

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA,
NUTRICION Y BIOTECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO



**“FACTORES CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL
CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD DE BELLA VISTA DE
LA RED SUR DE LA CIUDAD DE LA PAZ EN LA GESTIÓN 2007”**

POSTULANTE: VICTOR SEBERIANO CHAMBI AYALA

TUTOR: MgSc.Dr. RAUL JAVIER MARCA Q.

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER
SCIENTIARUM EN SALUD PÚBLICA**

MENCION: ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y MEDICINA COMUNITARIA

**LA PAZ – BOLIVIA
2008**

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradecer a Dios, a mi familia que me ayudo mucho espiritualmente, a todas las madres del Centro de Salud Bella Vista – Red Sur La Paz, que me colaboraron para que este trabajo fuese posible y así también a las siguientes personas:

Dr. Raúl Javier Marca Q.
TUTOR DE TESIS.

Dra. Maria Heidy Monasterios Torrico.
MIEMBRO DE TRIBUNAL

Dra. Liliam Belzu Cuba
MIEMBRO DE TRIBUNAL

Dr. José Hugo Rodrigo Balladares
MIEMBRO DE TRIBUNAL

Dr. Dr. Franck Chacón Bozo
COORDINADOR POSTGRADO MEDICINA

RESUMEN

Actualmente se está realizando esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, hay un conflicto intercultural en la atención integral con respeto a sus creencias y virtudes ancestrales del individuo, familia y la comunidad, y la medicina científica como una especie de “*Chachawarmy*” (articulación complementaria entre dos sujetos femenino y masculino), particularmente en el programa de Control Prenatal. Como en otras regiones, las parteras empíricas tienen una tradición y parece que en las zonas urbanas donde hay servicios de salud el número va disminuyendo. La ausencia de servicios médicos limita un efectivo control pre y post natal y para la atención del parto. Además, de las barreras culturales y económicas que impide la utilización de los servicios de salud, se observó en poblaciones andinas que el mayor rechazo al personal de salud era debido a la falta de respeto a sus costumbres. La investigación surge ante la importancia de la interculturalidad y acerca de la efectividad en el primer nivel de atención del sector público, más aún en la Seguridad Social, ¿La asistencia al control prenatal disminuye por un conflicto intercultural entre los prestadores de salud y las pacientes y de esta manera baja las coberturas y la no asistencia al centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz en la gestión 2007? Identificar los factores que influyen en el conflicto intercultural para la baja asistencia al control prenatal de las pacientes que asiste al Centro de Salud de Bella Vista en la gestión 2007. Identificar los aspectos generales de las pacientes. Identificar si el médico se comunica con el mismo idioma que la paciente habla. Identificar si el personal de salud acepta sus costumbres culturales de tratamiento con medicina tradicional. El diseño de estudio es descriptivo de corte transversal. El personal de salud no acepta las costumbres y tradiciones de las usuarias, no practica el control prenatal ni imparte educación acorde a sus costumbres; porque carece de información, educación y comunicación sobre la medicina tradicional. En el aspecto sociocultural; relacionar las políticas de salud con las características socioculturales del país. Asumir la Atención Primaria de Salud como un proceso integrado por varios componentes biológicos, sociocultural, socioeconómico y político. Promover la salud con la participación de toda la población multicultural. En lo político. Democratizar la participación de la interculturalidad, enfocando la participación de la comunidad con los servicios de salud, crear un nuevo perfil profesional con desempeño de equidad, calidad y calidez. En lo Académico introducir nuevos programas con un contenido multidisciplinario.

INDICE

	Pág.
I.Introducción.....	1
II.Marco Teórico.....	3
II.1. Importancia de los factores socioculturales.....	7
II.2. Las características de la salud en el ámbito sociocultural.....	8
II.3. Práctica antropológica en la salud.....	9
II.4. La etnografía y etnología de la percepción del embarazo.....	9
II.5. Uso de la medicina moderna (formal), tradicional (informal) y el curanderismo.....	10
II.6. Barreras de entendimiento entre profesionales de salud y sus pacientes.....	11
II.7. Diferencias entre el proceso diagnóstico moderno y tradicional....	12
II.8. El intercambio mutuo entre los dos sistemas.....	14
II.9. La medicina tradicional en cuatro regiones de América Latina.....	14
II.10. El chamanismo en la región del alto amazonas.....	16
II.11. El noreste argentino: la medicina informal en un contexto multiétnico y rural-urbano.....	17
II.12. Características generales de la medicina tradicional en México...	18
II.13. Aspectos preventivos de la medicina tradicional.....	18
II.14. La utilización de los servicios tradicionales y modernos de salud	19
II.15. El médico frente al contexto sociocultural de su trabajo y a los servicios informales de salud.....	20
II.16. Teorías de la antropología a la salud pública.....	20
II.17. Cultura y multiculturalidad.....	21
II.18. Médico y yatiri, como chachawarmi.....	21
II.19. Formulación de perfiles profesionales.....	22
II.20. El usuario (paciente).....	23
II.21. La comunicación con el usuario.....	23
II.22. El cumplimiento de eficiencia en la atención hospitalaria.....	23
II.23. Trabajar en equipo a largo plazo.....	23
II.24. Características y prácticas de las parteras empíricas.....	24
II.25. La identificación del paciente.....	25
II.26. El servicio como factor clave.....	25
II.27. ¿Donde importa más el servicio?.....	26
II.28. Planificación de una organización para una buena oferta de servicios de salud.....	de 26
II.29. La insatisfacción de la atención primaria.....	27
II.30. La medicina comunitaria.....	27
II.31. Las relaciones interpersonales y la satisfacción.....	29
II.32. Derechos de los pacientes.....	29
II.33. Relaciones humanas del personal en la atención de salud.....	30
II.34. Las relaciones públicas en la atención de salud.....	31
II.35. Programa actualizado del Ministerio de Salud en Atención Comunitaria e interculturalidad.....	32
II.36. Control prenatal.....	33

II.37. Un control prenatal debe tener cuatro aspectos fundamentales:.	34
II.37.1. Precoz.....	34
II.37.2. Periódica.....	35
II.37.3. Completa.....	35
II.37.4. Amplia cobertura.....	35
II.38. Diagnostico de la edad gestacional.....	40
II.39. Diagnóstico de la condición fetal.....	40
II.40. La educación materna.....	42
II.41. La nutrición materna.....	43
II.42. Periodicidad del control prenatal.....	46
III.El control prenatal en Bolivia y Latinoamérica.....	48
IV.Justificación.....	55
V.Diseño de investigación.....	57
V.1. Pregunta de investigación.....	57
V.2. Objetivos.....	57
V.2.1. Objetivo general.....	57
V.2.2. Objetivos específicos.....	57
V.3. Diseño metodológico.....	57
V.3.a. Tipo de estudio.....	57
V.3.b. Lugar de estudio.....	58
V.3.c. Sujeto de estudio.....	58
V.4. Tamaño de la muestra.....	58
V.5. Población.....	61
V.6. Lugar.....	61
VI.Intervención metodológica.....	62
VI.1. Criterios de inclusión.....	62
VI.2. Criterios de exclusión.....	62
VI.3. Operacionalización de variables.....	62
VI.4. Medición: instrumento para medir variables.....	63
VI.5. Análisis estadístico.....	64
VII.Resultados.....	65
VIII.Discusión.....	79
IX.Conclusiones.....	82
X.Recomendaciones.....	84
XI.Citas Bibliográficas.....	86
XII.Bibliografía general.....	90
XIII.Cronograma.....	93
XIV.Presupuesto.....	94
XV.Anexos.....	95

I. INTRODUCCIÓN.

Actualmente se están, realizando considerables esfuerzos para mejorar el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, hay un conflicto intercultural en la atención integral a la mujer embarazada y la interculturalidad en salud debe realizar como propuesta enmarcada en el respeto, de sus creencias y virtudes ancestrales del individuo, familia y la comunidad, tomado muy en cuenta la inclusión de la medicina tradicional según sus creencias y la medicina científica como una especie de **Chachawarmy*. A partir de 1978 los países conglomerados en la Organización Mundial de Salud (OMS) propusieron diversas políticas sanitarias encaminadas a la resolución de sus problemas típicos¹.

Durante los últimos periodos de gobierno, se han profundizado y encarando los problemas de salud de la comunidad de modo tradicional, sin considerar el modo operativo de las políticas gubernamentales, reduciendo de esta manera las posibilidades de real solución de los problemas de salud, mostrando que en los niveles de atención primaria las coberturas de control prenatal no han alcanzado los objetivos trazados dirigidos a la mujer gestante². Como es de conocimiento de nuestros profesionales en salud esta política debe llegar a la paciente gestante y realizar conjuntamente con la comunidad políticas de salud así, de esta manera aumentar las coberturas, que también será un esfuerzo y concientización de cada gobierno. El actual Ministerio de Salud ha creado el Vice ministerio de Interculturalidad y Salud, que da a entender la posibilidad de incorporar nuevas estrategias que coadyuven al mejoramiento de los niveles de salud con inclusión, involucrando a los actores sociales no solo como usuarios (pacientes) del sistema, sino como protagonistas donde los servicios deben emplear estrategias diferentes, adecuadas a la identidad cultural regional y local de la sociedad³.

**Chachawarmy*: del idioma AYMARA que identifica como *Chacha*=Marido (Hombre) y *Warmy*=Mujer. Es decir la complementariedad entre lo femenino y masculino.

La investigación que se ha realizado es una problemática identificada por los factores de asimetría cultural que produce un conflicto intercultural entre la oferta y demanda de los problemas de salud y de los prestadores de salud que se enmarca entre la percepción y las prácticas diferenciadas en el proceso de salud – enfermedad – atención, que tiene una conjunción asistencial y mecanicista que pueden ser los responsables de las baja coberturas⁴.

Se ha llevado a cabo, estudios donde la cobertura de control prenatal en el centro de salud Pasankeri es del 18.4%, en la zona de Alto la Portada con un 1.02%, esta situación posiblemente es similar en muchos de los centros de salud de la ciudad de La Paz⁵. Tomamos estos datos de la zonas periféricas porque es ahí donde esta el conflicto intercultural. El trabajo esta dirigido a la zona de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz.

Nuestro propósito es resolver un problema importante y cotidiano de la baja cobertura de asistencia al control prenatal en los centros de Salud de Primer Nivel. Y de esta manera tener alta asistencia a la atención de parto y post parto institucional, considerando la difícil condición de vida y económica de sus habitantes de esta zona. El trabajo es de tipo descriptivo de corte transversal que ha dado como resultado la relación de la interculturalidad en el conocimiento científico de la medicina, ver si existe una correlación de confianza entre variables, que así también permitirá la selección de estrategias y tácticas mas viables y factibles para la transformación de la situación actual en una situación deseada de interculturalidad, particularmente el programa de **Control Prenatal** teniendo la accesibilidad al servicio aceptando sus costumbres y creencias culturales disminuyendo la morbilidad y mortalidad materna y caracterizar la atención ambulatoria e identificar los principales nudos críticos de inasistencia a la Atención Prenatal del Centro de Salud de Bella Vista.

II. MARCO TEÓRICO.

Ofrecer un servicio profesional es, ni más ni menos, que la elaboración progresivo de un conjunto de acuerdos imprescindibles para que la intervención profesional pueda llevarse a cabo. Y que no es otra cosa que lograr en la realidad que el usuario tome la decisión de elegir el servicio, para ello debemos analizar las características actuales del país, que está con baja cobertura los indicadores de atención madre-niño, a esto coadyuva la inaccesibilidad, desde 1985 se inicia una economía que va afectando a la mayoría de la población acentuándose más la pobreza e indigencia, todo esto contribuye cada día más en los sectores de bajo ingresos al deterioro de su salud y las condiciones de vida, y el pensamiento euro-americano en los años 70 al 90 con su teoría de "Salud para Todos" se han alejado más, desarticulándose las estrategias de políticas de salud y las condiciones de vida de los países en desarrollo⁶.

Como en otras partes del mundo, las parteras empíricas tienen una vieja tradición y se las encuentra por todos los ámbitos, aunque, parece que en las zonas urbanas donde hay servicios de salud el número va disminuyendo. La baja cobertura o aún en ausencia de servicios médicos en las zonas rurales sirve para un limitado programa efectivo de control pre y post natal y para la atención del parto. Además, existen barreras culturales y económicas que impide la utilización de los servicios de salud, especialmente durante la gestación de la mujer, un ejemplo: se observó en poblaciones andinas que el mayor rechazo al personal de salud era debido a la falta de respeto, es decir, a la costumbre de destapar las partes íntimas de la mujer sin respetar su pudor, además, el nacimiento del niño es un acontecimiento familiar lleno de significados simbólicos. El abandono a la asistencia obstétrica tradicional se produjo como consecuencia la expansión de la medicina hospitalaria. Ésta relegó a la atención tradicional; empero este proceso científico tecnológico condujo al olvido de los aspectos socioculturales, ésta, incomunicación no se va a resolver con un incremento al número de atención de partos, la revalorización de la atención del parto por personal empírico, mejor preparado gracias a una adecuada supervisión que asegure la detección precoz de los riesgos permitirá extender la cobertura sin

pérdida de efectividad y con posibles beneficios adicionales a partir de una atención culturalmente más aceptable y efectivamente satisfactoria⁷.

El derecho a la diferencia cultural, enunciada en los derechos humanos y en el convenio 169, se refiere al derecho de estos a ser reconocidos como miembros de una sociedad que crea, comparte y transmite cultura, al mismo tiempo de tener derecho a conservarla y fortalecerla. Ahora bien, conviene aclarar que sociedad humana y su cultura son mutuamente dependientes y que cultura es la totalidad de formas de hacer y pensar las cosas, formas de relacionarse entre sí y con lo que les rodea, creadas y compartidas, manifestadas y transmitidas por los miembros en todas las sociedad por tanto, la búsqueda de respuestas para enfrentar problemas tampoco es la misma.

En todo caso, cada sociedad en el devenir de su desarrollo histórico tiene que solucionar problemas fundamentales, por ejemplo, en la situación de salud, para tal efecto crean, comparten y transmiten al interior de su sociedad categorías y prácticas muy propias de su cultura; éstas no necesariamente son idénticas y válidas para las otras sociedades, pues las demás elaboran otro tipo de respuestas para los mismos problemas y son válidas solo para ellas, lógicamente que en un país multicultural, estas diferentes culturas entran en relación.

