gestión asignado una población de 1050 habitantes establecidos por el INE con un área de influencia de 11 comunidades bajo su responsabilidad, que no solo es atendido por el personal de salud que trabaja en el mismo, sino también existe una brigada móvil municipal médico

,odontólogo y licenciada en enfermería y otra brigada móvil financiada por la Gobernación con el nombre de Brigada de reducción muerte materna infantil ginecólogo, médico general , dos licenciadas de enfermería constituidas una de ellas Como se puede observar recurso humano existe para llevar acabo su prestaciones de servicio en forma mensual visitando las comunidades en un lapso de 5 y 2 días respectivamente por ambas brigadas.

Describiendo este número de recurso humano se podría decir que gran parte de la población se encuentra protegida, pero los datos estadístico no reflejan tal evento porque realizando un análisis minucioso en nuestros libros de consulta durante este primer semestre se puede verificar que solo un 40 % de nuestra población asistió por primera vez al servicio de salud, por alguna patología y si vuelven nuevamente es por otra enfermedad.

Pese a la presencia de apoyo de las brigadas móviles de salud no se ha mejorado las coberturas y no se siente que la población tenga más empatía con el personal o el servicio de salud, sino refieren mal trato del profesional en salud y el personal de apoyo.

El usuario que demanda, al llegar al centro de salud en primer lugar debe esperar turno correspondiente en el servicio de admisión para la solicitud de su historia clínica, donde al registrar sus datos, la toma de signos vitales tiene otro tiempo de espera y su respectiva distribución a los diferentes consultorios.

Y una vez atendido por el servicio de medicina pasa a farmacia a recoger su medicación respectiva para terminar con este trayecto.

Es durante ese caminar que el paciente es víctima de algún maltrato, solo observamos lo biológico de la enfermedad y no así otros aspectos como son las costumbres del paciente, hacemos miramientos cuando este busca primero la atención de un medico tradicional o curandero y al no dar solución a su problema

recién optan por la medicina convencional o viceversa. El factor psicológico también es otro elemento a considerar tal es el caso de los ancianos que muchas veces prefieren ser escuchados que medicados, y el entorno social donde se desarrollan, desde su estilo de vida, condiciones de trabajo.

También debemos mencionar que uno de los municipios del departamento de Tarija como es Carapari goza de varios seguros de salud como son: (SUMI, SSPAM, SUSAT , PEASEC)¹ lo que demanda una gran afluencia de pacientes al servicio , estas políticas de aseguramiento lo que hace es dilapidar los recursos económicos del pueblo y el manejo administrativo en el llenado de los formularios durante la atención resta el tiempo necesario para atender al paciente en su integridad.

Lo que lleva que no haya mecanismos de consulta con calidad de atención que espera el paciente, no existen encuestas sobre la satisfacción , es posible que la población tenga un carácter dominante.....los pacientes dicen que debería existir un medico las 24 horas en el servicio, estas expresiones lo que buscan es un estatus de atención ,si analizamos esta situación, veremos que existen normas establecidas por la OMS para la distribución de recurso humanos en cada establecimiento de salud dependiendo de las características de área de trabajo como en el caso de los médicos debe tener una población asignada de 1000 habitantes y por cada licenciada de enfermería debe existir dos auxiliares . Por lo tanto el recurso humano que tiene el centro de salud de Itau es adecuado para su funcionamiento, pero la población al desconocer estos parámetros realizan sus exigencias sin previa información.

El punto de vista de la gente, sus necesidades y percepciones, generalmente son descuidadas tanto en la organización como en la provisión de los servicios de

¹ SUMI Seguro Universal Materno Infantil
SSPAM Seguro Salud Para el Adulto Mayor
SUSAT Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija
PEASEC Programa Especial de Atención a la Salud del Escolar Carapari

salud. Las actividades y programas están comúnmente organizados en base al punto de vista de los técnicos antes que en las necesidades y percepciones de la comunidad. Pero, *“nadie comprende más y mejor el punto de vista de la gente que la gente misma. Es muy difícil, casi imposible, percibir lo mismo que la gente percibe; en otras palabras, es necesario mirar las cosas a través de los ojos de la gente”* (Pedersen, 1991: 12).

Para que de esta forma se obtenga una atención en calidad y calidez al usuario, no solo depende del personal de salud, sino también del trabajo en forma conjunta tanto de la población como las instituciones competentes en salud.

En el centro de salud Itau no se han realizado investigaciones respecto a la calidad y tampoco se han identificado cuales son los factores limitadores o facilitadores para un trabajo en el marco de la calidad de atención esperada por la población y cumpliendo la normativa institucional emanada desde el mismo Ministerio de Salud y Deportes.

Conocer los facilitadores y limitadores en forma participativa nos dará una mejor explicación del hacer cotidiano en la prestación de servicios en el contexto de la normativa intercultural será una ventaja competitiva, porque de esta manera conoceremos elementos que hacen a las competencias culturales que debe poseer el servidor público de salud.

VI. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que influyen para obtener una satisfacción en el usuario que acuden a la consulta externa en el centro de salud Itau en el contexto de la interculturalidad?

VII. JUSTIFICACION

Si bien existen estudios sobre la satisfacción de los pacientes la mayoría de ellos están referidos desde la organización de los establecimientos de salud y son muy pocas las que se refieren al paciente mismo, los estudios revelan que la organización y la infraestructura son responsables de la calidad de atención que lleva a la satisfacción del paciente.

Sin embargo no existen estudios en nuestro medio que se refieran al paciente mismo, no se les ha preguntado cómo les gustaría ser atendidos, aun mas en el marco de la interculturalidad.

Este estudio dará evidencia de la satisfacción del paciente que acude a los establecimientos de salud en el marco de la articulación con la medicina tradicional como un elemento fundamental para el control de las enfermedades y producir salud.

Conocer el grado de satisfacción en atención lo cual nos muestra cualitativamente el nivel de calidad percibido por el paciente y realizar entrevistas a los pacientes es un modo de lograr conocer la percepción de las mujeres y hombres que acuden al servicio de salud en busca de alguna prestación de servicios de salud.

El presente estudio ayudara a identificar factores relacionados con las deficiencias correspondientes encontradas, con la única finalidad de mejorar las prestaciones de diferentes servicios que ofrece el centro de salud Itau.

Generar un modelo de atención a la salud donde el personal identifique y reconozca la existencia de otros modelos de atención y otras formas de interpretar la salud y la enfermedad; lograr asimismo, que la población participe en la adecuación de los servicios, fortaleciendo un sistema de atención a la salud complementario dentro de un esquema de coordinación y respeto.

Para que de esta forma todos los ciudadanos bolivianos y ciudadanas bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, en igualdad de condiciones gozarán de un buen estado y del derecho a la salud, teniendo acceso universal al Sistema Único de Salud, dentro del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural; se habrá eliminado las barreras de acceso a la salud de tipo económico, geográfico, cultural, en especial para los grupos vulnerables excluidos históricamente, garantizando entre otros, la presencia de personal de salud suficiente, capacitado y comprometido con las políticas nacionales de salud con la única finalidad de mejorar la calidad y la satisfacción de los usuarios y proveedores

VIII. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 Objetivo General

Identificar cuáles son los factores que influyen para obtener una satisfacción en el usuario que acuden a consulta externa en el centro de salud Itaù desde una perspectiva intercultural.

7.2 Objetivos Específicos

- Determinar la percepción de los usuarios (as) en relación al servicio de salud y recurso humano.
- Establecer el trato que recibe la madre de familia en el servicio de salud durante la consulta externa en menores de 5 años.
- Elaborar un proyecto de intervención para su posterior aplicación en el Centro de Salud Itau.