La característica multicultural de Bolivia, tiene un origen histórico, que en gran medida fue producto de fuerzas económicas e invasión europea, donde la permanencia de los pueblos originarios dentro el Estado Boliviano debe comprenderse como el derecho de ellos y no desaparecer culturalmente, con el objetivo de preservar su identidad cultural, estos se auto-identifican como pueblos, Suyus o Nacionalidades con sus respectivos nombres propios como Aymaras, Quechuas, Guaraníes, etc. Entre estos pueblos y la sociedad hegemónica existen grandes diferencias culturales. Hoy esta generalizada la aceptación de que la Salud Pública en el país esta determinada fundamentalmente por las condiciones en que viven las personas, familias y comunidades y que estas condiciones de vida están a

su vez determinadas por situaciones socio-económicas que interactuando entre si dan como resultado una determinada situación de salud. Entonces para lograr mejorar la situación de salud de la población se requiere la participación no solo del sector salud, sino de la misma población que en nuestro caso es multicultural.

Actualmente, se habla mucho de la participación de la población en todo el proceso de gestión de salud, desde la identificación de problemas hasta la elección de estrategias para solucionarlas, este derecho a participar es un proceso político utilizado para contrarrestar las relaciones de poder establecidas históricamente. Por tanto, resulta decisivo el conocimiento de la estructura de poder existente, porque esta actúa decididamente en la viabilidad o no de la participación de la población. Por estas razones es que la Atención Primaria de salud debe estar fuertemente articulada, pues las dimensiones biológicas, socioculturales y económicas son inseparables y forma un todo, a través de la práctica social la cual está basada en las relaciones entre ellas.

Bolivia, como se dijo tiene la característica de ser multicultural, vale decir que en su territorio viven sociedades con diferentes culturas y que cada uno tiene derecho a conservarla y fortalecerla, sin embargo, si una de ellas considera su sociedad y cultura como si fuera el modelo infalible y superior para valorar a los demás como inferiores, entonces estará asumiendo una posición etnocentrista*.

El etnocentrismo, nos obliga a pensar que es importante analizar las relaciones de poder instauradas entre las sociedades con culturas diferentes asentadas en el país, especialmente si se pretende desarrollar la interculturalidad autogestiva y a través de ella viabilizar la promoción de la salud.

* Todas las demás culturas diferentes a la “Occidental” deben desaparecer.

En este contexto un componente esencial para cambiar la Salud Pública mono cultural en otra multicultural, es darle mayor importancia a la promoción de la salud entendida esta no con el significado antiguo, sino entendida como un compartir el poder con la población y fomentar la participación de ésta en la identificación y análisis de sus problemas, y en la formulación de posibles soluciones basadas en los lazos de solidaridad y en un ambiente de mutuo respeto y cooperación entre culturas⁸.

La tensión entre culturas diferentes producidas por las relaciones de poder recibe el nombre de conflicto intercultural, la misma que se manifiesta con discursos y actitudes discriminatorias de quienes detentan el poder. Esta situación problemática en salud se pretende solucionar a través del ejercicio de la interculturalidad autogestiva, derivada del ejercicio de los Derechos Humanos que tienen los pueblos originarios y afirmados en el convenio 169⁹, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, consecuentemente en la Nueva Constitución Política del estado y las Políticas de salud¹⁰.

El profundo sentimiento humanista que aparece inmerso en la práctica médica aymara, como en otros diferentes grupos indígenas americanos, su dedicación y lógicas explicativas, su acuciosa observación en el conocimiento de ciertos principios farmacológicos aislados en las especies herbáceas de su entorno, debieran hacernos reflexionar sobre la humanización de la medicina occidental, sobre nuestros pacientes igualmente sometidos a construcciones culturales complejas relativas a las enfermedades y sus propuestas curativas en relación con las posibilidades de una mejor satisfacción de servicios sanitarios en nuestras propias instituciones hospitalarias, identificando las necesidades y carencias contrastadas por los pacientes¹¹.

La propuesta de servicio debe orientarse a resolver los problemas del paciente y a agregarle valor al mismo como individuo. El verdadero desafío en esta etapa es comprender que cada paciente está ubicado mental y conceptualmente en su ámbito

cultural que necesita de una comprensión de parte el personal de salud que permitirá la elaboración de una propuesta de servicio profesional única y/è incluyente para cada paciente, que contemple su punto de vista particular y agregarle los beneficios adicionales que excedan el marco de su expectativa

Se debe comprender que el servicio de salud esta sujeto a variaciones temporales, como importantes avances científicos y técnicos y el desafío intelectual que en la profesión se plantea cotidianamente. Es muy importante saber comunicar ese mayor conocimiento que se posee y esos avances utilizarlos no porque sea una moda sino porque la dolencia del paciente así lo requiera. El ofrecer un servicio profesional como algo intangible, desconocido y por ende difícil de comprender, es contrario a toda gestión de calidad, que consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades¹².

Si bien, la Psicología correlaciona el “vínculo entre satisfacción y comportamiento” de una manera clara, 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 propone 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, es sobre todo un instrumento y una función del logro de la excelencia. No se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción¹³.

II.1. IMPORTANCIA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES.

Para el profesional de salud es fundamental la identificación de las características del contexto social y cultural de una comunidad o sociedad, en el que aplicará su plan de acciones, tiene que comprender el desarrollo económico que determina el estado de salud enfermedad, así como la interpretación que dan los miembros de la comunidad. Porque se ha demostrado que grupos étnicos y socioeconómicos diferentes presentan patrones patológicos distintos y perciben las enfermedad y actúan frente a ello en forma diferente, aparte de los idiomas oficiales se habla

diferentes idiomas y dialectos, hay en consecuencia importantes elementos culturales es decir, formas de vida, de concepción del mundo, costumbres y creencias, que establecen una percepción especial de los procesos de salud enfermedad, que se conoce como medicina indígena ó medicina tradicional, este saber de la población se ha mantenido a través del tiempo por medio de la tradición y modificado mediante contacto y mezcla con diferentes grupos étnicos y sociales. Este saber que conforma un verdadero cuerpo de doctrina sobre el origen de la enfermedad, su clasificación y tratamiento que es utilizado actualmente por un amplio porcentaje de la población en especial en el área rural. Las culturas diferentes indígenas así como las subculturas populares nacionales han incorporado a su saber muchos principios de la medicina científica para explicar las enfermedades. Sin embargo, los conceptos etiológicos que parten del desequilibrio humano en las relaciones sociales, el mundo físico y sobrenatural se encuentran todavía muy vivos, lo que se comprueba fácilmente al observar los modelos conceptuales con que la población explica la enfermedad.

La medicina científica ha negado, reiteradamente, los valores de la medicina tradicional, no obstante, últimamente hay mayor apertura para su consideración. Si bien existe una carga de elementos mágico – mítico – religiosos, explicables por la situación social y cultural en que permanecen estos grupos, también hay muchos elementos empíricos y racionales que pueden ser utilizados e incorporados a la práctica de la medicina occidental¹⁴.

II.2. LAS CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD EN EL AMBITO SOCIOCULTURAL.

- Relacionar las políticas de salud con las características socioculturales del país y de esta manera, pasar a una Atención Primaria de Salud que promueva la salud con calidad, calidez y equidad.
- Desde un punto de vista antropológico, reconsiderar los conflictos interculturales existentes entre la cultura “occidental” (académica) y las otras culturas existentes en nuestro país: cultura aymará, quechua guaraní y otras enfocando en este sentido la multiculturalidad.

- Desarrollar la capacidad de relacionarse con solidaridad y respeto entre los ofertantes y los demandantes de servicios de salud y comunicarse entre si de manera creativa respetando sus diversas identidades, siempre que ninguna de ellas pretenda dominar a los demás, esto quiere decir asumir la interculturalidad, desde el punto de vista conductual y mental, porque se constituirá en un forma potencial de solucionar problemas de salud y particularmente de morbi-mortalidad.

II.3. PRÁCTICA ANTROPOLÓGICA EN LA SALUDⁱ.

Es necesario, especificar que lo que se pretende es relacionar desde el punto de vista antropológico con la medicina académica, específicamente la Atención Primaria de Salud con las prácticas médicas tradicionales ; es decir, una sensibilidad más aguda y más atención hacia las características socioculturales y económicas de la población; porque en última instancia cada sociedad y su cultura determina lo que significa salud/enfermedad/atención para ellos que debe ser por medios que le sean asequibles, con su plena aceptación y a un costo que esté a su alcance.

II.4. LA ETNOGRAFIA Y ETNOLOGIA DE LA PERCEPCION DEL EMBARAZO¹⁵.

La configuración espacial y las características etnodemograficas de la población en Bolivia tienen un origen histórico, que delimita los movimientos migratorios. Desde la revolución del 1952 se produjo una serie de transformaciones, entre otras, los aspectos socioculturales, generándose migraciones campo ciudad que fueron creando a los largo del tiempo “cinturones de pobreza”, con deficiencias de saneamiento básico, incipiente urbanización, asentamientos clandestinos, ausencia de espacios recreacionales y de formación educativa, donde los medicamentos utilizados son las plantas, animales y minerales como son: *la manzanilla, kharallanten, coca, hierba buena, cola de caballo, lampazo, Andrés huaylla, hierba luisa, ruda, malva, orégano*, dando especiales formas de preparado como infusión, cataplasmas y preparados de baños de inmersión y asiento, realzando de esta manera su percepción y las prácticas en el proceso salud-enfermedad-atención.

Donde el concepto del individuo de la comunidad salud es:

“La salud es estar bien con los animales, plantas, recordar a la madre tierra, al sol a las plantas y los animales hay que cuidarlos....Se debe estar bien con todos...con los vecinos, los animales, las plantas, todo se debe cuidar porque es lo que la Madre tierra nos ha dado”¹⁶.

A nivel institucional se evidencia que el concepto utilizado sobre salud enfermedad es el definido por la Organización Mundial de la Salud:

“Salud es el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”¹⁷.

Es importante tomar en cuenta esta diversidad cultural, porque las dimensiones culturales e históricas de las poblaciones por una parte y de las instituciones por otra son diferentes, cualquier explicación sobre el proceso salud-enfermedad-atención. Por ejemplo para los aymaras, los alimentos, las medicinas y las enfermedades están clasificadas en CALIENTES, FRIAS y TEMPLADAS; un organismo sanos es el que está TIBIO, la enfermedad se produce debido al exceso de CALOR o debido al exceso de FRIO y el tratamiento se basa en un principio de oposición. Así, las enfermedades CALIENTES son tratadas con sustancias FRIAS o por lo menos TEMPLADAS y se evita todo lo que es CALIENTE. Las enfermedades FRIAS son las tratadas con sustancias CALIENTES y se evita todo los que es FRIO. Lo que hacen es evitar los extremos y mezclar el FRIO con el CALIENTE ´para neutralizar sus efectos nocivos y conseguir un estado mediador constituido por el TIBIO.

II.5. USO DE LA MEDICINA MODERNA (FORMAL)-TRADICIONAL (INFORMAL) Y EL CURANDERISMO.

El conocimiento de la medicina científica y el avance tecnológico está basado en la evidencia clínica, que si bien tiene el propósito de incluir en diferentes aspectos el

conocimiento de la medicina tradicional, sin embargo en este último es empírica pero su eficacia ha sido parcialmente comprobada con plantas medicinales. Estas dos grandes corrientes de la medicina que coexisten, apare otras corrientes de las llamadas ciencias ocultas como es el espiritismo, parasicología, y una gran variedad de conceptos y curaciones populares. El curandero ó terapeuta tradicional es reconocido por la propia comunidad en que vive como un personaje competente para prestar atención en salud mediante el empleo de productos vegetales, animales y minerales con la aplicación de algunos otros métodos de origen social, cultural y religioso basados en los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad. Sin embargo, el término de curandero representa, según las regiones, diferentes agentes del sistema informal de salud. A estos dos grupos proveedores de salud se agrega un tercero que en términos de frecuencia de utilización tiene todavía mayor importancia es la medicina doméstica¹⁸.

II.6. BARRERAS DE ENTENDIMIENTO ENTRE PROFESIONALES DE SALUD Y SUS PACIENTES.

En América Latina hay una gran variedad de conceptos populares sobre el origen de las enfermedades, existen clasificaciones populares específicas para determinar los trastornos, las que llamaremos “**enfermedades Folkloricas**” (como susto, empacho, ojeo, daño). Estos trastornos parecen relativamente raros, porque la población no los presenta con esa denominación a los servicios de salud. Muchas de las enfermedades comunes como la diarrea, bronquitis, impétigo, pueden ser clasificados en los esquemas de la medicina tradicional y domestica. Aquí existe una sorprendente variedad de sub-clasificaciones, por ejemplo las disenterías de frió y calor, diarrea de humedad o de frio o de calor que pueden o no coincidir con las de la medicina moderna. Hay pocos estudios científicos de epidemiología de las enfermedades más comunes que simultáneamente tomen en cuenta la clasificación de la medicina científica y la clasificación popular de enfermedad. Este dicho tiende a crear profundos malentendidos entre el paciente y el equipo de salud, cuando utiliza las mismas palabras que el médico, pero este no se da cuenta de las diferentes concepciones que existen; por ejemplo, cuando el paciente utiliza la palabra “anemia”

para expresar debilidad y decaimiento, ó reuma para describir dolores musculares y óseos. Entre otros casos el paciente puede tener el mismo concepto etiológico que el medico sobre cierta enfermedad, pero utiliza un término popular; por ejemplo “empacho”, en lugar de las dispepsias y “culebrilla” por herpes zoster. Frecuentemente el paciente no comunica al médico sus propios conceptos etiológicos, particularmente cuando ellos no coinciden ni con los conceptos ni con los términos médicos: tal es el caso del manejo del mal de ojo, daño (hechicería). Sin embargo, en muchos casos el malentendido médico/paciente no altera la efectividad terapéutica, especialmente cuando la enfermedad es de corta duración o la aplicación de los medicamentos necesita pocas repeticiones. Pero lleva a menudo al fracaso terapéutico cuando la enfermedad es crónica o grave o cuando el tratamiento requiere una determinada conducta por parte del paciente¹⁹.

II.7. DIFERENCIAS ENTRE EL PROCESO DIAGNÓSTICO MODERNO Y EL TRADICIONAL.

El diagnostico médico se basa, principalmente, en la historia clínica, el examen físico, exámenes químicos y técnicas adicionales. En la mayoría de los casos es la historia clínica la que más contribuye al diagnóstico final. El médico pide al enfermo la descripción de los síntomas de su enfermedad con el fin de elaborar, partiendo de una combinación típica de síntomas, el diagnostico final, si el malestar no es común y no desaparece pronto, el enfermo y su familia comienza a discutir sus posibles causas. Esta discusión sobre el diagnóstico puede llevar a un acuerdo y a la correspondiente automedicación, puede ser, también que surja la necesidad de consultar un agente de salud tradicional o moderno. El curandero hace su propio diagnóstico y verifica o modifica el del enfermo y su grupo familiar. Muchos curanderos preguntan poco, otros toman una extensa historia del enfermo. Para identificar el origen de la enfermedad utilizan los siguientes métodos:

- Adivinaciones: con la ayuda de naipes, dados, piedras. Ceniza, planta (coca), aceite, etc., invocando o no a los espíritus o a los santos.

- Examen de objetos con los que anteriormente fue extraído el mal del cuerpo del enfermo: huevos, velas, animales (gatos, conejos), flechas mágicas, vale la pena destacar, en este caso que el curandero hace primero el tratamiento (limpiar el cuerpo con el huevo) y después realiza el diagnóstico.
- Examen del cuerpo o de sus excreciones: pulso, tendones del antebrazo, orina, iris, posición de los órganos internos, líneas de la mano. Naturalmente los hueseros y parteros examinan cuidadosamente a sus pacientes y realizan la historia clínica durante la conversación directa.
- Conversaciones diagnóstico terapéuticos: en caso de enfermedades atribuidas a orígenes psicosociales (por ejemplo, nervios, susto) el curandero puede hacer un detallado análisis de los antecedentes sociales.

Las prácticas actuales son, en su mayoría una mezcla entre la medicina pre colombiana y la Europa medieval.

Generalmente no existe correlación fija entre ciertas combinaciones de síntomas y la etiqueta diagnóstica (susto puede producir el mismo cuadro clínico que mal de aire o de ojo). En forma parecida los pobladores de las zonas rurales aisladas y en menor grado los grupos socioeconómicos bajos, no aprenden durante su niñez a discriminar claramente los diferentes síntomas de enfermedad y su localización “exacta” en diversas estructuras anatómicas del cuerpo, sino que tienen otros esquemas para clasificar sus enfermedades. Poseen poca experiencia en expresar sus síntomas de manera que se integren fácilmente en el esquema que el médico aprendió en su niñez y más aun, durante su formación profesional²⁰.

La medicina moderna elabora entre los profesionales el diagnóstico de una enfermedad, básicamente, a través de la combinación de síntomas descritos por el paciente. En cambio la medicina tradicional tiene otras formas de diagnosticar las causas de una enfermedad. El desinterés en los síntomas específicos, que comparte

el curandero con sus pacientes, lleva al enfermo a tener dificultades para explicar sus síntomas al médico, de tal forma que entre el esquema de la medicina moderna.

II.8. EL INTERCAMBIO MUTUO ENTRE LOS DOS SISTEMAS.

Es una falsa imagen creer que el curandero es un fenómeno rural y exclusivamente de los estratos socioeconómicos bajos. En realidad existe un intercambio continuo y mutuo entre los dos sistemas de salud y entre las ciudades y zonas rurales, el cual se expresa:

- En el creciente número de curanderos que migran de las zonas rurales a las urbanas (con el fin de aumentar la clientela) o viceversa y de aprendices que van, temporalmente, de las ciudades al campo para entrenarse con un curandero.
- En la demanda cada vez mayor de servicios no formales de salud en las ciudades que se expresa, por ejemplo, en la mayor oferta de plantas medicinales en los mercados.
- En la tendencia de visitantes médicos a ofrecer sus productos farmacéuticos también a los curanderos.

Aunque tendencialmente los grupos poblacionales pobres acuden relativamente más a los curanderos tradicionales, hay un gran número en los altos estratos que ocasionalmente buscan la ayuda del curandero. El sistema informal es dinámico y absorbe influencias de prácticas diagnóstico-terapéutico populares tanto de otras regiones como de la medicina moderna.

II.9. LA MEDICINA TRADICIONAL EN CUATRO REGIONES DE AMERICA LATINA.

Presentaremos cuatro ejemplos de medicina informal en diferentes regiones de Latinoamérica. Los objetivos son tanto describir la variabilidad como las características generales del sector informal de la medicina y desarrollar esquemas

para su clasificación a fin de disminuir las barreras que tienen muchos profesionales en salud para reconocer y estudiar estos importantes recursos del área.

- La variedad de la medicina tradicional en la región andina: los conceptos etiológicos populares se refieren a su desequilibrio, una desarmonía del hombre en un medio ambiente físico, social y espiritual. Son tres, básicamente los grupos causantes de enfermedades:
 - Causas naturales (enfermedad de Dios, es decir como la lepra).
 - Causas sobrenaturales o los espíritus (enfermedades del campo).
 - Causas por hechicería (daño) ²¹.

Con los esquemas etiológicos descritos interfiere otro concepto dominante que se extiende desde México hasta Tierra del fuego: la clasificación de las enfermedades calientes y frescas. De la misma forma Clasifican las plantas medicinales y recientemente, algunos de los medicamentos farmacéuticos. Para curar una enfermedad fresca (resfrió) hay que utilizar una planta cálida (eucalipto) y viceversa para curar una enfermedad cálida (inflamación) se requiere de una planta fresca (limón o berro). Aquí encontramos un ejemplo más sobre el hecho de que el hombre percibe la enfermedad como una alteración del equilibrio que es necesario restablecer. El concepto de calor/frío tiene influencias españolas y precolombinas.

Las “enfermedades folklóricas” de los Andes, destacaremos que las enfermedades más conocidas como: susto, ojeo, empacho, daño, se encuentran en casi todo el subcontinente. Sin embargo, tanto su frecuencia como su interpretación etiológica varían mucho entre las regiones²².

- **Espanto** (susto): trastornos provocados por un acontecimiento que asusta a la persona. En algunas regiones se lo interpreta como la “pérdida del alma” o “espíritu” por parte del paciente, a causa de una emoción fuerte un susto o la ruptura de un tabú. Se describe como un proceso que provoca

vómito, diarrea, deshidratación y problemas con el sueño. Generalmente afecta a los niños, pero también puede ser un padecimiento de jóvenes y adultos. Hay diferentes formas de tratamiento, desde los caseros, con o sin plantas medicinales, hasta los rituales. Estos últimos consisten en recoger, levantar o llamar al espíritu para que se reintegren al cuerpo y mejore al enfermo y es conducido por el curandero.

- **Mal viento o mal aire:** enfermedad provocada por la acción de un espíritu dañino que a través de una emanación, afecta a la persona causándole un trastorno conocido como “accidente”, caracterizado por miedo, angustia, cefalea, palidez generalizada, dolor abdominal y en ocasiones vómito, diarrea, mareo y hasta pérdida del conocimiento. El tratamiento consiste en limpiar el cuerpo del enfermo para eliminar el “mal aire”.
- **Mal ojo:** trastorno provocado por la acción dañina de la mirada de una persona (ojeador), que tiene el poder de concentrar y transmitir “electricidad” o “magnetismo” con la mirada de sus ojos, afecta especialmente a los niños. Sus principales manifestaciones varían mucho, pero pueden ser: fiebre irritabilidad, decaimiento, dolor abdominal, vómito, diarrea, ptosis palpebral unilateral, se trata con un ritual mágico-religioso o terapias empíricas caseras.

II.10. EL CHAMANISMO EN LA REGION DE AMAZONAS.

El sistema terapéutico en la región del Alto Amazonas es más homogéneo que en los Andes. El curador es el Chaman (brujo) y existe prácticamente una sola explicación para el origen de la enfermedad: la brujería (hechicería) realizada por otro chaman, que envía directamente o a través de las fuerzas naturales las flechas mágicas que enferman o matan a su víctima. En el caso de enfermedades leves también se acepta como causa etiológica el clima, la dieta o la violación de un tabú.

Los chamanes son curanderos que toman bebidas alucinógenas, particularmente el zumo del bejuco “ayahuasca” y del tabaco para entrar en contacto con el mundo espiritual e invocan con un canto a los ayudantes espirituales para que les ayuden a sacar las flechas mágicas del enfermo, pero estas pueden desviarse y lastimar a una persona inocente. Convertirse en chaman no es de ninguna manera fácil. El entrenamiento básico con otro Chaman demora casi un año, con prolongadas temporadas de ayuno y sufrimiento por la toma de alucinógenos. El tiempo de entrenamiento de un chaman fuerte puede durar tanto como el del médico egresado de una escuela de medicina.

II.11. EL NOR-ESTE ARGENTINO: LA MEDICINA INFORMAL EN UN CONTEXTO MULTIETNICO Y RURAL-URBANO.

En esta región la medicina tradicional indígena esta marginada y en donde influencias de diferentes corrientes determinan el sector informal de los servicios de salud. Las enfermedades folklóricas que prevalecen son: empacho, ojeo, susto, culebrilla (herpes zoster) y daño (hechicería). Sin embargo el sistema de diagnóstico y terapéutica es exclusivamente folklórico: la curadora mide el grado de empacho con una cinta y lo cura durante el mismo acto invocando la ayuda de santos y vírgenes y en el caso de la culebrilla se locura con el pintado de la parte afectada con tinta y reza en secreto²³.

Existen principalmente los siguientes tipos de curanderos parteras empíricas, herboristas, hueseros, cura de palabras, cura con secreto, espiritistas, parasicólogos, cuentos religiosos. Existe una variedad interregional de curanderos y son:

- Influencias españolas. Medición del empacho y tinta para la culebrilla.
- Influencias chamánicas: curación del daño.
- Influencias del Brasil y Norteamérica: exorcismo, espiritismo, parasicología.
- Influencias andinas: principio de calor frio, clasifican las plantas medicinales.

II.12. CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN MEXICO.

En México se ha generado históricamente una medicina popular híbrida donde pueden encontrarse recursos, prácticas o nosologías provenientes de distintos episodios de un intercambio cultural. Un curandero mexicano de los grupos indígenas trata padecimientos originarios de la medicina europea como el mal del ojo o enfermedades como la pérdida del tonalli; se ha empleado plantas medicinales como la ruda, boldo, hinojo y llantén, que sustituyen a veces a hierbas locales de uso medicinal de origen natural. Pero además a toda visión médica del mundo se sumará la curación del cáncer o de la diabetes, recursos para resolver la presión alta, la variedad de creencias populares y de técnicas diagnóstico-terapéuticas de las diferentes categorías de curadores muestran que la medicina “tradicional” no está solamente relacionada con las culturas indígenas sino con todas las subculturas nacionales, en donde vive y se transforma²⁴.

II.13. ASPECTOS PREVENTIVOS DE LA MEDICINA TRADICIONAL.

Al igual que en cualquier sistema de salud, en la medicina tradicional existen numerosos elementos que demuestran la existencia de aspectos preventivos y de rehabilitación de salud. Se considera principios preventivos aquellos preceptos que prescriben acciones específicas, como prevenir o evitar los traumatismos, protegerse de factores ambientales nocivos como son las basuras, los rayos solares, cambios climáticos, etc.

Por otra parte existe, principios preventivos de carácter positivo, tales como la búsqueda de equilibrio entre elementos calientes y fríos para prevenir una enfermedad caliente o fría, entre las acciones profilácticas hallamos preceptos de comportamiento social para evitar el contagiarse y ser contagiado, recurrir a talismanes, amuletos, escapularios u otros elementos mágicos o religiosos del cual se origina la enfermedad. la medicina tradicional posee componentes preventivos benéficos para la salud, aun en la ausencia de enfermar, en el embarazo, por ejemplo la partera

empírica da numerosas prescripciones tradicionales que protegen al niño y a la madre antes, durante y después del parto.

II.14. LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS TRADICIONALES Y MODERNOS DE LA SALUD.

Existen una gran variedad de factores que pueden influir en la decisión de un individuo enfermo para elegir entre uno u otro servicio de salud, por ejemplo una persona con poca educación formal acude mas fácilmente al curandero que un joven con una educación secundaria, además hay mayor disposición para acudir al curandero cuando se trata de una enfermedad crónica o folklórica que de una enfermedad infecciosa aguda y de origen natural. Igualmente es mas probable que la gente se dirija al agente tradicional de salud cuando el centro o puesto de salud mas próximo esta lejos o es de mala calidad²⁵.

Según, la abundante literatura sobre las características de la utilización de los servicios de salud, los siguientes factores parecen ser paulatinamente importantes como ser:

- El concepto etiológico de la enfermedad.
- Gravedad y duración de la enfermedad.
- Calidad y accesibilidad a los servicios de salud.

Varias encuestas de salud muestran que la población rural es muy sensible a las deficiencias de ambos sistemas de salud. Con relación a la deficiencia relativa de ambos sistemas, la gente frecuentemente utiliza al mismo tiempo o consecutivamente. Este comportamiento es particularmente marcado en aquellas zonas donde los servicios médicos son de mala calidad o donde el paciente sufre de una enfermedad crónica²⁶.

II.15. EL MÉDICO FRENTE AL CONTEXTO SOCIOCULTURAL DE SU TRABAJO Y LOS SERVICIOS INFORMALES DE SALUD.

La mayoría del equipo de salud se muestra desinteresado y hasta hostil que muchas veces se da muy poca importancia a los practicantes de la medicina informal que es iniciada por los mismos médicos, es importante señalar a continuación las siguientes observaciones para evitar las barreras médicas en el entendimiento de la medicina tradicional²⁷.

- La inestabilidad del personal médico.
- La identificación con los grupos dominantes.
- La inexperiencia y desconocimiento del personal en general.
- La soberbia del médico.
- La práctica médica individualista.
- El miedo a la competencia.

Algunas consideraciones como paradigma y de nuevos conceptos para el equipo de salud²⁸:

- Reconocimiento de las costumbres culturales.
- Colaboración de un interdiario cultural
- No cambiar las costumbres culturales.
- Respetar el pudor de la persona
- Regir sus dietas tradicionales.
- Infraestructura hospitalaria a los hábitos de la población.
- Adoptar los planes de tratamiento a los hábitos diarios.
- Analizar los impactos de salud de un cambio cultural.

II.16. TEORIAS DE LA ANTROPOLOGIA A LA SALUD PÚBLICA.

En medio de la globalización la cultura euro-norteamericana, su famosa economía de mercado y su pensamiento único, la metas fijadas para “salud para todos” “educación para todos” se han alejado mas aún. Si esto es así, sería una incongruencia formular metas de reducción de tasas de morbi-mortalidad

desconectadas de una estrategia de conflicto intercultural. El derecho a la diferencia cultural, enuncia en los derechos humanos y en el convenio 169, que se refiere al derecho de ser reconocidos como miembros de una sociedad que crea, comparte y transmite cultura, al mismo tiempo de tener derecho a conservarla y fortalecerla.

II.17. CULTURA Y MULTICULTURALIDAD.