IX. DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio es cualitativo, porque es subjetivo, ya que revela percepciones, motivaciones y muestra la esencia del problema.

La técnica de recolección de información para este trabajo sería Grupo Focal, porque de esta forma determinare la percepción, sus preocupaciones, motivaciones del usuario y a la vez se obtendrá sugerencias para una mejora en la atención en el servicio de salud.

Se trabajara con cuatro grupos focales formado por 6 personas cada uno, la diferencia entre un grupo y otro es que estarán integrados por padres de familia que asistieron al servicio por una consulta para sus hijos menores de 5 años , el otro grupo está integrado por autoridades o representantes de alguna organización social como ser autoridad local de salud, representantes del centro de madres, educación , centro PAN que alguna vez buscaron asistencia médica independientemente del grupo etareo , otro grupo representado por la población en general, y por último el grupo de responsables populares de salud y médicos tradicionales.

El grupo focal estará integrado por un moderador y una secretaria, el tema a tratar será la percepción de usuario en relación a la atención del servicio de salud.

1.- INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Se trabajo con grupos focales donde las preguntas eran abiertas dirigido a los participantes que están organizados en cuatro grupos para ello se determino sobre la modalidad de recolección de información con la respectivo consentimiento informado y la utilización de una grabadora manual.

2.- PRESENTACION DE LA INFORMACION

El informe de resultados final está estructurado de la siguiente manera:

- Análisis de las respuestas al formulario en grupos focales sustentado con la descripción literal de las expresiones de los y las participantes en grupos focales.
- Elaboración de categorías de análisis.
- Discusión de los resultados
- Y conclusiones finales.

3.- CONSIDERACIONES ETICAS

Esta investigación consideró las previsiones para cumplir con los principios fundamentales de la ética de investigación en seres humanos.

- **Voluntariedad**

Las personas fueron invitadas a participar del estudio y completar la información voluntariamente consignada en el trabajo de grupo. Se les expuso los objetivos del estudio y los procedimientos que serán empleados. Las personas participantes no recibieron ningún premio por participar, ni castigo o represalia por no hacerlo.

- **Información consentida**

Fueron informadas de su derecho de aceptar o no la aplicación de un cuestionario o retirarse en el momento que deseen y de los procedimientos y los usos que se dará al estudio. Además, por el tipo de estudio no implicó riesgo o beneficio potenciales de participar en el estudio.

- **Confidencialidad**

Se protege la identidad de la personas. Ningún informe total o parcial tendrá identificarlas individualmente y solo la investigadora principal y las investigadoras asociados tendrán acceso a la información original.

- **Conocimiento de riesgos y beneficios potenciales**

Este estudio no prevé riesgos de tipo físico, social ni legal para las mujeres y hombres participantes y más bien pueden existir beneficios que se muestren en el diagnostico de su participación.

4.- INVESTIGACIÓN CON GRUPOS FOCALES

OBJETIVO

Identificar cuáles son los factores que influyen para obtener una satisfacción en el usuario que acuden a consulta externa en el centro de salud Itaù desde una perspectiva intercultural.

❖ Selección de participantes.-

Para realizar la selección de los participantes se eligió a 28 personas mayores de 18 años, que conformaron grupos focales de no más de 7 personas por cada grupo, todas las personas son miembros de la comunidad para la realización de la dinámica grupal, Teniendo estas personas que reunir ciertas características como ser:

- Ser mayor de 18 años.
- Haber nacido en la comunidad, o por lo menos estar viviendo en la misma desde hace 1 año
- Conocer en algo las necesidades que tiene el centro de salud de Itaù
- Haber alcanzado por lo menos un cierto grado de instrucción (Saber leer y escribir)
- Que asista al Centro de Salud , en forma regular para la atención de su hijo o hija menor de 5 años
- Que muestre cierta predisposición a realizar la evaluación

Para poder facilitar la asistencia de los participantes se escogió el día que se llevó a cabo el Taller del Comité de Análisis de la Información que realiza el Centro de salud en sus mismas instalaciones siendo este un lugar donde los participantes se sienten cómodos y no existe presión para inducir sus respuestas.

La invitación a los participantes se la realizó de forma verbal y escrita acudiendo a sus domicilios haciéndoles conocer a la vez el motivo de dicho estudio, y la metodología de trabajo a seguir.

❖ **Contenido temático de la guía**

Las preguntas que deberán responder los participantes son las siguientes:

1. ¿Cuándo Ud. Enferma donde acude en primera instancia? Porque?
2. ¿Cómo le gustaría que este organizado el servicio de salud? Porque?
3. ¿Cómo le gustaría que le atiendan cuando Ud. Visita al servicio de salud? Porque?
4. ¿Siente Ud., maltrato por algún personal de salud?

Medico

Odontóloga

Enfermera

Personal de limpieza

Conductor

❖ **Selección del sitio de la reunión**

Se decidió realizar el trabajo en el salón de reuniones del Centro de salud ya que estos cuentan con las comodidades necesarias para poder realizar el tipo de reunión que se tiene planeado.

Además de ser un lugar bastante accesible para las personas ,contándose también con medios para poder acomodar a las personas en “U”.

Luego de haber realizado la invitación a las personas estas acudieron a la reunión establecida que se efectuó el jueves 30 de junio del 2011 a hrs. 11: 30 de la mañana concluyendo la misma a las 13:30 de la mañana, en los ambientes del salón de reuniones del Centro de salud

Se inicio la reunión con las 28 personas citadas bajo el siguiente orden del día:

- Registro de participantes
- Bienvenida a los asistentes por el moderador
- Se entrega material de escritorio (lápices, borradores, tajadores, bolígrafos) a los participantes.
- Explicación por parte del moderador sobre el motivo de la reunión
- Información del trabajo de investigación por parte del moderador con el apoyo de material didáctico (pizarra acrílica)
- Aclaración de dudas de los participantes
- Refrigerio
- Resolución de la guía de evaluación
- Conclusión de la reunión

❖ **Moderación de la sesión de discusión**

La Dra. Gladys Alfaro, responsable del Centro de salud de Itau cumplió el papel de moderador de la sesión de discusión del grupo focal, informando sobre las partes del trabajo, resolviendo las dudas que los participantes tuvieron y actuando de la manera más neutral posible, sin dirigir las respuestas del grupo para que los resultados sean lo más confiable posibles.

❖ **Dinámica funcional del grupo focal**

Se realizó la apertura de la sesión a las 10:30 de la mañana iniciándose con la bienvenida a los participantes y la posterior explicación a los mismos sobre los objetivos del presente trabajo, y la metodología que se utilizara en el transcurso de la sesión.

Posteriormente se procede a acomodar a los participantes en forma de “U” para facilitar el desarrollo de la sesión.

Se procede a analizar entre el grupo y el moderador la guía de evaluación, y las finalidades de la misma.

Finalmente y siendo las 13:30 de la mañana se procede al cierre de la sesión, agradeciendo a los participantes por el apoyo prestado y explicándoles como serán utilizados estos datos y clausurando con esta jornada de trabajo con un almuerzo.

5.- Características de la población de estudio:

La Región Autónoma del Chaco Tarijeño presenta la mayor tasa de crecimiento intercensal de 4,80%, en tanto que la provincia Méndez registra la menor tasa con 0,76%.

El Municipio de Caraparí es el que tiene el más alto Índice de Masculinidad en todo el departamento con un 131,02%, con una tasa global de fecundidad de 5,1 hijos por mujer y una población mayor de 15 años que vive en unión del 56,61%.