La cultura se entiende como la totalidad de formas de hacer y pensar las cosas, formas de relacionarse entre si y con lo que les rodea, creadas y compartidas, manifestadas y transmitidas por los miembros de la sociedad. En los problemas de salud, para tal efecto crean, comparten y transmiten al interior de su sociedad categorías y prácticas muy propias de su cultura, estas no necesariamente son idénticas y válidas para las demás sociedades, pues las demás elaboran otras propuestas para los mismo problemas y son válidas solo para ellas, y es de aquí que nace al multiculturalidad.

La multiculturalidad son sociedad que viven con diferentes culturas y que cada una tiene derecho a conservarla y fortalecerla, sin embargo si una de ellas considera su sociedad y cultura como si fuera el modelo infalible y superior para valorarla a las demás como inferiores, entonces estará asumiendo una posición etnocentrista. Por esta razón la Antropología y la Salud Pública deben estar fuertemente vinculadas a través de la práctica social.

II.18 MEDICO Y YATIRI, COMO CHACHAWARMI – (MARIDO Y MUJER).

Las poblaciones indígenas han desarrollado diferentes respuestas frente a las dolencias, aflicciones y enfermedades habituales de su entorno y que poseen determinados síndromes patológicos de marcado carácter cultural que surgen en el seno de un grupo étnico concreto que desarrolla las pautas preventivas y terapéuticas más convenientes para la correcta resolución de dicho síndrome, conjunto de síntomas culturalmente establecidos. El ejercicio médico convencional como es el caso de Bolivia, supone un esfuerzo constante de negociación intercultural y que actualmente resulta gratificante contrastar la diversidad de

opciones planteadas por los diferentes grupos étnicos en relación al tratamiento de sus enfermedades. La dificultad de crear espacios de diálogo intercultural, extremo la distancia y los enfrentamientos entre los curanderos tradicionales indígenas y los servicios formales de salud. La multiculturalidad obliga a la búsqueda de soluciones diferenciadas en el tratamiento de la enfermedad. No se puede desarrollar una práctica médica intercultural si no existen programas de política de salud en las instituciones de estado y si es que no se recomienda en la curricula de las facultades de medicina, entonces el problema de salud seguirá requiriendo un análisis integral a solucionar²⁹.

II.19. FORMULACION DE PERFILES PROFESIONALES.

Los seres humanos siempre han buscado soluciones a los problemas que se les presentan en el devenir de la vida diaria como es la vivienda, alimentación, vestimenta y el proceso de salud enfermedad y creen que no solo el ser humano tiene espíritu, si no, que todo tiene vida los cerros, los ríos, las rocas, los manantiales, etc. Donde los especialistas que se ocupan de ciertas enfermedades son³⁰:

- El *Kallawaya*: fitoterapia (cura con las plantas).
- El *Chamakani*: esclarece casos ocultos.
- El *Q´olliri*. es el curandero.
- El *Yatini*: es el adivino.
- Para los pueblos originarios el día y la noche tienen gran importancia.
 - El amanecer es símbolo de vida.
 - La noche es la otra parte de la vida y el transporte al mundo de los muertos.

Asimismo, se pretende generar cambios que se plantee mayor articulación entre los servicios de salud y la población, mediante la participación, la negociación y la concertación. En este sentido la interpretación del proceso salud enfermedad en Bolivia no debe ser manejado universalmente, porque sus características es ser

multicultural y las diferentes culturas existentes en el país tienen sus propias percepciones y prácticas sobre dicho proceso.

II.20. EL USUARIO (PACIENTE).

El "paciente" (o usuario) que acude a una institución de salud, puede acudir por muchas razones, pero sin duda es solucionar su problema de salud, por esta búsqueda de solución establece mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, recibe mejor o peor trato y frustra su solución al problema por el que vino. Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho ó insatisfecho porque le cayó mal alguien o algo, o porque tuvo que esperar mucho.

II.21. LA COMUNICACIÓN CON EL USUARIO.

Puede suceder que le hayamos dado un exceso de información al paciente sobre los procedimientos posibles, y sin darnos cuenta aumentamos sus expectativas (por pretender ser excelentes), las cuales luego por alguna razón no llegan a cumplirse y provocan un estado de insatisfacción en el paciente³¹.

II.22. EL CUMPLIMIENTO DE EFICIENCIA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA.

¿Se puede maximizar la satisfacción del cliente y minimizar los costos?

Teóricamente la respuesta a esta pregunta es "no se puede". Este cuestionamiento, es imprescindible hacerlo en el área de la salud, más cuando somos un sector que no producimos bienes materiales, que gastamos constantemente recursos, mínimo tratando de lograr un nivel mínimo de satisfacción constituyéndose un reto sólo posible de lograr con un total dominio de todo el proceso que estamos describiendo y con una excelente dirección y cooperación de todos los factores intervinientes³².

II.23. TRABAJAR EN EQUIPO A LARGO PLAZO.

Para conseguir resultados todos los componentes de la organización tienen que estar convencidos que solo se consiguen resultados cuando todos reman para el mismo lado. **Tienen que entender que son un equipo.** Adicionalmente se requiere

el recurso menos entendido y el más valioso: **tiempo** para implementar cualquier cambio está relacionado con la cultura organizacional. "Nuestra era de ansiedad se debe en gran parte a tratar de hacer los trabajos de hoy con herramientas de ayer"³³.

II.24. CARACTERÍSTICAS Y PRÁCTICAS DE LAS PARTERAS EMPÍRICAS.

Según estudios realizados en la región Andina, las características de las parteras empíricas son: en su mayoría mujeres de edad mediana, pero, en algunas regiones es frecuente encontrar también hombres, es decir que son los propios esposos que atienden el parto de su esposa, donde los conocimientos que obtuvieron son fruto de su experiencia y observación o les son transmitidos por su madre, muchas veces analfabetas, la frecuencia de atención de partos sobrepasa, como de suponer por el número de hijos que tiene cada familia especialmente en el área rural, las técnicas son la palpación del abdomen y la expulsión de líquido por el canal del parto, no tiene sentido la fecha de parto y la planificación es rudimentaria.

- **Control Prenatal:** la práctica más conocida del control prenatal es el masaje abdominal en algunas partes conocido como "arreglamiento del niño", se piensa que muchas molestias de la embarazada son causadas por una mala posición del niño, entonces se acomoda al feto mediante una serie de masajes y maniobras, que después de esa manipulación la embarazada siente alivio y apoyo moral por su sufrimiento, en realidad, aun en presencia de los servicios materno infantil, este servicio sigue siendo solicitado por las embarazadas. Los conceptos etiológicos no son compatibles con la medicina moderna, pero si con los pacientes que no necesariamente necesita una intervención terapéutica³⁴.

- **Atención del parto:** de acuerdo a versión de las partes empíricas el parto comienza cuando empieza los dolores y bajo un poco la matriz. En los Andes utiliza, adicionalmente el "diagnóstico de pulso o vena" para saber si realmente se acerca el parto. Durante el periodo de expulsión mantiene en la mayoría de los casos a la paciente en posición sentada o en cuclillas mediante

diferentes objetos de apoyo y el conocimiento de las complicaciones sobre todo en el trabajo de parto prolongado o de presentaciones fetales anormales y hemorragia, las técnicas para acelerar un parto van desde tratamiento vegetales hasta manipulaciones manuales externas. El cordón umbilical se corta con una gran variedad de objetos, generalmente sin desinfección previa. Aquí la medicina moderna puede hacer su mejor contribución. La placenta tiene un significado especial, particularmente en poblaciones indígenas, muchos las entierran en un lugar tranquilo después del parto. Los aspectos simbólicos y ceremoniales alrededor del parto son muy importantes para la mayoría de las poblaciones campesinas, pero son continuamente olvidados por la medicina moderna. Esa es, quizá la causa mas importante por la que no se puede recomendar a toda la población campesina la atención institucional del parto. Es necesario mejorar la pesquisa de los embarazos de alto riesgo y facilitar el acceso a los servicios materno-infantiles especializados, en casos de complicaciones³⁵.

II.25. LA IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE.

Nos referimos, a que el personal conozca las necesidades y expectativas que cada paciente tiene, y necesita ver satisfechas, cuando se acerca a su proveedor, por su propia naturaleza, son básicamente subjetivas y que las necesidades, su satisfacción determina en gran medida la percepción y precisamente la existencia de expectativas, lo que hace que cada usuario sea distinto de los demás.

II.26. EL SERVICIO COMO FACTOR CLAVE³⁶.

Actualmente toda organización provee por sobre todas las cosas servicios, por tales razones es esencial la satisfacción del usuario. Dentro de ese nuevo marco debe recordarse y subrayarse que el ofertante de salud no les hace ningún favor a los usuarios al servirlos. Son ellos quienes le hacen un favor al ofertante u organización, al darle la oportunidad de atenderlos. La [responsabilidad](#) es vital del servicio al usuario y todos son responsables cuando se trata de servir a los usuarios, no existe la mentalidad de "no es mi trabajo". Servir a los usuarios siempre es trabajo de todos.

CUADRO N° 1. GESTION DE TRABAJO PARA UNA SATISFACCION DEL USUARIO COMO LIDER DE SALUD



FUENTE: Cuadro extraído del www.medicina-tradicional.com en Quito 2007.

II.27. ¿DÓNDE IMPORTA MÁS EL SERVICIO?³⁷

El impacto de un servicio bueno al usuario es casi siempre positivo a largo plazo, el factor singular más importante que afecta a la actuación de la organización es la calidad de sus ofertas con calidad, calidez y servicios, con relación a la competencia de otros servicios de salud.

II.28. PLANIFICACIÓN DE UNA ORGANIZACIÓN PARA UNA BUENA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD³⁸.

Una planificación inteligente es un primer paso esencial para asegurar tanto el éxito técnico como el político de la satisfacción del usuario. Los resultados deben generar acciones que lleven al mejoramiento.

Hay dos objetivos primordiales que debe contemplar los planes de una organización³⁹:

- Mejorar el desempeño de la organización, en relación con el logrado hasta el momento.
- Mejorar el desempeño en relación con el de los competidores.

Por ello es menester planificar las actividades tanto para deleitar a los usuarios, como para recabar las mediciones y enfocar las debidas correcciones.

II.29. LA INSATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA⁴⁰.

Los profesionales de salud en el primer nivel de salud del sistema público manifiestan un profundo malestar, considerando que sus condiciones de trabajo no son dignas, y que la dignidad es imprescindible para mejorar y aliviar la salud de sus pacientes. Pero la mayoría reconocen que buena parte de la demanda que atienden no es pertinente, porque las razones que llevan a la gente a la consulta tienen que ver con el malestar, pocas veces patológico, que resulta de los conflictos domésticos y familiares, laborales y sociales, es decir, situaciones que provocan ansiedad.

II.30. LA MEDICINA COMUNITARIA.

Las actividades clínicas preventivas deberían formar parte de programas comunitarios más amplios en los que se adoptaran iniciativas destinadas a modificar los estilos de vida de las personas mediante intervenciones políticas y sociales, puesto que las conductas no sólo vienen determinadas por la información y el consejo, sino que dependen de las condiciones de vida, de cómo y dónde se trabaja y se reside, de dónde se come. La contribución asistencial debe verse, pues, como un elemento más, pero no el único, de una política preventiva⁴¹.

La atención en todos los servicios de salud y los lineamientos en política de salud debe priorizarse para llevar a cabo una reestructuración sectorial que promueva la prestación de servicios de salud con calidad y dar mayor eficacia y eficiencia, así como facilitar al usuario en todo centro el acceso a la información necesaria sobre las políticas de salud, sin embargo, es muy poco lo que se logró al respecto, así como carencia de estrategias adecuadas de educación, supervisión y evaluación del personal de salud⁴².

Para tener una información más fidedigna y como un parámetro de cómo se está trabajando en la prestación de los servicios de salud, se tiene como principal razón de existir un servicio de salud es para atender usuarios con problemas de salud, entonces es a ellos a quienes debemos preguntar como fueron atendidos y si fue de su satisfacción personal la solución de su problema de salud. El usuario de un

servicio de salud es la persona mas indicada para describir la forma en que fue tratado(a), el tiempo que demoro cada servicio, el proceso que se siguió para tratar su problema de salud, y finalmente su nivel de satisfacción. El cliente sabe bien lo que recibió y como le brindo el servicio. El Ministerio de Salud da algunos aspectos de la calidad de atención⁴³.

- Un usuario es el visitante más importante de nuestro establecimiento de salud.
- El no depende de nosotros.
- Nosotros dependemos de él.
- El no es una interrupción para nuestro trabajo.
- El es el propósito de nuestro trabajo.
- No es un extraño en nuestro negocio.
- No le hacemos un favor con servirlo... El nos hace el favor de darnos la oportunidad de servirle.

Desde la perspectiva del cliente, depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, la privacidad, la accesibilidad de la atención y lo más básico, de que obtenga el servicio que requiera. Por tal situación, el Gobierno Boliviano por medio del Ministerio de Salud decidió poner en marcha el Seguro Universal Materno Infantil 2002 en nueve Direcciones Departamentales de Salud, cubriendo territorio Nacional que tiene como objetivo contribuir a la reducción de la muerte materna, peri natal e infantil en Bolivia, para lo cual consideraron diversas estrategias y entre las cuales estaba mejorar la calidad de atención de salud materna e infantil y también con fines de acreditación centros Hospitalarios. El Programa de Fortalecimiento de la Gestión Hospitalaria que se viene implementando en hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud tiene como objetivo específico contribuir con los esfuerzos del sector a mejorar la calidad de atención. Fundamentalmente, están ya convencidos que sólo es posible dar calidad si se respetan los derechos de los usuarios, ya sea en el marco gerencial de los derechos humanos y la ética, como en el marco

de derechos humanos que otorga la ley del seguro Universal Materno Infantil. Tradicionalmente, la calidad se ha definido a nivel clínico, en términos de conocimientos técnicos y de la habilidad de proporcionar un tratamiento seguro y eficaz para el bienestar del paciente.

II.31. LAS RELACIONES INTERPERSONALES Y LA SATISFACCIÓN.

La relación personal entre quienes proporcionan la atención de la salud y quienes la reciben suele ser muy deficiente, porque en los servicios médicos tiende a dársele mucha importancia a las soluciones técnicas, y poca o ninguna a los contactos y a las relaciones personales al no considerar al paciente como miembro del equipo de salud. A diferencia de otras empresas un hospital o institución de salud la materia prima que ingresa es el hombre enfermo y lo que la institución debe entregar es salud. Consecuentemente el concepto de "Persona humana" es substancial al ser de estas instituciones que adquieren pleno sentido cuando se conciben en razón y servicios del hombre y mujer. Esa persona debe ser recibida, tratada, comprendida y aceptada con todo lo que es en su ser finito, pero también con su destino trascendente⁴⁴.

II.32. DERECHOS DE LOS PACIENTES.

Acceso al tratamiento.- A todo individuo se le debe dar el acceso imparcial al tratamiento disponible o que se indique médicamente sin considerar su raza creencia, sexo, origen nacional o procedencia del pago para el tratamiento.

Respeto y Dignidad.- El paciente tiene derecho de recibir tratamiento respetuoso en todo momento y bajo todas las circunstancias como reconocimiento de su dignidad personal.

Privacidad y Confidencialidad.- "El paciente tiene derecho, de acuerdo a la ley a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes derechos:

- El derecho a rehusar a hablar o a ver a alguien que no esté oficialmente relacionado con el hospital.
- El derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Esto incluye el derecho a pedir que se tenga una persona del mismo sexo presente durante ciertas partes de un examen médico.
- El derecho a esperar que toda consulta o mención de su caso sea hecha discretamente y que no haya gente presente sin su consentimiento.
- El derecho a que su expediente clínico sea leído solamente por aquellos directamente involucrados en su tratamiento o de supervisar la calidad de este con una autorización por escrito o de su representante legal autorizado.
- A esperar que toda comunicación y registro pertenecientes a su tratamiento sean tratados confidencialmente.
- El derecho al aislamiento y protección que se considere necesarios para su seguridad personal.

II.33. RELACIONES HUMANAS DEL PERSONAL EN LA ATENCIÓN DE SALUD.

Se puede definir como: "Los procedimientos que satisfacen al máximo las necesidades psicológicas, sociales y económicas del personal, motivándolo a trabajar a favor de la salud de los pacientes". Esto significa que en las clínicas y hospitales, las relaciones humanas tienen como propósito mantener una elevada moral entre el personal y satisfacer integralmente sus necesidades emocionales y socioeconómicas, reconociendo que un individuo en el trabajo es un ser con necesidades físicas, psíquicas y sociales. Las bases de las relaciones humanas son:

- **Dignidad.** La dignidad humana es un aspecto fundamental de la vida en ella se reconoce a los seres humanos en su totalidad, con todos sus aspectos CULTURALES, y no solo por su capacidad física o por sus conocimientos.
- **Motivación.** La motivación es el conjunto de esfuerzos que mueven a una persona a trabajar a permanecer en un organismo e impulsa a la persona a actuar y continuar el trabajo iniciado.
- **Características Personales.** Es ampliamente conocido que cada persona es distinta; por lo tanto, para que cada empleado obtenga la mayor satisfacción en el trabajo debe recibir un trato diferente.
- **Moral.** Una moral mala puede ser descrita como una hostilidad entre los propósitos y objetivos de la persona, pero una buena moral requiere además, de compatibilidad, de entusiasmo y energía.
- **Reconocimiento.** Para todo hombre es importante el reconocimiento público y privado de la tarea o trabajo bien hecho, expresado tal vez mediante un puesto, un título, un elogio.

II.34. LAS RELACIONES PÚBLICAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD.

Las relaciones públicas en la atención de la salud consisten en el contacto del centro de salud, hospital, clínica, etc., con los pacientes, familiares, los visitantes y con el público en general. Tienen como finalidad de hacer conocer el trabajo y objetivos de la institución, interesará en ello hacer conocer a las autoridades el fin de crear mutuo entendimiento, beneficios, buena voluntad, comprensión, confianza, y corregir errores. Los objetivos de las relaciones públicas en la atención de la salud son:

- Dar a conocer al público los servicios prestados por el organismo y sus funciones: promoción, prevención, curación y rehabilitación.

- Dar a conocer a las autoridades y el personal, las características socioeconómicas y culturales de la comunidad.
- Promover el mejoramiento de la relación entre institución y usuario.
- Establecer relaciones de ayuda mutua con instituciones afines: centros de salud, hospitales, ONGs. etc.
- Estimular la ayuda social, moral y económica a la comunidad.

II.35. PROGRAMA ACTUALIZADO DEL MINISTERIO DE SALUD EN LA ATENCION COMUNITARIA E INTERCULTURALIDAD.

Las orientaciones estratégicas y prioridad de programas en salud para los pueblos indígenas, considera que se orienten y propongan varios aspectos relevantes como son:

- La salud en el desarrollo es una estrategia que reconoce el papel promocional y político de la salud.
- La reorganización del sector salud cobra una importancia fundamental en el caso de los pueblos indígenas, al plantear la transformación de los sistemas de salud.
- La focalización en grupos de alto riesgo.
- La integración de la mujer en la salud y el desarrollo, tienen una particular relevancia para el caso de la mujer indígena.
- La necesidad de adoptar un concepto holístico de la salud.
- El derecho a la autodeterminación. De los pueblos.
- El derecho a la participación sistémica.

- El respeto de las culturas indígenas y su revitalización.
- La reciprocidad en las relaciones de comunidades.
- La participación de líderes y representantes de pueblos indígenas en la formulación de políticas y estrategias de salud.
- Fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial.
- Asegurar mayor acceso a los centros de salud, promoviendo la transformación de los sistemas de salud, apoyando el modelo alternativo de atención de salud.
- Realizar talleres de Recursos Humanos e interculturalidad.

Con este enfoque del Ministerio de Salud, se puede innovar planes y programas de acuerdo a su propia realidad, donde las organizaciones de salud bajo el enfoque de interculturalidad, permitirá que la cosmovisión de los pueblos involucrados, en lugar de constituir una barrera, se constituirá en el espacio idóneo para reducir las contradicciones entre lo que hacen en sus comunidades y lo que encuentran en las unidades de salud.

En este sentido cada trabajador de salud debe desarrollar una capacidad permanente de aprender, por o tanto no tratar de atender a un paciente pasivo, sino interactuar entre actores lo que permitirá a todos descubrir constantemente nuevas innovaciones que favorezca la relación entre distintos sistemas de entendimiento, manejo y valoración de la realidad de cada comunidad. Con la salud intercultural, los pueblos indígenas pasan a ser sujetos que participan en la construcción de su propio modelo de salud.

II.36. CONTROL PRENATAL.

Definimos al control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, acompañamiento prenatal, cuidado prenatal, consulta prenatal o atención prenatal)

como el conjunto de todas aquellas actividades asistenciales y preventivas promocionales que se realizan en la embarazada, con la finalidad de proteger la salud de la madre y de su niño. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo y humano, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva. Puede ser utilizado en la disminución de la morbimortalidad materna y peri natal, valorando el riesgo obstétrico, detectando y tratando enfermedades que agravan la gestación, previniendo las complicaciones obstétricas, (alertando a los hospitales para equiparse convenientemente en cuanto a medicamentos, materiales quirúrgicos, banco de sangre, limpieza e higiene, dotación de sueros, tocó lisis, etc.) también preparando física y emocionalmente a la madre para el parto, lactancia materna y para un adecuado cuidado del recién nacido. Con el control prenatal se persigue:

- La detección de enfermedades maternas subclínica.
- La prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal
- La disminución de las molestias y síntomas asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el parto.
- La administración de contenidos educativos para la salud y la familia.

II.37. UN CONTROL PRENATAL DEBE TENER CUATRO ASPECTOS FUNDAMENTALES.

II.37.1. Precoz: es decir, la primera visita debe realizarse temprano; en lo posible durante el primer trimestre de gestación, esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento y protección, que constituyen la razón fundamental del control, además torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo,

aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica.

II.37.2. Periódica: Es decir, la frecuencia de los controles prenatales variará según el riesgo que presenta la embarazada. Las de bajo riesgo, requerirán un número menor de controles que las de alto riesgo. Actualmente en nuestro país se considera como mínimo que una gestante reciba cuatro controles prenatales, distribuidas de la siguiente manera; la primera atención antes de las 20 semanas; la segunda de 22 a 29 semanas, la tercera entre las 33 a 35 semanas y la cuarta entre las 37 a 40 semanas.

II.37.3. Completa: es decir, que los contenidos mínimos deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, por lo tanto, nuestra atención incluiría exámenes auxiliares, examen y evaluación del embarazo y del crecimiento fetal, cálculo de la edad gestacional, de la fecha probable de parto, atención odontológica, vacunación antitetánica, atención nutricional, apoyo psicológico, educación para la salud, preparación psicoprofiláctica, estimulación prenatal, así como enseñar a las madres a prepararse para la lactancia.

II.37.4. Amplia cobertura: solo en la medida que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna y peri natal⁴⁵.

Dotado con estas características y orientaciones es un fenómeno de gran desarrollo en los últimos treinta años. Aplicado en forma rutinaria, normatizada y extensiva, conjuntamente con criterios de riesgo, referencias, niveles de asistencia, atención institucional del parto, y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes y lesiones maternas y peri natales.

Los controles prenatales se realizan en los centros de salud de primer nivel. En nuestro país existen tres niveles de atención, de tal manera que se presta una atención piramidal, donde el mayor número de asistencia de los pacientes, realizan su primera visita en el primer nivel con atenciones ambulatorias, principalmente de consulta externa y urgencias, el énfasis en este nivel es el trabajo en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. En nuestra realidad, los controles prenatales de centros de salud, son realizados por profesionales en obstetricia y médicos generales.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí es ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorio sofisticado; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente, y el empleo criterios de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

En los centros de salud, la tecnología empleada es una adaptación de la Historia Clínica Peri natal Simplificada, el Carnet Peri natal y el Sistema Computarizado para computadoras personales implementados desde 1983, basado en los criterios del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). El CLAP propuso y aún está en uso en nuestro medio, la utilización de la Historia Clínica Peri natal y su correspondiente Carnet Peri natal, como una medida que facilita la supervisión del cumplimiento de las normas y su evaluación, pasos indispensables para el correcto cumplimiento del proceso normativo. Que constituye además en la fuente de datos que permitirá a los servicios disponer de la información necesaria para la toma de decisiones. La Historia Clínica Peri natal comienza con datos de identificación, edad y caracterización socio-educacional y continúa con ciertos antecedentes familiares u obstétricos de reconocida importancia para el pronóstico del embarazo actual. En el sector EMBARAZO figuran aquellos datos o exámenes que deben ser anotados o recordados en cada control. Su registro induce al cumplimiento de una serie de acciones que deben ser realizadas en la atención peri natal. El sector PARTO o ABORTO incluye la información básica para el control del

período de dilatación, así como los datos del parto y alumbramiento más importantes para el futuro control de la puérpera y el neonato. El sector RECIEN NACIDO incluye los datos fundamentales del examen que deberá efectuarse a todo neonato y el tipo y nivel de cuidado requerido. En el sector PUERPERIO se resume las acciones desarrolladas en el postparto o postaborto e incluye un capítulo dedicado al asesoramiento en contracepción. Tanto el componente neonatal, como el materno, finalizan con el estado al egreso y patologías diagnosticadas.

El Carnét Peri natal contribuye a que los datos fundamentales relativos al control prenatal, al ser registrados sistemáticamente en cada consulta, lleguen a manos de quien atiende posteriormente a la embarazada. La principal desventaja en el sistema es que la falta de datos en algún período del proceso de atención compromete la calidad de la asistencia de las etapas siguientes. Esta situación se presenta, por ejemplo, toda vez que el parto no se realiza en la misma institución en donde se efectúa el control prenatal. Lo mismo ocurre cuando el control postparto y pediátrico se realiza fuera de la institución donde nació el niño. Para poder contactar los niveles en la atención materna se utiliza el Carnét Peri natal⁴⁶.

El carnét peri natal debe estar siempre en poder de la embarazada, quien lo utilizará para toda acción de salud que reciba en su estado grávido o puerperal. Aplicando en forma rutinaria y extensiva, conjuntamente con otras medidas de salud pública como la atención institucional del nacimiento, el empleo de criterios de riesgo para determinar referencias y niveles de asistencia y la atención inmediata de los recién nacidos, contribuye a evitar muertes lesiones maternas y peri natales.

Además de la reducción de algunos puntos de la tasa de mortalidad peri natal y materna que pueden lograrse por la inclusión del control prenatal extensivo en los programas materno infantiles, hay posibles efectos adicionales de impacto difíciles de medir pero no menos importantes. Alejar las dudas de las gestantes, despejar los miedos y tabúes, lograr mayor acercamiento y confianza hacia el sistema de salud, una actitud más positiva hacia la maternidad, hacia el espaciamiento de los hijos, y

mejoramiento de los hábitos de vida familiares, mejor disposición para el control de crecimiento y desarrollo uterino del niño, fomentar la actitud hacia la lactancia natural, dar a conocer el plan de vacunación, son ejemplos de beneficios colaterales⁴⁷.

Son barreras para el control peri natal efectivo:

- Su costo cuando no es gratuito para la usuaria; a esto hay que agregar gastos de transporte, pérdidas de horas laborales, etc.
- La inadecuada capacidad del sistema de salud.
- Problemas en la organización, en la práctica y hasta en la atmósfera con que se brinda el control.
- Barreras culturales.
- Accesibilidad geográfica.

Las normas institucionales de atención a las gestantes, así como la identificación de grupos con menor probabilidad de recibir atención esquemas de utilización adecuada, los errores existentes en el proceso de información, la utilización de protocolos y modelos de atención, así como identificación de barreras, así mismo los indicadores son peores en adolescentes que no tienen control prenatal pues se ha demostrado que es mejor si se inicia en el primer trimestre, la paridad está asociada con la utilización del control prenatal.

Mediante el control prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período peri natal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. En Latinoamérica se constituye aún, un importante problema de salud pública como también para el país. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud.

Las características del servicio y las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas para la detección temprana de las alteraciones del embarazo, las Instituciones de salud que prestan este servicio, deberán contar con la capacidad resolutive y el equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice una gestación normal y una madre y su hijo o hija sanos. Además de efectivizar los partos institucionales. Lo importante como propósito es que la familia identifique la bondad de la vida donde el embarazo y por ende, la llegada de un nuevo miembro de la familia y la comunidad, es un acontecimiento que impacta en forma variable en las diferentes parejas. Sin duda impacta en las parejas que por primera vez afrontan este proceso. Primero, por el hecho de reconocer como cierto que el fruto del amor de dos personas se convierte en un ser físicamente tangible, cuando los cambios físicos de la madre se hacen evidentes y más aún cuando se producen los movimientos fetales o la auscultación de los latidos del bebé, hombre o mujer. Esto nos indica que el nuevo ser en camino día a día ocupa mayor espacio dentro del cuerpo de su madre y que pronto ocupará un lugar en el hogar y en la sociedad.