El Municipio de Caraparí, agrupa a 2.170 unidades familiares y 2.152 viviendas; el promedio de personas por familia en el Municipio es de cinco miembros por familia y una densidad poblacional de 2,8 habitantes por km².

Con relación a la migración del municipio de Caraparí, se puede identificar que el 41% de personas migran hacia la ciudad de Yacuiba, el 28% del total de la migración van a la república Argentina y el 27% hacia la ciudad de Tarija.

De acuerdo al INE la población de Itau es de 1050 habitantes, esta zona se caracteriza por la existencia de dos pozos gasíferos, que da origen a la inmigración de personas que vivían en el occidente de Bolivia desde hace mas de 15 años atrás , quienes vinieron con la esperanza de mejorar su calidad de vida, y decidieron permanecer hasta estos tiempos por que viven de la agricultura y ganadería y del trabajo que realizan en la zona de estos pozos.

La población wenayec que es una raza que cada vez va desapareciendo, y su estilo de vida está arraigada en sus costumbres y tradiciones

X. RESULTADOS.

Luego de haber realizado la sesión y haber recogido las apreciaciones del grupo de trabajo, se pueden obtener los siguientes resultados:

1.-¿Cuándo Ud. Enferma donde acude en primera instancia? Por que?

Con esta pregunta se analizó por cada grupo y las madres de familia manifestaron que primero visitan al servicio de salud *´ Yo doctorita vengo primero al hospital para hacer ver a mi hijo* ".....porque su responsabilidad hace que cualquier enfermedad que padezcan sus hijos debe tener su importancia respectiva, y esto se refleja cuando ellas mismas asisten al servicio para llevar acabo su control de crecimiento y desarrollo en forma mensual si el niño o niña es menor de 2 años. EL grupo de la población en general argumentaron que visitan el servicio después de dos a tres días si su patología no cede sin tratamiento alguno, entonces recién van en busca de alguna medicación, aquí nos damos cuenta la gente sigue postergando su salud por diferentes razones, ya sea por el trabajo, el factor tiempo, la inaccesibilidad al servicio se puede visualizar que todavía existen barreras para que la población no asista al servicio de salud. A mi criterio no es que se pretenda que haya mayor demanda en atención sino que se debe trabajar más en actividades prevención y promoción ,para que la comunidad cuide su salud y de esta forma se puede eliminar algunas barreras encontradas , En cambio el grupo de las autoridades refirieron que asisten primero al centro de salud, como son personas que tienen un grado de instrucción, conocen de la importancia que tiene el estar saludable,

con la finalidad de producir en su trabajo , en su familia y en su vida social, también argumentaron que cuando no logran solucionar su dolencia recién estarían buscando otras opciones como visitar a un médico de la ciudad , o especialista o finalmente al médico tradicional, lo que no ocurre con los participantes de los médicos tradicionales y agentes comunitarios que ellos primero utilizan la medicina casera y después optarían por la medicina convencional, porque sus costumbre y tradiciones están primero.

Otro factor a tomar en cuenta es que todos de alguna manera desean ser atendidos en un servicio de salud y con la presencia de un médico y si no existe este retornar en otra oportunidad. Se explica esta actitud por que asumen que el **medico es más leído, sabe mucho mas ;** *yo prefiero que me atienda un médico*” y esta es la razón por la que con frecuencia buscan atención de 24 horas realizada por un médico o médica. En ningún caso asumen los costos que implica una atención de este tipo, tampoco reconocen los beneficios y perjuicios de una atención sostenida cuando la población es de 1050 habitantes

Estos resultados, contradice a otras experiencias, donde el itinerario terapéutico de la búsqueda de atención es primero buscar medicación casera, luego la farmacia, medico tradicional y finalmente un médico que atiende convencionalmente.

2.- ¿Cómo le gustaría que este organizado el servicio de salud?

Por que

Las autoridades mencionaron que el horario de atención es acorde a sus necesidades, pero que debería existir un personal de turno en el servicio durante las 24 horas para que de esta forma el paciente no

tenga que esperar tiempo innecesario, que el personal existente es suficiente para organizar los turnos.

Los otros dos grupos formados por padres de familia algunos indicaron que el horario de atención no es el más adecuado ya que su estilo de vida es salir a trabajar en horas muy tempranas de la mañana y retornan a medio día y en ese momento requieren los servicios del personal de salud .Que el médico no debe ausentarse porque se lo necesita.

Que los medicamentos que se dispensan nos solo debe ser el paracetamol, que debe existir una venta de otros medicamentos alternativos, para que la farmacia este mejor equipada.... *Otra cosa doctora los medicamentos que nos dan son los simples, como el paracetamol....*

Analizando la problemática de los medicamentos, en todos los servicios de salud se puede observar que es inmensa por que las políticas de aseguramiento nos limitan a buscar otras opciones en cuanto a tratamiento ya que existe un libro de prestaciones con sus medicamentos establecidos

Los agentes comunitarios quienes manejan una botica comunal indicaron que se debe trabajar en forma más coordinada con el centro de salud, , *“solo con la permisión de Dios yo curo ”*, que su pequeño botiquín debe ampliarse con más insumos y medicamentos que ellos puedan dispensar, ,Yo curo solo con la permisión de Dios , ya que su función de ellos como su nombre lo indica es vigilar la salud de su comunidad, realizar acciones de prevención con charlas educativas, orientar al paciente cuando debe visitar al servicio de salud, realizar referencias de pacientes al centro de salud, y dispensar medicamentos solo de emergencia hasta que el enfermo

pueda llegar al servicio de salud, ya que existen personas que viven en áreas muy dispersas. Los médicos tradicionales informaron que años antes se les proporcionaba un paquete para la atención de partos domiciliarios, utilizaban un registro de sus atenciones y daban a conocer al servicio, donde actualmente no se tiene este tipo de relación con el personal de salud ya que hace tres gestiones atrás se terminó esta dotación de insumos, y desde entonces el partero trabaja solo por lo tanto se debe retomar estas acciones ya que el nuevo modelo de salud familiar comunitaria e intercultural enfatiza el trabajo es estos.

3,¿Cómo le gustaría que le atiendan cuando Ud. Visita al servicio de salud ? Por qué?

En una relación médico paciente intervienen muchos factores, desde la percepción del usuario cuando llega en busca de una atención, los momentos gratos y desagradables que percibe, desde que ingresa al servicio hasta que es despachado.

El respeto ,la equidad, la eficiencia de los prestadores de salud hacen que el usuario se sienta satisfecho al asistir al servicio, y cumplir con estos requisitos en su totalidad es un poco difícil pero no imposible porque son características subjetivas donde se tiene que ver desde el carácter de las personas, sus pensamientos , sus usos y costumbres.

Todos los participantes mencionaron que esperan recibir un trato digno, con calidad, que exista comprensión, por que el paciente necesita ser escuchado viene aquejando un dolor y necesita encontrar alivio.

Se puede determinar que la calidez de atención a través de la comunicación fluida y con un trato cordial hacia el usuario del servicio

es lo que necesitan. Aquí en esta pregunta llama la atención la expresión de una participante que manifestaba que cuando la mujer embarazada llega al servicio de salud debe ser atendida de acuerdo a sus costumbres, si ella decide tener su parto de rodillas o de pie o si necesita la presencia de un partero que el personal de salud se lo permita. Ya que muchas veces, las mujeres embarazadas semanas antes de dar a luz visitan al partero para hacerse **componer**, *“también componemos a las mujeres embarazadas”* y ellas se sienten seguras y con confianza durante el parto por que ya visitaron antes al curandero. Analizando esta situación inclusive la participante refirió que debe haber un trabajo articulado entre el médico y el curandero, porque mucha personas antes de asistir al consultorio médico visitan al curandero o viceversa. Y es aquí no también se genera una discrepancia entre el personal de salud y el paciente, porque si este informa que visito primero al curandero el personal sanitario reacciona en contraposición, enfatizando que el paciente tiene que asistir primero al consultorio médico, que es ahí donde tiene que buscar la solución de su problema y no cuando existan complicaciones o se inicie un tratamiento no oportuno.

Esta situación es todavía visible en el servicio sanitario, porque el funcionario desconoce la nueva política de salud que es SAFCI, sus objetivos, sus principios lo que conlleva a este tipo de actitud.

4.Siente UD. Maltrato por algún personal de salud.

Tal vez esta pregunta es muy subjetiva ya que los mismos participantes, se vieron intimidados con esta interrogante, ya que el hecho de decir la verdad piensan que serán señalados y creen que repercutirá en alguna acción, pero al inicio del trabajo grupal se aclaró que esta actividad no tiene la finalidad de buscar culpables sino de encontrar soluciones a los problemas que hacen que el servicio de salud no obtenga la satisfacción del usuario.

El grupo de autoridades manifestaron que no tuvieron ninguna experiencia de maltrato del personal de salud y que más al contrario se sienten agradecidos por el trabajo que hacemos por el bien de la comunidad.

Pero el grupo de las madres de familia y de la población en general hicieron su participación argumentando que en varias oportunidades recibieron algún ofensa , discriminación , rechazo , la irresponsabilidad por el personal de enfermería ha hecho que de alguna manera u otra la población rompa con el silencio y lo pronuncie , *yo doctorita pido aquí en el centro de salud del médico no me quejo pero sí del personal de enfermería le pido que cambien a otra persona o ya se siente cansada , cuando uno viene de lejos uno no viene de ganas , a molestar, en cuanto al horario de atención porque no cambian como en Yacuiba de siete a las una , yo salgo de mañanita y llego a las doce y no hay atención lo mismo en la tarde , vengo tarde, si se sigue así van a tener apoyo síno*

Aquí se puede visualizar que el actuar de las personas ya no es como años antes donde el médico o cualquier personal de salud siempre tenía la razón, ahora estos tiempos han cambiado la población participa en la toma de decisiones y accionar en lo que es salud, con la finalidad de mejorar la calidad de atención en los servicios de salud.

En esta pregunta cabe mencionar que en una reunión de la comunidad con autoridades de salud ,representadas por la Coordinación de Red, Gobernación de Carapari, llevándose a cabo a inicios de gestión manifestaron con lagrimas en los ojos que existe maltrato por el personal de salud, e inclusive señalaron el nombre personal de enfermería) , lo que se determina que no existe buenas relaciones , la actitud del personal no es la más adecuada , que es

un personal ya cansado , desmotivado , y debería solicitar su cambio de trabajo.

ANALISIS POR CATEGORIAS

Tabla N3 Categorías de la Calidad de Atención en el Centro de Salud Itau, 2011

Categoría	Población	Autoridades	Madres	PS y M.T.2
Tiempos de Espera	Largo	adecuado	largo	adecuado
Mal trato	Si existió	No existió	existió	No existió
Itinerario Terapéutico	autocuracion	Terapéutica convencional	Medicina convencional	Medicina tradicional
Perfil del profesional	medico	medico	medico	medico
Satisfacción	no	si	no	no
Horario	No adecuado	adecuado	No adecuado	adecuado

Calidad de atención para los y las usuarias del servicio de salud Itau es :

Cuando no me hacen esperar mucho tiempo, que no me maltraten por mi condición de indígena o pobre, que acepten que tengo derecho a buscar atención donde me siento mejor, y sea un médico o médica la que me atienda y en horarios de 24 horas.

2 PS. Promotores de salud
MT Médicos Tradicionales

XI . CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

Con este trabajo de investigación se puede determinar las siguientes conclusiones:

El itinerario terapéutico en las personas entrevistadas se inicia con la búsqueda del médico convencional en un centro de salud.

- Es importante fortalecer la atención en el centro de salud, incorporando a médicos tradicionales sistemáticamente de tal manera que no cause rechazo de parte de la población.

Las madres de familia mencionaron que el horario de atención no es acorde a sus necesidades, que exista un personal de turno en el servicio durante las 24 horas

- Evaluar si el horario de atención es el adecuado, y si justifica la permanencia de 24 horas del médico.

La población demanda una farmacia de libre disponibilidad que sea sostenible en el tiempo y a costos que la población pueda acceder o pagar.

- Se necesita implementar la farmacia del servicio de salud con medicamentos a la venta ,siempre y cuando exista una prescripción de un personal de salud

El trabajo de los médicos tradicionales y promotores de salud a pesar de su motivación, existe deficiencia en la coordinación con el servicio de salud

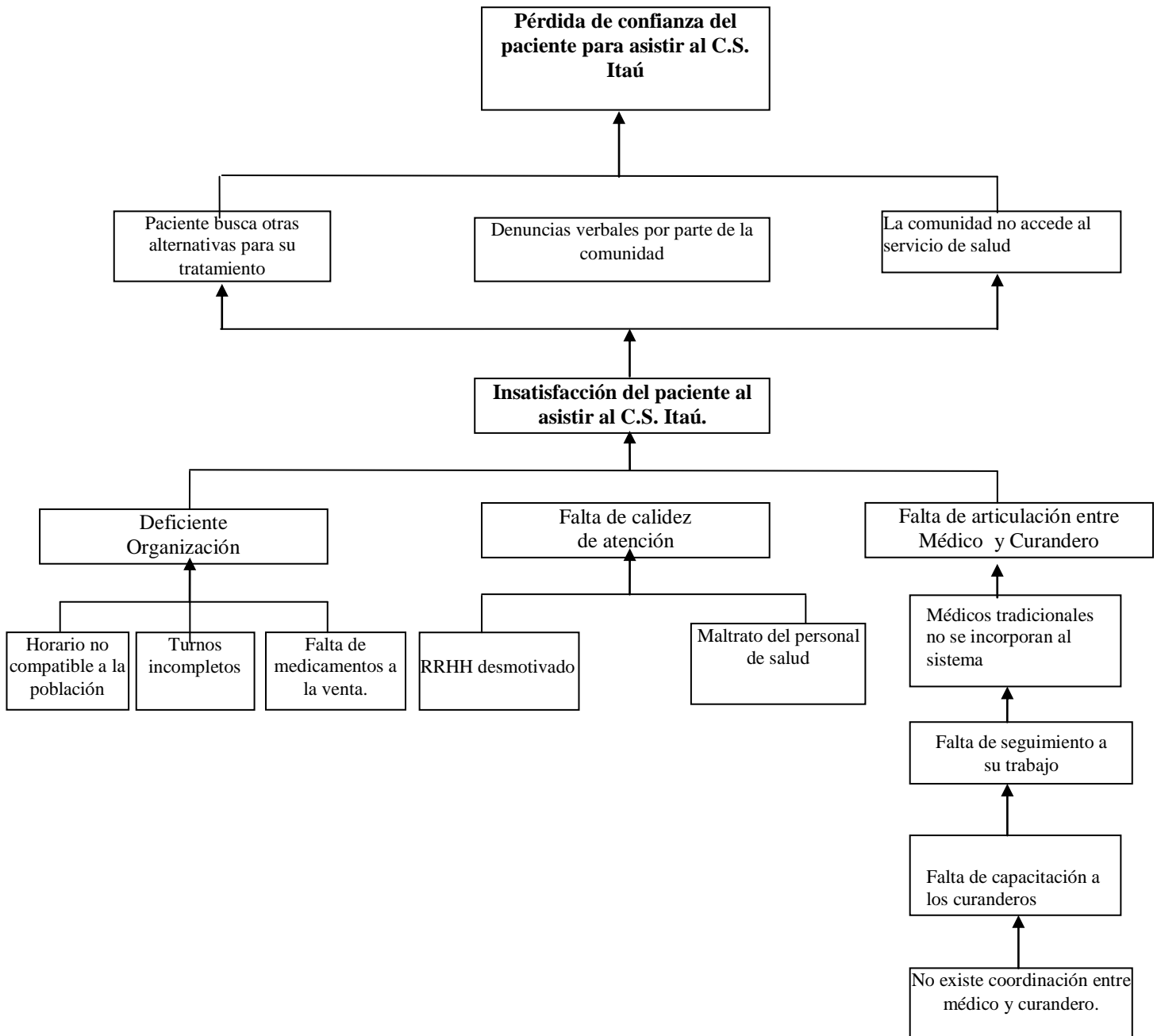
- Se tiene que trabajar en forma regular con la participación de los médicos tradicionales y agentes comunitarios ya que en la actualidad el nuevo modelo de salud en Bolivia enfoca el trabajo de estos personajes que tienen otro forma de hacer medicina.