Las parejas que esperan su hijo o hija realizan actividades como acudir al control prenatal, prepararse para el parto, gestiones de financiamiento, exámenes de laboratorio, adecuaciones en el hogar, provisión de enseres. Pero muchas veces se descuida uno de los eslabones más importantes de toda esta cadena de sucesos: la preparación de la estrategia y logística del anhelado día en que sucederá el parto, esto es a lo que hemos llamado plan del parto.

II.38. DIAGNOSTICO DE LA EDAD GESTACIONAL.

Los elementos clínicos⁴⁸ que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días)

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan con relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

II.39. DIAGNOSTICO DE LA CONDICION FETAL.

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- Latidos cardiacos fetales.
- Movimientos fetales.
- Tamaño uterino.
- Estimación clínica del peso fetal.
- Estimación clínica del volumen de liquido amniótico

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben

efectuarse una serie de procedimientos los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.

Latidos cardíacos fetales. Los LCF se auscultan con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

Movimientos fetales. La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal

Tamaño uterino. Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflexionadas. La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal. Este instrumento para identificar retardo del crecimiento intrauterino, tiene una sensibilidad de 56%, especificidad de 91%, valor predictivo positivo de 80%, y valor predictivo negativo de 77%. Debe enfatizarse que ese instrumento no debe utilizarse para calcular la edad gestacional con relación a una altura uterina determinada.

Estimación clínica del peso fetal. Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal en

embarazo del tercer trimestre es 10%. La estimación obtenida, con relación a la edad gestacional, lo que permite el diagnóstico de adecuación para la edad gestacional⁴⁹.

Estimación clínica del volumen de líquido amniótico. Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad peri natal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal⁵⁰.

El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hidrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

II.40. LA EDUCACION MATERNA.

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma.
- Nutrición materna.
- Lactancia y cuidados del recién nacido.
- Derechos legales.
- Orientación sexual.

- Planificación familiar.
- Preparación para el parto.

Signos y síntomas de alarma. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada deba conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución. La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normo inserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario). Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se deba informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas. Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal. Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pre término. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico con relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

II.41. LA NUTRICIÓN MATERNA.

Lactancia y cuidados neonatales. Ver "Lactancia". Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc.).

Derechos legales. El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente.

- **El Certificado ó subsidio de leche.** Toda embarazada en control prenatal (institucional o privada) tiene derecho a una cuota mensual de acuerdo a la ley del Código de Seguridad social.
- **Certificado de asignación familiar.** Toda embarazada con contrato laboral, o carga de cónyuge con contrato laboral, debe recibir al cumplir el quinto mes su certificado de asignación familiar.
- **Licencia de descanso prenatal.** Toda embarazada con trabajo debe recibir licencia de descanso prenatal, sea su gestación fisiológica o patológica, debe ser otorgado seis semanas antes y después de la fecha probable de parto y otorgado por profesional médico.

La Orientación sexual. Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

La Planificación familiar. Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal. El método utilizado en el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica es el método de la lactancia (LAM), el cual otorga una infertilidad tan eficiente como los métodos tradicionales.

Preparación para el parto. La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben

ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

Los exámenes de laboratorio.

- Hemograma completo.
- Grupo sanguíneo.
- VDRL.
- Glucemia.
- Albuminuria, EGO.
- Papanicolaou.
- ecografía

Grupo sanguíneo. La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre, y Coombs indirecto. Si se detecta que la paciente es Rh negativo se manejará de acuerdo a normativa respectiva. Si la madre es Rh positivo con Coombs indirecto positivo, se procederá a identificar a qué sistema sanguíneo pertenece el anticuerpo detectado.

Urocultivo. EL uro cultivo a todas las embarazadas se puede efectuar con orina de segundo chorro, tomado por auxiliar de enfermería capacitada y con taponamiento de introito, con fines de evitar positivos falsos por contaminación de flujo vaginal.

V.D.R.L. (Venere al Disease Research Laboratory) es una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de infección por Treponema pálido (lúes). Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas).

H.I.V. La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa), se efectúa en esta institución desde hace aproximadamente tres años. Se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control.

Hematocrito. La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro. En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas.

Glicemia. Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el posparto. Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para diabetes, de ahí que se recomiende efectuar a todas las embarazadas una prueba de sobrecarga con 50 g. de glucosa oral (valor normal: <140 mg/dl a la hora) alrededor de las 26 semanas de amenorrea.

Albuminuria. La detección de albúmina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control prenatal; si es negativa se efectuará en cada control prenatal desde las 28 semanas. La detección se efectúa con la "coagulación" de la albúmina en la orina, cuando a la muestra se agregan 2 a 4 gotas de ácido sulfosalicílico al 20%. Albúminas positivas en el tercer trimestre habitualmente corresponden a un pre eclampsia.

Papanicolaou. El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer con relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por los espéculos copia (ejemplo: Placenta previa) Como puede apreciarse el rendimiento es bajo, pero esto es consecuencia de la edad reproductiva de las mujeres.

II.42. PERIODICIDAD DEL CONTROL PRENATAL.

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología

detectada lo requiera. En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse con relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control. Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc.).

El control mensual hasta las 28 semanas de amenorrea, cada tres semanas hasta las 34 semanas de amenorrea, cada dos semanas hasta las 36 semanas de amenorrea, y posteriormente, cada siete días hasta las 41 semanas de amenorrea. Esto significa que si una paciente ingresa a las 8 semanas y resuelve su parto a las 40 semanas, contabilizará trece controles prenatales que pueden ser considerados un exceso, a no ser que al menos tres de ellos sean destinados exclusivamente a educación materna⁵¹.

Si los recursos humanos son escasos se puede realizar un adecuado control prenatal concentrando las atenciones en el tercer trimestre (ejemplo: antes de las 20 semanas, 28, 34, 36, 38 y 40 semanas), pero con una importante educación materna (individual o grupal), especialmente en lo relevante a síntomas y signos de alarma.

III. EL CONTROL PRENATAL EN BOLIVIA Y LATINOAMÉRICA.

En los últimos años en Latinoamérica, se ha visto la necesidad de adecuar la prestación de los servicios de salud a las características socioculturales, a las necesidades y expectativas de la dinámica social de sus pueblos, y asumir el reto de aumentar sus coberturas ofreciendo atención de calidad y haciendo un uso óptimo de los recursos disponibles.

La aparición de un nuevo enfoque dirigido a la participación multidisciplinaria, en los círculos de cultura, donde el elemento clave es el recurso humano; los sistemas de multiculturalidad cuyo objetivo es la satisfacción del usuario a lograrse la atención de acuerdo a sus usos y costumbres culturales, cuya planificación, control, aseguramiento y mejoramiento esta la calidad⁵².”

En Bolivia se han establecido políticas, referidos a la salud de los grupos más desprotegidos, al niño menor de cinco años y a la mujer gestante y no gestante y haciendo énfasis en lo que es la atención madre niño con el Seguro Universal Materno Infantil “SUMI”.

En el centro de salud “Bella Vista” de la Red Sur, es una institución de atención de segundo nivel que pertenece al Sistema Nacional de Salud de Bolivia, que está encargado de ofertar todos los programas, planes y políticas de salud, que el ministerio prioriza hacia nuestra población. Se considera que toda institución tiene como principal misión **“ofertar servicios de salud bajo los criterios de cultura, calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad, solidaridad y accesibilidad”** de tal manera que las percepciones y expectativas de los pacientes y usuarios de estos servicios sean positivos mostrando satisfacción de atención.

Se realizaron otros estudios de investigación en Venezuela⁵³, donde se toma como un estudio una muestra de 38 pacientes del servicio de Cirugía (Venezuela), a los cuales se les aplicó un cuestionario para indagar su opinión sobre la calidad de la atención recibida del personal de salud. Entre los resultados se destaca que el 73 %

de los pacientes consideran que la calidad de la atención es buena y un 24 % la considera regular. Esto se debe a factores tales como: una infraestructura física del servicio aceptable y a la calidad profesional del personal de salud.

En el área Andina se ha atendido un 30% los partos con comadronas o parteras empíricas donde el 54% fue en domicilio y el 16% atendido por médicos y personal de salud entre ellos licenciadas de enfermería y auxiliares⁵⁴.

Cuando hay una hinchazón de las piernas durante el embarazo, la causa puede ser “mal viento” o “mal aire”. Entonces hay que dar poca sal en la alimentación de la embarazada, hacer bien los mates con “cola de caballo” o “pelos de choclo” (plantas diuréticas) y lavarse el cuerpo con trébol hervido. Hay una gran parte de prescripciones médicas folklóricas preventivas que da la partera para proteger a la madre y la gran mayoría son favorables y no hacen daño al embarazo dando apoyo moral a la madre⁵⁵.

EL CONFLICTO INTERCULTURAL EN EL CONTROL PRENATAL.

Hay un estudio realizado en la ciudad de La Paz, del Distrito IV, zona de Passankeri, donde se ha encontrado evidencias que no son nada alentadoras, y que es afectada por las restricciones de confianza y aumento del “temor” provocadas por el tipo de relación establecida en los servicios de salud. De acuerdo a datos teóricos calculados en el centro de salud de Passankeri existe 7.327 habitantes y 1.736 corresponde a mujeres en edad fértil, es decir 23.70% de la población total y de estas 293 corresponden a mujeres embarazadas esperadas, es decir, el 4%. Que ha permitido comprobar la baja cobertura en la Atención del Control prenatal con un 18.4%, en la atención de parto con un 1.02%, esta situación posiblemente es similar en otros de salud de las zonas periféricas de la ciudad de La Paz, donde la naturaleza del problema a ser identificada es diversa como en este caso de estudio la asimetría de dos culturas que provoca un conflicto intercultural entre la oferta y demanda de servicios, relaciones entre percepciones y prácticas diferenciadas en el proceso del control prenatal y que evidentemente tiene conexión en la interpretación

de los problemas que cursa en esta etapa gestacional y que posiblemente sean responsables de la baja cobertura. En todo caso lo que se pretende es resolver un problema importante y cotidiano como es el de transformar el conflicto intercultural con las nuevas políticas de salud del Ministerio, con un propósito bajar las tasas de morbilidad y mortalidad durante el control prenatal y el parto, considerando, además las difíciles condiciones de vida de la población⁵⁶.

PERCEPCIÓN DEL EMBARAZO EN BOLIVIA.⁵⁷

Se ha llevado a cabo un trabajo de investigación en el Distrito V de la ciudad de La Paz, obteniendo las siguientes tabla de frecuencias, que es producto de una encuesta realizada a 56 mujeres organizadas en “alimento de trabajo” demuestra que para el 77% el embarazo no es considerada como una enfermedad, y el 13% es considerada como una enfermedad, Para las personas el comportamiento asociado al embarazo, esta dirigido a evitar el levantar bultos demasiado pesados y como es considerado un proceso natural y que no requiere control prenatal, por lo que continúan desempeñando sus labores como de costumbre sin que constituya un obstáculo en la vida normal, sin embargo existen prescripciones de acuerdo a sus patrones culturales y testimonian de la siguiente forma:

- “Cuando se esta embarazada no hay que ver animales muertos, no tejer, no alzar cosas pesadas ni tomar pastillas”.
- “Cuando se esta embarazada no se debe manejar bultos, no hacer quemar la comida cuando se cocina para que no se cuele la placenta a la espalda, no tomar mates”.
- “No coser, no tejer porque el cordón a su cabeza se envuelve”.
- El **t’alt’api**, consiste en que la embarazada se recuesta sobre un poncho y luego algún pariente o la partera empírica le pide cambiar de posición cada vez que sacude de ambas esquinas el poncho, esta actividad finaliza con

masajes suaves en ambos costados del abdomen con la coca acullicada por la persona que le esta atendiendo.

- El **q'agt'api** es realizado por algún pariente o por el usuri cuando la embarazada tiene dolores en el cuerpo y consiste en friccionar con un preparado de grasa de toro negro mezclado con hierbas molidas como el molle, el romero, etc.

Percepciones del Parto:

La encuesta realizada en el distrito V de la ciudad de La Paz de acuerdo a las variables refiere:

- Que el proceso de parto de inicia con dolores fuertes de espalda con un 64.2%, y otras refiere que se expulsa flemas con sangre con un 14.2%, algunas refiere que solo empieza con dolor de barriga con un 9%.
- Así mismo testimonia que: “nos damos cuenta que va ha empezar el parto, por el dolor de espalda y la sangre que baja, entonces, tomamos mate de orégano, chocolate caliente, porque si nos hace frio no podemos desembrazarnos.

Este proceso que sufre la madre durante el parto, es concebido por los aymaras como un enfriamiento interno, razón por la cual se le ofrece mates de hierbas que se las considera cálidas como por ejemplo el mate de orégano, donde el frio es considerado como un fenómeno ambiental que puede producir enfermedades y aún la muerte.

Percepción de las mujeres sobre, quien es la persona que atiende el parto.

El parto es un momento crucial para la mujer migrante aymara, la presencia y participación del esposo es primordial, y que de acuerdo a la encuesta el 52% refiere ser atendidas por sus esposos, de la misma manera estos datos fueron ratificados por el testimonio de:

- *“La mayor parte de los partos los atiende el esposo, porque tiene confianza...rara vez o pocas veces acuden al centro...creo que deberíamos capacitar a los esposos... cuando empieza el proceso de parto reciben fricciones en base a pomadas preparadas por ellas mismas en base a grasa de toro negro”.*
- *“En cuanto a la posición...se dan comodidades ellas...adoptan la posición de cuclillas...”*
- *“El parto mi esposo no mas me atiende en la casa es mejor porque se toma caldito caliente de cordero, chocolate...lo que en la clínica no nos da solo comida corriente con cosas frescas y que son frías...”.*

A NIVEL LATINOAMERICA.

Brasil. Trabajo de parto por parteras empíricas.

En el estado de Ceará (Brasil) en una población de 350.000 existe 40 unidades de atención, donde el interés primordial ha sido establecer la capacitación de las parteras empíricas en el medio cual ejercen sus actividades compartiendo sus vivencias y costumbres a su religiosidad y sobre todo a su rígido código moral, seleccionado el grupo paso a los centros de salud compartiendo con los médicos y enfermeras, esta socialización, asimilaron hábitos higiénicos al mismo tiempo se enseñaba el control prenatal, se les explicaba la importancia de la presión elevada y el edema en miembros inferiores y el sangrado durante el trabajo de parto, concluido este trabajo de conocimientos generales de parte de las parteras empíricas se dirigieron a sus comunidades debidamente entrenadas, motivadas, mediante charlas y demostraciones resueltos al mismo tiempo en el hospital⁵⁸.