El grupo de la población en general determina que existió un mal trato en la atención recibida por el personal de enfermería.

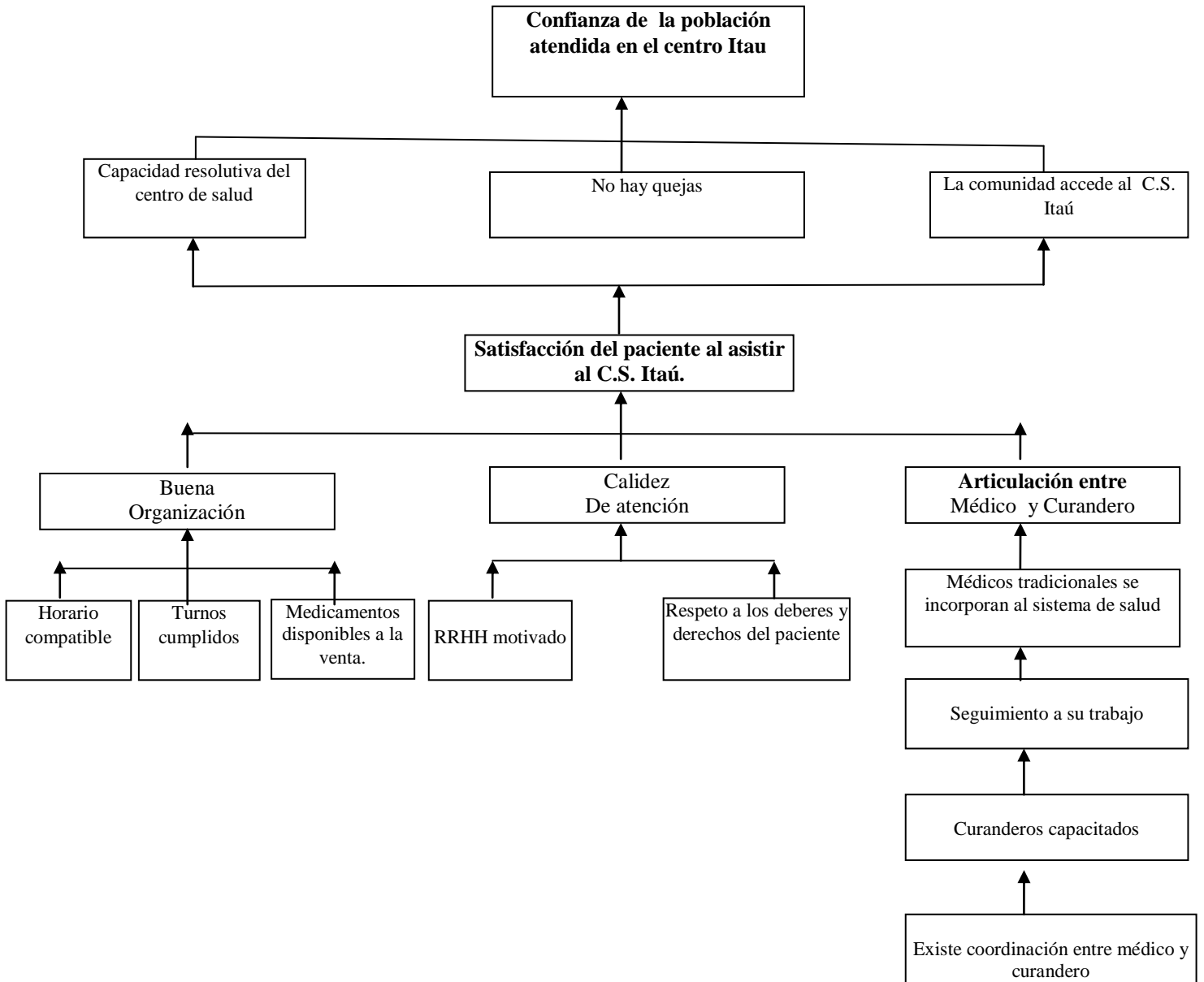
- Orientar al personal de salud que se tiene que trabajar con calidez y calidad de atención desde que el paciente ingresa al centro de salud en busca de la medicación para su dolencia.

PROYECTO DE INTERVENCION

ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE OBJETIVOS



ANALISIS DE LOS BENEFICIARIOS

BENEFICIARIOS DIRECTOS	BENEFICIARIOS INDIRECTOS	NEUTRALES	AFECTADOS
900 personas que asisten al servicio de salud de Itau y en especial a las madres de familia que llevan a sus hijos a sus controles de crecimiento y desarrollo	Población en general, hombres y mujeres , niños y niñas , personas de la tercera edad que buscan la atención del servicio de salud de Itau	Personal que no asiste al Centro de Salud Itau	Personal de salud que no tiene la misma ideología.
	Médicos Tradicionales en la incorporación de su trabajo al sistema de salud.		

ANALISIS DE VIABILIDAD

La viabilidad para llevar adelante este proyecto es factible por lo siguiente:

- Como es un proyecto que beneficia a la población y al sector salud será presentado al municipio para que sea insertado en el POA 2012 dentro de las demandas y la partida de capacitación del personal de salud.
- Como el municipio de Carapari cuenta con recursos financieros, el Ejecutivo Municipal, necesita proyectos para realizar la ejecución presupuestaria, con la finalidad de que estos recursos sean en beneficio de su población.
- Para lograr obtener una atención en salud con calidad, es necesario determinar cuáles son los problemas o causas que determinan que el usuario no encuentre satisfacción al asistir al centro de salud ya que el problema, no solo es en este servicio sino en muchos de ellos por lo que es necesario trabajar para en busca de las soluciones, ya que los beneficiarios directos lo constituyen una gran porcentaje de la población y sobre todo la mujer o madre de familia.

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURAL Y SALUD

- Lo que se pretende con este proyecto es brindar el bienestar de la comunidad al presentarles este proyecto indicando que el centro de salud les ofrecerá los servicios con calidad de atención.
- Es viable porque sensibilizaremos a recursos humanos con una nueva visión en salud, donde la atención será integral, con un enfoque intercultural.
- El incorporar el trabajo de los médicos tradicionales a nuestro sistema en salud será un gran logro, porque rescataremos la cultura propia de cada región .
- Los resultados de este proyecto serán percibidos cuando los pacientes manifiesten su satisfacción después de asistir al servicio de salud, y servirá como proyecto piloto para otros centros y puestos de sanitarios del municipio de Carapari.

MATRIZ LOGICA

OBJETIVO GENERAL:	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Mejorar la calidad y eficacia de las acciones de salud dirigida a los usuarios para obtener el grado de satisfacción de los mismos introduciendo componentes de interculturalidad y de respeto mutuo en el C.S Itau	1) 80% de los pacientes que asisten al servicio de salud se encuentran satisfechos con la atención recibida	Entrevistas Libros de actas Registros Buzón de sugerencias	
OBJETIVOS ESPECIFICOS: Implementar un plan de capacitación sobre calidad de atención con enfoque intercultural al personal de salud.	100 % Personal de salud capacitado respetando las costumbres de los pacientes	. Libros de actas, -Planilla de asistencia, Fotografías, Material educativo e impreso, Observación directa, Entrevistas	La política SAFCI está funcionando en el centro de salud efectivamente.
RESULTADOS 1.-Poblacion accede al Centro de Salud de Itau con atención intercultural 2.- Población satisfecha con la atención humanizada en el centro de salud Itau 3.- Funciona la referencia del médico convencional y el médico tradicional. 4.- Personal de salud maneja criterios de calidad con enfoque intercultural.	80 % de la población accede al Centro de salud Itau 80 % de la población recibe una atención con calidad en el centro de salud Itau Trabajo coordinado para obtener una articulación y complementariedad del equipo de salud con los médicos tradicionales 80 % del personal de salud que trabaja con criterios de calidad en el centro de salud Itau	Libros de consulta externa Historia clínicas Buzón de sugerencias Actas de reuniones con el personal de salud Entrevistas con los pacientes Informes mensuales Boletas de referencias Libros de registros Observación directa Buzón de reclamos	Confianza de la población hacia el Centro de salud Las autoridades de la Gobernación y municipales fortalecen los procesos de capacitación del personal de salud El modelo de salud SAFCI se está implementando Personal de salud capacitado

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURAL Y SALUD

<p>ACTIVIDADES</p> <p>1.1.- Informar a la población sobre los servicios que brinda el centro de salud</p> <p>2.1.- Realizar reuniones de autoevaluación en el centro de salud Itau</p> <p>2.2.-Elaborar un Plan de capacitación sobre calidad de atención en los servicios</p> <p>2.3-Socializar los derechos y deberes del paciente y del personal de salud</p> <p>3.1. Realizar reuniones de coordinación entre el personal de salud y los médicos tradicionales</p> <p>3.2 Socializar el modelo SAFCI a los médicos tradicionales</p> <p>4.1 Elaboración de un manual de criterios de calidad con enfoque intercultural</p>	<p>100% del personal de Salud que brinda atención informa sobre los servicios que ofrece el centro de salud Itau</p> <p>4 Talleres de autoevaluación realizados en el centro de salud Itau</p> <p>Plan elaborado</p> <p>80% de la población conoce sus deberes y derechos en salud</p> <p>4 talleres de coordinación realizadas en el Centro de salud Itau</p> <p>90 % de los médicos tradicionales de Itau conocen el modelo SAFCI</p> <p>Manual de Criterios de calidad de atención elaborado</p>	<p>Entrega de boletines Entrevistas con los pacientes Registros de visitas domiciliario</p> <p>Libros de actas Planes de acción</p> <p>Documento impreso Notas de gestión</p> <p>Actas de reuniones Trípticos Entrevistas</p> <p>Libros de actas -Planilla de asistencia Fotografías</p> <p>Material educativo e impreso Observación directa Entrevistas Documento impreso</p>	<p>Disponibilidad de material impreso Recursos económicos suficientes</p> <p>Elaboración de un plan de trabajo</p> <p>Personal de salud comprometido en su trabajo</p> <p>Disponibilidad de material impreso</p> <p>Elaboración de un plan de trabajo</p> <p>Modelo SAFCI implementado</p> <p>Personal de salud comprometido</p>
---	---	--	--

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	ENERO 4 SEMANAS				FEBRERO 4 SEMANAS				MARZO 4 SEMANAS				ABRIL 4 SEMANAS				MAYO 4 SEMANAS				JUNIO 4 SEMANAS				JULIO 4 SEMANAS			
1.- Informar a la población sobre los servicios que brinda el centro de salud																												
2.-Realizar reuniones de autoevaluación en el centro de salud Itau																												
3.-Elaborar un plan de capacitación sobre calidad de los servicios																												
4.-Socializar los derechos y deberes del paciente																												
5.-Realizar reuniones de coordinación entre el personal de salud y los médicos tradicionales																												
6.-Socializar el modelo SAFCI a los médicos tradicionales con talleres de capacitación																												
7.-Elaboración de un manual de criterios de calidad con enfoque intercultural																												

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURAL Y SALUD

PRESUPUESTO

DESCRIPCION DE BIENES Y MATERIALES	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO	PRECIO	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
		UNITARIO	TOTAL	
ACTIVIDAD 1				MUNICIPIO
Impresión de boletines informativos mensuales	1000	5.00	5.000,00	
Material Educativo trípticos ,folletos	500	3.00	1.500,00	
Cuñas radiales 120 pases por mes	7 meses	300.00	2.100,00	
Adquisición de Banners de 2mts.	10	300.00	3.000,00	
Adquisición de un televisor SONY de 42 pul.	1	6.000.00	6.000.00	
Adquisición de un DVD SONY	1	1.000,00	1.000,00	
Adquisición de un estante metálico para televisor	1	1.000,00	1.000,00	
Adquisición de CD , videos educativos	100	5.00	500,00	
ACTIVIDAD 2				
Hojas de papel bon tamaño carta resma	2	50	100,00	
Fotocopias	200	0.50	100,00	
Alimentos y bebidas	70	30		
ACTIVIDAD 3				
Hojas de papel bon tamaño carta resma	2	50	100,00	
Fotocopias	200	0.50	100,00	
ACTIVIDAD 4				
Impresión de boletines informativos mensuales	1000	5.00	5.000,00	
Material Educativo trípticos ,folletos	500	3.00	1.500,00	
Cuñas radiales 120 pases por mes	7 meses	300.00	2.100,00	
Adquisición de Banners de 2mts.	10	300.00	3.000,00	
ACTIVIDAD 5 y 6				
Hojas de papel bon tamaño cara resma	5	50	250.00	
Fotocopias	500	0.50	250.00	
Alimentos y bebidas	70	30	2100.00	
Lapiceras	70	5.00	350.00	
Folders	70	3.00	210.00	
Pasajes	10	30.00	300.00	
Facilitador	1	10.000	10.000	
ACTIVIDAD 7				
Hojas de papel bond tamaño carta Resma	2	50.00	100.00	
Impresión del documento	10	150	1500	
TOTAL			47.410.00	

BIBLIOGRAFIA

FUENTE INE Reporte demográfico Tarija Bolivia 2001

Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1998;40:3-12.

Ermida Jorge Investigación Operativa de la Humanización y Adecuación cultural de Parto, Ecuador 2004

Plan de Desarrollo Sectorial 2010-2020

Organización Panamericana de la Salud, 2001

Reimer S. The Politics of Belonging and Intercultural Health Care. *West J Nurs Research*. 2003; 25:762-80.

Duarte M. Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19:635-43.

Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114(Supl 3):26-33.

Calnan M. Citizens, users and health care. *Eur J Public Health* 1997;7(1):1-2.

Marquet R, Pujol G, Jiménez J. Cuestionarios de satisfacción: ¿una respuesta demasiado sencilla para un tema demasiado

complejo? *Cuadernos de Gestión* 1995;1(1):23-33.