Perú. En el sur Andino.

En el departamento de Apurímac en el área sur andina del Perú, un grupo de profesionales médicos se dirigen para adquirir conocimientos y experiencias, sin

intervenir bruscamente con un a capacitación medicas. Donde 30 parteras podían intercambiar sus experiencias y discutir las con el equipo de salud, el cual intervenía cuando solo eran temas específicos, como por ejemplo, la higiene, el control prenatal y el diagnostico precoz del embarazo de alto riesgo. Las parteras empíricas se hacían entender por socio dramas mostrando problemas que tuvieron, creando una buena colaboración de las participantes⁵⁹.

En la década de los años 1980, la garantía de calidad se extendió a la Atención Primaria de Salud en los Estados Unidos y en Europa. Después de 1985 la OMS comenzó a utilizar el análisis de sistemas y evaluaciones de los establecimientos en todo ámbito donde se prestan servicios de atención de salud, los beneficios que se brindan a los usuarios, frustra a los profesionales de salud y produce un desperdicio de los escasos recursos de la atención sanitaria. Por lo tanto es fundamental contar con un proceso constante de garantía y mejoramiento de atención de acuerdo al conocimiento de la comunidad con sus costumbres culturales y que sea un sistema de atención de la salud que sea eficaz, eficiente y útil.

A NIVEL CENTROAMERICA SE CONOCEN VARIOS TRABAJOS:

Jamaica 1987: Se ha evaluado la Atención Primaria en relación con doce indicadores de salud dentro del perfil epidemiológico y se ha contado con datos adicionales procedente de una encuesta confidencial sobre defunciones maternas para ello la evaluación de calidad debe realizarse en función de los recursos disponibles y debe presentar particular atención al establecimiento de criterios aceptables de examen inequívoco. Los resultados han conducido a la elaboración de programas destinados a mejorar la atención asistencial.

En Costa Rica: 1995 – 1997: Se realizo una investigación con el propósito de enfrentar las debilidades del sector salud implantando un plan de modernización readequado al modelo de atención basado en las prioridades de salud de la población. Se hizo una recolección de datos en tres áreas de Salud sobre

variables e indicadores señalados por diferentes expertos como determinantes para evaluar el impacto en la equidad la eficiencia y la calidad de atención en los servicios de salud, para la relación de variables e indicadores, se calculó para uno de las áreas las tasas de mortalidad general, las tasas de mortalidad infantil, las tasas de natalidad y la distribución porcentual de población por grupos de edad y las consultas.

De acuerdo a la revisión de otro trabajo, de ha visto que esta relacionando con la prestación de servicios y su accesibilidad, en esto podemos concluir, que dentro las consultas externas se evidencia la deficiencias en cuanto al cumplimiento de las normas ó el buen manejo de procedimientos normados y recomendados por otras instituciones como es el caso del INASSES. En las políticas de salud del Ministerio es implementado dentro un aspecto preventivo, sin embargo en este caso la falta de una coordinación de las políticas operativas y administrativas muestra sus deficiencias, desde un modelo de atención como es en este caso el primer nivel desde el individuo, familia y comunidad, este trabajo recomienda una reestructuración del sistema en la seguridad social con dos enfoques uno administrativo y el otro a la investigación sobre la accesibilidad, mismo que deberá responder a los procedimientos y funciones como es la oferta de servicios⁶⁰.

El año 2005 se realizó un estudio en el hospital La Paz de la zona Garita de Lima, sobre la atención satisfactoria en la de calidad de atención donde los resultados califican al grado de satisfacción con el 48% y del 52% de insatisfacción en la calidad de atención⁶¹.

IV. JUSTIFICACIÓN.

La presente investigación surge ante la importancia que ha alcanzado dentro de la temática social de **la interculturalidad** y el más cuestionado acerca de la efectividad en la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención del sector público, más aún en la Seguridad Social que no se practica la medicina comunitaria, es que en estos sistemas que ofertan servicios no está demandada por la comunidad, como el sector público, que en este caso la diversidad la pobreza de diferentes sectores o pueblos esta creando situaciones sanitarias de verdadera catástrofe de morbilidad, sin embargo es también el conflicto intercultural que junto al anterior esta causando las altas tasas de mortalidad.

Por eso el abordaje de problemas sociales, no sólo deben influir soluciones homogéneas, sino que creemos que la característica cultural debe ser considerada más seriamente, encontrando problemas diferentes que nos permitan comprender y mejorar sus posibles y factibles soluciones del individuo, familia y comunidad. En este sentido, el hecho de que los prestadores de salud y los pacientes o usuarias no compartan percepciones comunes y practicas culturalmente adquiridas acerca del proceso atención prenatal y parto institucional.

En nuestro país multicultural, se dan frecuentemente estas situaciones, donde los prestadores de salud ofertan servicios que expresan su propia cultura, adquirido por una formación universitaria e institucional, y las demandantes de servicios de salud, en todo el sentido de sus creencias y expresiones culturales, organizan su vida de la misma forma de su lugar de origen, no obstante, ambos persiguen el mismo objetivo de proteger y promover la salud materna.

Existen muy pocas investigaciones al respecto de este tema, sin embargo realizado las investigaciones por poca bibliografía se evidencia que en los servicios de salud existen aun muchas barreras infranqueables para las usuarias, donde la relación con los ofertantes de salud en el primer nivel o hasta, tal vez el tercer nivel, resulta una experiencia traumática. Por esta razón, es conveniente destacar, desde el principio lo

importante de mejorar el acceso a los servicios en su adecuación a la identidad cultural de cada individuo, familia y comunidad, donde los servicios deben emplear estrategias diferentes a la expresión cultural e identidad de cada comunidad⁶².

Sin embargo, el problema muestra mayor complejidad y por ello es prioritario y necesario motivar a la creación de un nuevo estilo de relación entre los prestadores de servicios de salud y los pacientes, tomando en cuenta la situación de las diferentes percepciones y prácticas que tienen, pero cuya relación no debe estar basada en la transmisión de prácticas y mensajes unidireccionales, sino, en el establecimiento de una relación intercultural solidaria permanente, que coadyuve a la revalorización de la cultura de las pacientes, que al darse cuenta que podrán expresar libremente y sin temor sus problemas, posiblemente lo utilizaran los servicios de salud que en esencia tiendan a ser multiculturales

Para conseguir todo ello, como personal de salud se utilizará la estrategia mediante un programa educativo dirigido a los prestadores de salud, donde implique el escuchar a las pacientes sus expresiones e identidad, sin cuestionar los términos que utilizan, tratando de comprender y respetar el saber de las pacientes, esto implica la democratización del saber, en ambas direcciones, con la finalidad de conseguir un nuevo escenario donde se deberá prestar servicios de calidad con respeto intercultural con equidad y la participación efectiva de la comunidad.

Por otra parte, estamos en una coyuntura donde la sociedad toma mas conciencia de su organización creada para su servicio, además del cumplimiento de metas y objetivos institucionales, donde la satisfacción del debe ser el principal componente del plan operativo de una institución y en especial del servicio de salud.

V. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

V.1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

La asistencia al control prenatal disminuye por un conflicto intercultural entre los prestadores de salud y las pacientes y de esta manera baja las coberturas y la no asistencia al centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz en la gestión 2007.

V.2. OBJETIVOS

V.2.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen en el conflicto intercultural para la baja asistencia al control prenatal de las pacientes que asiste al Centro de Salud de Bella Vista en la gestión 2007.

V.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los aspectos generales de las pacientes.
2. Identificar si el médico se comunica con el mismo idioma que la paciente habla.
3. Identificar si el personal de salud acepta las costumbres culturales de tratamiento de la medicina tradicional.
4. Determinar si la educación que imparte el personal de salud está acorde a las costumbres tradicionales de las usuarias.
5. Identificar si el control prenatal acepta acorde a sus costumbres.

V.3. DISEÑO METODOLÓGICO

V.3.a. Tipo de estudio

El diseño de estudio que se ha aplicado en el presente trabajo de investigación es descriptivo de corte transversal.

V.3.b. Lugar de estudio.

El área de estudio fue el Centro de Salud “Bella Vista” de la Red Sur de la ciudad de La Paz a las pacientes que asisten al control prenatal en la gestión 2007.

V.3.c. Sujeto de estudio.

Los sujetos de estudio constituyen a pacientes que asisten al control prenatal.

V.4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra que se calculó a través de la fórmula para poblaciones determinadas, en porcentaje estimado y se ha calculado de acuerdo a lo siguiente:

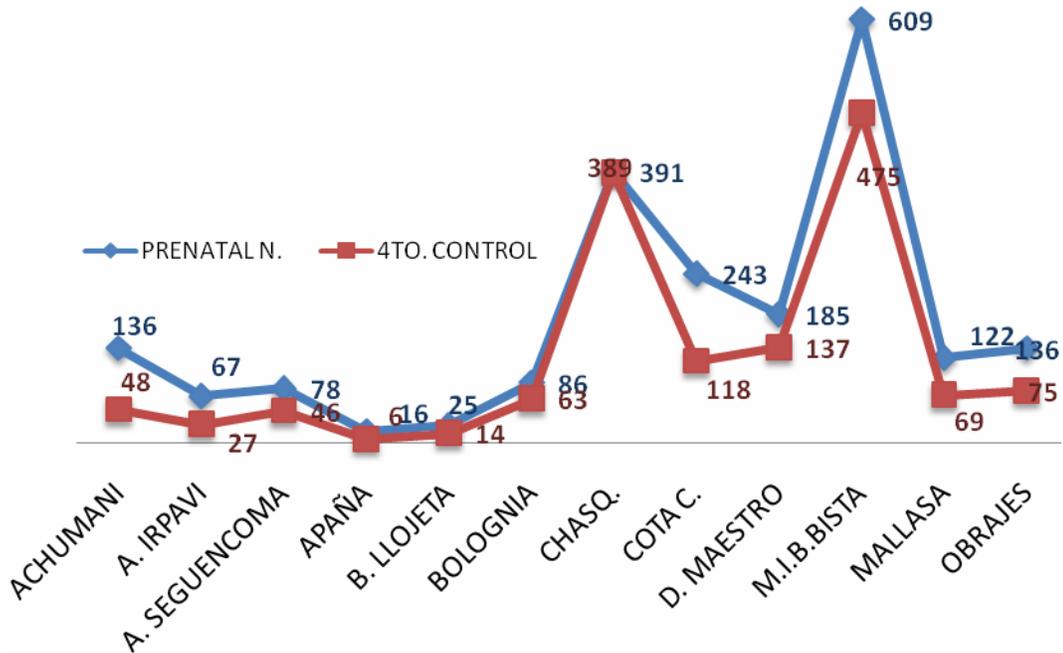
CUADRO N° 2
POBLACIÓN TOTAL DE LA RED SUR DE LA CIUDAD DE LA PAZ-2007

N° AREAS TOTALES	TOTAL 100%	POB. PARCIAL		15-49 a. M.E.F.	EMBARAZOS ESPERADOS	PARTOS ESPERADOS	NACIMIENTOS ESPERADOS
		15-59 a. TOTAL	60 Y más				
		60,7920	6,0292				
	<i>139877</i>	<i>85034</i>	<i>8433</i>	<i>40205</i>	<i>4677</i>	<i>4150</i>	<i>4161</i>
OBRAJES	0	7662	760	3623	421	374	375
ALTO OBRAJES	20408	12407	1230	5866	682	605	607
A. SEGUENCOMA	10434	6343	629	2999	349	310	310
BELLA VISTA	21204	12890	1278	6095	709	629	631
BOLOGNIA	8981	5460	541	2581	300	266	267
IRPAVI	6505	3955	392	1870	218	193	194
ACHUMANI	19149	11641	1155	5504	640	568	570
COTA COTA	21022	12780	1267	6042	703	624	625
CHASQUIPAMPA	12462	7576	751	3582	417	370	371
MALLASA	0	4321	429	2043	238	211	211

FUENTE: INE (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA) – SNIS /SEDES LA PAZ

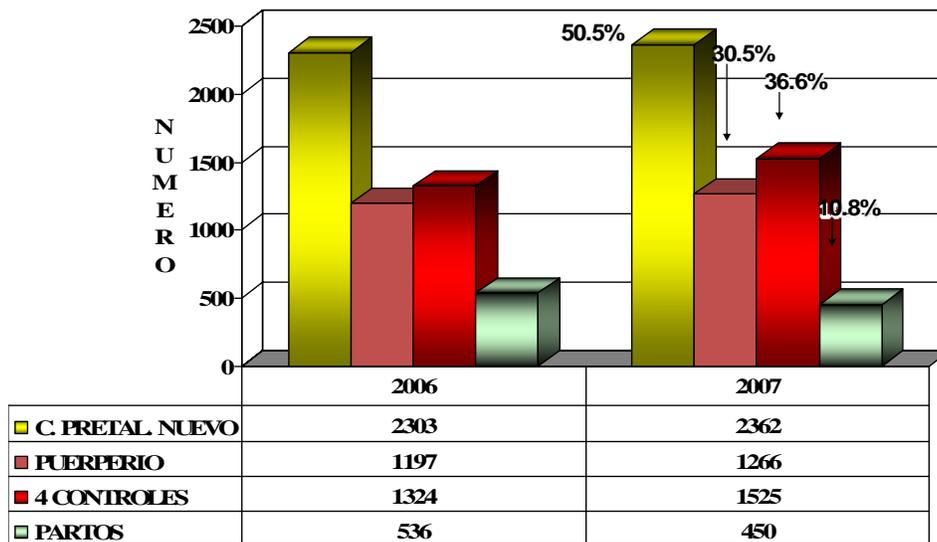
Las pacientes que asistieron al control prenatal a la consulta externa del Centro de Salud de “Bella Vista” de la Red Sur de la ciudad de la Paz en la gestión 2007 fue:

GRAFICO N° 1
COBERTURA DE CONTROL PRENATAL Y EL 4° CPN
POR CENTROS DE SALUD



Fuente: Extraído de Bioestadística de la Red de Servicios Sur. 2007.

CUADRO N° 2.
COBERTURA ACTUAL PRENATAL, 4to. CONTROL, PUERPERIO Y PARTOS
COMPARATIVO GESTIONES 2006 – 2007



Fuente: Extraído de Bioestadística de la Red de Servicios Sur. 2007.