Blendon RJ, Donelan K. Public opinión about Spain.s National Health System. Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Anexo III. Madrid, 1991.

Laguna Oscar, Pueblos Indígenas y Originarios y Salud Intercultural Bolivia. Junio 2007

Ministerio de Salud y Deportes, 2007: 7 en: Royder y Angeloni, 2007

Menéndez, Eduardo. Hacia una práctica médica alternativa. Cuadernos de la Casa Chata CIESAS, México

Lele M, Sheth J. El c). liente es la clave. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A. (1989).

Zas Ros Barbara La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud Habana Cuba 2006

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURAL Y SALUD

Carta de los Derechos de los Pacientes. CONAMED.

<http://www.conamed.gob.mx/derpacientes.htm> México 2003

Ministerio de Salud y Deportes, Vice-ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia, alcances de la medicina tradicional, MSD, La Paz Bolivia, 2010, pp 34

Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Planificación, “Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020, “Hacia la Salud Universal” La Paz Bolivia, 2009. Pp 13

**MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
FAULDAD DE MEDICINA UMSA-UNIDAD DE POST GRADO
ESPECIALIDAD EN SALUD E INTERCULTURALIDAD**

GRUPO FOCAL

1. ¿Cuándo Ud. Enferma donde acude primero?
¿Por qué?

2. ¿cómo quiere que este organizado el servicio?
¿Por qué?

3. ¿Cómo le gustaría que le atiendan?
¿Por qué?

4. ¿siente Ud., maltrato por alguien del personal del centro de salud?

Medico

Odontólogo

Enfermera

Conductor

Mucama

RELATO TEXTUAL

El trabajo grupal que se va a realizar es el siguiente, lo que queremos saber de ustedes son las percepciones con referente a la forma de atención, a la satisfacción del usuario, a la calidad de atención del servicio, quiero aclarar que esto no es para enfrentamientos, para ello hay cuatro preguntas para analizar estos puntos.

Como hay cuatro grupos el grupo de los médicos tradicionales, agentes comunitarios, otro de las autoridades de la comunidad, madres de familia, y representantes de la población en general

Para ello hay cuatro preguntas

La primera pregunta es cuando usted enferma donde acude primero por ejemplo si va al centro de salud o va a un medico tradicional o curandero

La segunda pregunta es cómo quiere que este organizado el servicio, si usted quiere que haya más personal de salud, y si así se mejore el servicio, si usted está de acuerdo con el horario, si hay calidad de atención por parte del personal

La otra pregunta es cómo les gustaría que se les atienda a ustedes, si ustedes quieren hacerse atender con el médico tradicional, tal es el caso de los partos

Y la última pregunta es si alguna vez tuvieron algún maltrato por parte del personal, no es necesario que especifiquen con nombres, solo decir si es médico, odontólogo, enfermera o personal manual.

Se les dar un lapso de 30 minutos para que analicen conversen aporten con sus experiencias y luego se hará la representación de cada grupo donde ustedes eligen un representante, y todos por supuesto participan.

Bueno ahora participemos y presentemos nuestras opiniones a ver profe. Dra. nosotros como grupo hemos analizado diferentes opiniones y llegamos a la conclusión que la profesora Isabel será la moderadora y representante del grupo quien dará a conocer las siguientes conclusiones Bueno como grupo hemos llegado a la siguiente conclusión sobre donde acudimos cuando estamos enfermos , todo el grupo dice que primero legamos al centro de salud

La pregunta dos nosotros hemos visto que el horario está bien, que el personal de salud debe trabajar en tres horarios un personal este en el turno de la mañana, otro en la tarde y otro por la noche, que este el personal las 24 horas, no todo el personal tiene que estar en un solo turno por

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

ejemplo doña Mari que este en la mañana se va a descansar y doña Marlene viene por la tarde e nuestra sugerencia.

Luego también hemos tomado el punto de los medicamentos como sugerencia que se trate de implementar los medicamentos de acuerdo a la necesidad de los pacientes y al estado de salud de los mismos, viendo la situación de la farmacia hay personas que vienen con fuertes dolores de estomago y no hay un calmante y lo que hacen es llevar a Yacuiba y ahí le ponen un calmante fuerte y hay que comprarlo de alguna manera se trate de implementarlo.

Luego la pregunta tres, como nos gustaría que nos atiendan en el centro de salud, queremos que se nos trate con amabilidad, respeto, buenos modales, caritativo

Luego en la última pregunta con referente al maltrato del personal de salud todo el grupo ha determinado que nadie sufrió una discriminación o maltrato al contrario siempre hemos visto predisposición. Eso sería

Doctorita tal vez con referencia al horario de ocho a once y de tres a seis, esta situación también que se respete tanto por el funcionario como el usuario muchas veces el personal de salud sale esa hora por una simple dolencia el personal tiene que volver. que se respete horario tanto por el beneficiario como por el usuario. Aquí en el tres no hemos olvidado también es importante poner el respeto a los usos y costumbres ,hay señoras que no quieren subir a las camillas por que en las casa tienen sus hijos de rodillas ustedes tienen que decidir si quieren de rodillas en el piso doctorita se me viene aliguito en la mente con referente al respeto de los horario tal vez dando una explicación sobre lo que es realmente una emergencia muchas veces por una simple dolencia que tiene que nuevamente atender a veces hay un letrero que solo se atienden emergencias , en cuanto a este punto se está tocando en las reuniones comunales muchas veces vienen cuando el dolor se presenta en el momento , no cuando se presenta hace tres cuatro días , la fiebre , las diarreas , en niños y abuelitos los deshidrata , cualquier herida cortante es también una emergencia a veces vienen de tres días con heridas sobre infectadas pero hay que tener conciencia sobre la salud la enfermedad y como se puede prevenir ya hacíamos mención que las actividades de prevención y promoción ya que no todo se va solucionar en la parte asistencial se tiene que trabajar con los agentes comunitarios y médicos tradicionales para hacer prevención y promocióne como es un tema amplio

Pasando al otro grupo es de los médicos tradicionales y los agentes comunitarios que han logrado determinar si tiene alguna experiencia que puedan dar a conocer

En la pregunta uno.

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

Para que haya más coordinación con el trabajo de nosotros, en cuanto a los medicamentos no falte en la pregunta tres queremos ser atendidos con más cuidado, amabilidad, como les gustaría que coordinemos, participar con nosotros, comprendernos entre ambos, o las emergencias que sean en las noches, para pedir la ambulancia, a veces hay partos en la noche no hay a quien hablar a veces no hay el médico, y las emergencias no esperamos tener que dejar de trabajar.

En la pregunta cuatro no hay ningún maltrato, en el caso de los turnos de la noche el personal permanezca en el hospital la mayor parte en la noche hay casos en la noche que hasta que van a buscar al personal puede pasar algo, yo como agente comunitaria, yo no tengo ninguna clase de apoyo del hospital, solo con la permisión de Dios, usted sabe que yo me compro los medicamentos de mi propio bolsillo y por eso yo atiendo a las familias para dar no será cantidad pero calidad, no atiendo en yo en primer lugar, viene aquí primero, a veces su bebé está con vómitos usted le da pastillas termina la reacción de la pastilla y otra vez vomita y nosotros ahí le componemos o también le curamos de la asustadura, lastimadura, hacemos los matecitos, también componemos a las mujeres embarazadas, cuando pasa la reacción del medicamento o veneno yo le llamo así a veces hasta se desmayan, a veces el puerperio en el parto, el partero no es capaz de atender, ya tenemos que llamarle o llamar a la ambulancia para que vaya a traer a la paciente. don Pedro que experiencia tiene, yo hago composturas nada más.

A ver el grupo de las madres deben tener alguna experiencia, yo doctorita pido aquí en el centro de salud del médico no me quejo pero si del personal de enfermería le pido que cambien a otra persona o ya se siente cansada, cuando uno viene de lejos uno de viene de ganas, a molestar, en cuanto al horario de atención porque no cambian como en Yacuiba de siete a las una, yo salgo de mañanita y llego a las doce y no hay atención lo mismo en la tarde, vengo tarde, si se sigue así van a tener apoyo sino ..

Yo también doctora cuando salgo de mi casa vengo en caballo a una hora, que se debe modificar el horario se ponga turnos, a veces se hace la noche y da miedo cuando llego a las once ya no me quieren atender.

Otra cosa doctora los medicamentos que nos dan son los simples, como el paracetamol, porque no se pone una farmacia a la venta poner de nuestro bolsillo para comprar los medicamentos, nosotros como guaraní no tenemos problemas con el personal estamos bien

Yo como es la primera vez que vengo

Cuando el personal que está de turno debería estar ahí sentado en la entrada, por que cuando uno viene muchas veces no hay nadie el personal está afuera se van a

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

sus casa por diferentes situaciones, y uno tiene que espera o ir a buscarlos y eso no eta bien si hay un personal de salud.

EL grupo de la población en general a ver qué opinan

Bueno doctorita nosotros cuando tenemos alguna dolencia lo primero que hacemos es esperar que nos curemos así nomas sin medicamentos, y si después de 2 o 3 días no pasa nada recién buscamos la ayuda del hospital, esto es porque, estamos trabajando en nuestros potreros, o a veces nos vamos al monte, y no podemos llegar a tiempo para que nos atiendan y que el médico no debe irse estar todo el tiempo aquí.

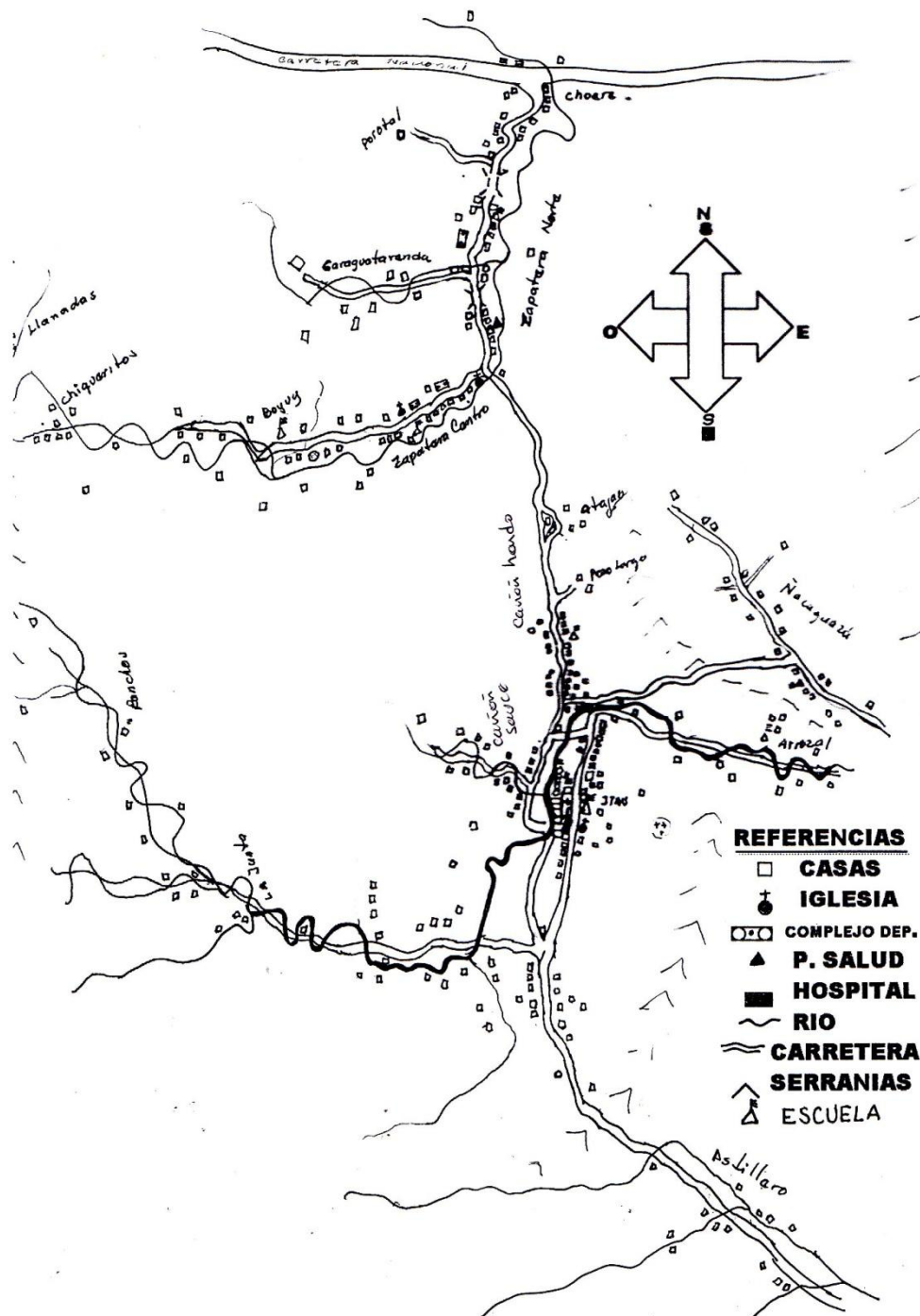
En cuanto a la atención debemos todos respeto, otra cosa doctorita, lo que pedimos es que cuando la mujer embarazada este para dar a luz se le deje hacer de pie o de rodillas como algunas están acostumbradas, o que se tenga la presencia del médico curandero y que las enfermeras no nos reten cuando visitamos al curandero.

ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

DE SALUD Y DEPORTES
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD TARIJA
CENTRO DE SALUD ITAU CARAPARI

NOMBRE Y APELLIDO	C.I	PROCEDENCIA	CARGO	FIRMA
DAVID FAJARDO	3206431	ZAPATERA	COMITE SALUD	
Julio Gallardo	4134122	ITAU	MEDICO TRADICIONAL	
Cecilia yucra chavez	7190324	ITAU	SECRETARIA de acta Cos.	
LEONISA VELASQUEZ		ITAU	Guardian de salud	
Gabriela Tejerina	7152957	ITAU	Educadora	
Dolly Jurado	7729996	ITAU	Mesadara	
SANTUSA ROMERO		CANON HONDO	Comunaria	
Maria Isabel Rueda	4156995	Itau	Profesora	
LEONOR CETEGA	10711225	ITAU	Comunaria	LEONOR
Alina Sanguino	4065643	ITAU	Comunaria	
Eldy Ordoñez	5787877	Zapater.	AN E	
Iuzuz Barrios	6366474	Cañon Hondo	Comunaria	
Florinda Ortiz	18141612	Hitau	Comunaria	
Genaro G Ruiz C	1779428	Itau	Profesor	
Martha Amella	4134039	Itau	C.P.S.	
Florinda Galvez M		Itau	C.P	
Arnulfo Torres	5015750	Itau	Tecnico	
Irma BUSTOS G.	7190344	Itau	Comunaria	
FLORA ARAOZ		Cañon Hondo		
Gabriela A. Romero	10684508	Itau	leguidad C.	
Maribel Padilla	4147671	Zapatera	Administradora	
Martha yvonne L	9120904	canondo	Comunaria	

CROQUIS DEL SECTOR ITAU



ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD



ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD



ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