Es decir, el total de asistencia al control prenatal en la gestión 2007 es de 1.084 mujeres. El cálculo de la muestra se ha determinado con la siguiente fórmula para obtener un 95% de confianza. Con estos criterios la fórmula es la siguiente:

- n = Tamaño deseado de la muestra
- $Z^2 = 1,96$ elevado al cuadrado para una confianza del 95%
- p = Proporción de casos de usuarios que asisten al CPN.
- q = Complemento de p
- $d^2 =$ Grado de precisión deseada de 0,05
- N = % de usuarios a ser tomados en cuenta.

$$N = \frac{Z^2 N p \cdot q}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

$$N = \frac{(Z)^2 P \cdot Q}{E^2}$$

$$N = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.1)^2} = 95\%$$

- 95% del nivel de confianza
- 5% de error.

Ejemplo: $n = \frac{1.084 (1.96 \times 1.96) \cdot (0.5 \times 0.5)}{(0.1 \times 0.1) (1.084 - 1) + (1.96 \times 1.96) (0.5 \times 0.5)}$

$$n = \frac{1.084 (3.841 \times 0.25)}{0.01 (1.083) + (3.841 \times 0.25)}$$

$$n = \frac{1.084 \times 0.9604}{0.01083 + (0.96025)}$$

$$n = \frac{1.0410736}{0.97108} = 102$$

n = 102 usuarias a ser encuestadas.

V.5. POBLACION.

La zona de Bella Vista se encuentra en la zona sur de la ciudad de La Paz a 40 minutos de la zona cero (plaza murillo) y se halla en el distrito N° 4 y perteneciente a la Red Sur delimitado por el Servicio departamental de salud. Su topografía es irregular al igual que el asentamiento de su población llegando a habitar cerca del 50% de su población en áreas de accesos difícil, es decir están habitados en las laderas de los cerros y los ríos, por esta razón en ella se encuentra sectores que no cuentan con todos los servicios básicos, existe un establecimiento educativo y otro privado. La religión que se profesa es en la mayor parte de la población católica, aunque se encuentra sectas religiosas o congregaciones. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística cuenta con una población de 21.204 hasta el 2007⁶³.

V.6. LUGAR.

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en la zona de Bella Vista y en el centro de salud que corresponde a la Red sur de la ciudad de La Paz, en a gestión 2007.

VI. INTERVENCION METODOLOGICA.

La selección de muestra será dirigida bajo los siguientes criterios:

VI.1. Criterios de inclusión:

Mujeres que asisten a consulta externa a control pre natal

Mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad.

VI.2. Criterios de exclusión:

Mujeres que asisten a la consulta externa con otros diagnósticos

Mujeres mayores de 50 años.

Mujeres no embarazadas.

VI.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Tiempo que transcurre desde el inicio de la edad fértil de 15 años hasta los 49 años de edad.	Proporción.	a) > de 15 años b) 15 – 20 años c) 21 – 30 años d) 31 – 40 años e) 41 – 49 años
Escolaridad.	Años de instrucción alcanzada hasta el momento de la entrevista.	Cualitativo.	a) Primaria b) Secundaria c) Técnico d) Universitario e) Ninguno.
Estado civil	Condición de la pareja en su convivencia marital.	Proporción.	a) Soltera b) Unión libre c) Casada Divorciada.
Idioma	Lengua expresiva de una persona	Cualitativo.	a) Castellano b) Aymará c) Quechua d) Otros. e)
Asistencia al control prenatal	Frecuencia de asistencia a la consulta.	Cuantitativo.	a) Nueva b) Repetida
El médico acepta tus costumbres	En la atención a la paciente si el	Cuantitativo.	a) Acepta. b) No acepta

culturales en el control prenatal	medico conoce las costumbres culturales, cuando esta le explica que si las puede complementar con la atención medica.		c) No sabe.
Si el médico le explica el modo de cuidarse durante el embarazo complementando la medicina tradicional de acuerdo a sus costumbres culturales.	Trato y explicación que brinda el medico a la paciente de acuerdo a sus conocimientos complementado la medicina tradicional de acuerdo a las costumbres culturales de la región complementando la medicina científica.	Cualitativo.	a) Explicación Buena. b) La explicación es regular. c) Ignota las costumbres.
El médico imparte información de los conocimientos del tratamiento de la medicina acorde a los usos y costumbres de la persona que asiste al control prenatal.	Es la educación que recibe la paciente sobre el tratamiento y el curso que debe seguir durante el control prenatal.	Cualitativo.	a) Se recibe educación de la combinación de la medicina tradicional y la medicina moderna. b) No recibe educación sobre la medicina tradicional y moderna. c) Solo explica la medicina moderna y científica.

VI.4. Medición: Instrumentos para medir variables.

Para la recolección de datos se realizara mediante el uso de encuesta escrita basándose en variables, la cual esta dirigido a las usuarias que asisten al control pre natal.

VI.5. Análisis estadístico.

El trabajo de investigación será analizado de acuerdo a las medidas de tendencia central y la inferencial con la distribución de frecuencia de las principales variables del estudio. Para un mayor análisis estadístico se podrán proceder a utilizar también los paquetes informáticos de Excel, SPSS ó Epi-Info.

VII. RESULTADOS.

CUADRO N° 3.

EDAD DE MUJERES ENCUESTADAS DURANTE SU EMBARAZO

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
19	2	2,0%	2,0%
20	2	2,0%	3,9%
21	2	2,0%	5,9%
22	2	2,0%	7,8%
23	3	2,9%	10,8%
24	2	2,0%	12,7%
25	3	2,9%	15,7%
26	4	3,9%	19,6%
27	5	4,9%	24,5%
28	2	2,0%	26,5%
29	2	2,0%	28,4%
30	11	10,8%	39,2%
31	8	7,8%	47,1%
32	9	8,8%	55,9%
33	9	8,8%	64,7%
34	4	3,9%	68,6%
35	2	2,0%	70,6%
36	5	4,9%	75,5%
37	8	7,8%	83,3%
38	5	4,9%	88,2%
39	2	2,0%	90,2%
40	8	7,8%	98,0%
41	1	1,0%	99,0%
42	1	1,0%	100,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro N° 3. De acuerdo a los resultados de porcentaje la mayor participación en el presente estudio están las mujeres que oscilan entre los 30 años de edad y 33 años, totalizando un 33,2% dato importante porque observando los extremos solo representa entre 1% y 2%. Acercándose a un 4% de participación las mujeres de 40 años, por el alto riesgo obstétrico que se presenta a esa edad.

Ver en anexos hoja 98 para el intervalo de confianza.

CUADRO N° 4.

PROCEDENCIA DE LAS MUJERES CON EMBARAZO

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
RURAL	1	1,0%	1,0%
RURAL	45	44,1%	45,1%
URBANA	55	53,9%	99,0%
URBANO	1	1,0%	100,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro N° 4. La procedencia al control prenatal al centro de salud de Bella Vista es el 44.1% del área rural y el 53.9% del área urbana.

Ver en anexos 98 para observar el intervalo de confianza.

CUADRO Nº 5.
GRADO DE ESCOLARIDAD

GRADO ESCOLAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PRIMARIA	26	25,5%	25.5, %
SECUNDARIA	41	40.2%	65.7%
TECNICO	24	23,5%	89.2%
UNIVERSITARIA	11	10,8%	100,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro Nº 5. Las mujeres que asisten al control prenatal el nivel de instrucción es el 25.5% que cursaron el nivel de primaria, el 40.2% cursaron el nivel secundario, el 23.5% los que tienen una formación de técnico y el 10.8% los que tiene instrucción profesional a nivel universitario, dando a entender que la mayor parte de la población tiene una formación secundaria con un 40.2%.

Ver en anexos hoja 99 para interpretar el intervalo de confianza.

CUADRO Nº 6.

ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CASADA	70	68,6%	68,6%
CONCUBINA	32	31,4%	100,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro Nº 6. De acuerdo a la encuesta el estado civil de las mujeres que asisten al control prenatal son casada el 68.6%. y el 31.4% tiene la convivencia o el concubinato.

Ver anexos hoja 99 para el intervalo de confianza.

CUADRO N° 7.

IDIOMA QUE MÁS UTILIZAN PARA COMUNICARSE

IDIOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
AYMARA	31	30,4%	30,4%
CASTELLANO	71	69,6%	100,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro N° 7. Las mujeres que utilizan el idioma es el castellano con un 69.6% y el idioma aymara con 30.4%, no se identifica otros idiomas pese a que en la encuesta se a mencionado otras variables.

Ver en anexos hoja 99 para interpretar el intervalo de confianza.

CUADRO Nº 8.

IDIOMA CON EL QUE SE COMUNICA EL PERSONAL DE SALUD

EL MEDICO SE COMUNICA CON SU IDIOMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO	34	33,3%	33,3%
SI	68	66,7%	100,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro Nº 8. En este cuadro se ha podido observar que las mujeres que asisten al control prenatal es si el personal médico se comunica con su idioma y el 68% mencionan que si y el 33.3% mencionan que no, debido a la migración campo ciudad se identifica que en el altiplano el idioma mas dominante es el aymará.

Ver en anexos hoja 99 para el intervalo de confianza.

CUADRO Nº 9.
ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD

ACCESIBILIDAD AL CENTRO DE SALUD DE BELLA VISTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO	40	39,2%	39,2%
SI	62	60,8%	100,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro Nº 9. La accesibilidad al centro de salud de Bella Vista de los barrios en las que se encuentra este centro es de 60.8% mencionan que si es accesible y el 39.2% menciona que no es accesible.

Ver en anexos 99 para el intervalo de confianza.

CUADRO Nº 10.

EL MÉDICO EXPLICA LA DIFERENCIA ENTRE MEDICINA CIENTÍFICA CON LA MEDICINA TRADICIONAL

EL MÉDICO EXPLICA LA MEDICINA CIENTÍFICA CON LA MEDICINA TRADICIONAL DURANTE SU CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
A VECES	1	1,0%	2,0%
INFORMA	26	25,5%	27,5%
NO ES CLARA	20	19,6%	47,1%
NO INFORMA	55	52,9%	100,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro Nº 10. Durante el control prenatal las mujeres indican que el médico no informa sobre la medicina tradicional y la medicina científica con un 52.9% y el 25.5% indican que si informa, seguido de una explicación poco clara con el 19.6%, el 1% que nunca explicaron.

Ver en anexos hoja 100 para el intervalo de confianza.

CUADRO Nº 11.

**EL MÉDICO EXPLICA EL CUIDADO PRENATAL
ACORDE A SUS COSTUMBRES.**

EL MÉDICO EXPLICA CUIDARSE EN EL EMBARAZO ACORDE A SUS COSTUMBRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
EXPLICA	33	32,4%	32,4%
IGNORA	27	26,5%	57,8%
NO ACEPTA	2	2,0%	59,8%
REGULARMENTE EXPLICA	40	39,2%	99,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro Nº 11. Las mujeres que asisten al control prenatal indican que el médico explica regularmente cuidarse acorde a sus costumbres culturales con un 39.2% seguido de 32.4% que si explica cuidarse acorde a sus costumbres culturales, sin embargo ignora dicha aceptación a sus costumbres con un 26.5% y no aceptan el 2%.

Ver en anexos hoja 100 para el intervalo de confianza.

CUADRO Nº 12.

EL MÉDICO ACEPTA SUS COSTUMBRES CULTURALES

EL MÉDICO ACEPTA SUS COSTUMBRES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
ACEPTA	48	47,1%	47,1%
A VECES	1	1,0%	48,0%
NO ACEPTA	44	43,1%	91,2%
NO SABE	9	8,8%	100,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro Nº 12. Las mujeres que asisten al control prenatal refiere que el médico acepta sus costumbres culturales con un 47.1%, seguido de que a veces acepta con un 1%, sin embargo en un segundo grupo no acepta con un 43.15 seguido de no saber con el 8.8% que sumados los dos últimos hacen un 51.9% que no sabe o no acepta sus costumbres culturales.

Ver en anexos hoja 100 para el intervalo de confianza.

CUADRO Nº 13.

SI LAS MUJERES UTILIZAN LA MEDICINA TRADICIONAL

USTED UTILIZA LA MEDICINA TRADICIONAL DURANTE SU CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
AVECES	41	40,3%	40,2%
NUNCA	43	42,2%	81,4%
SIEMPRE	18	17,7%	99,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro Nº 13. Las mujeres que asisten al control prenatal utilizan por su cuenta propia la medicina tradicional con un 17.7% en forma continua, sin embargo las que a veces utiliza esta el 40.3%, y nunca utilizaron la medicina tradicional esta el 42.2%. es decir que la mayor parte no utiliza con frecuencia la medicina tradicional.

Ver en anexos hoja 100 para el intervalo de confianza.

CUADRO Nº 14.

CONFIANZA EN LA PRESCRIPCIÓN DEL MÉDICO

CONFIA EN LOS MEDICAMENTOS QUE EL MEDICO LE RECETA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
NO	31	30,4%	30,4%
SI	71	69,6%	100,0%
Total	102	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro Nº.14. De las mujeres que asisten al control prenatal refieren que si confían en el médico que le receta con un 69.6% y que no confían en la medicación que el médico le receta esta el 30.4%.

Ver en anexos hoja 101 para el intervalo de confianza.

CRUCE DE VARIABLES

CUADRO N° 15 CORRELACION ENTRE EL ACCESO AL CENTRO DE SALUD Y LA EDAD

Estadísticas descriptivas

	OBSERVADOS	TOTAL	MEDIA	VARIANZA	DESVIACIÓN TÍPICA
NO	40	1323	33,0750	29,0455	5,3894
SI	62	1902	30,6774	32,1893	5,6736

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro N° 15. La media del acceso al centro de salud es de 33 que indica que no es accesible y un 30 que indican que si accesible.

CUADRO N° 16 LA EDAD MEDIA DE LAS EMBARAZADAS

	MÍNIMO	25%	MEDIANA	75%	MAXIMO	MODA
NO	19	30	33	37	42	40
SI	19	27	31	35	41	30

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Cuadro N° 16. La edad media es de 33 años de edad indican que no es accesible y de 31 años indican que si es accesible. Este resultado indica que la participación de las personas como edad medida de 31 a 33 años de edad con mayor porcentaje indican que si es accesible al centro de salud de Bella Vista.

CUADRO N° 17
ANOVA

test paramétrico para comparación de medias
(Para datos normalmente distribuidos)

Variación	SC	gl	MS	Estadístico F
Entre grupos	139,7648	1	139,7648	4,5139
Intra grupo	3096,3234	100	30,9632	
Total	3236,0882	101		

FUENTE: Elaboración propia, extraída é interpretada de la encuesta realizada en consulta externa del Centro de Salud de Bella Vista de la Red Sur de la ciudad de La Paz, durante la gestión 2007.

Estadístico T = 2,1246
Valor p= 0,0361

Test de Bartlett

Para igualdad de Varianzas poblacionales

Chi cuadrado de Bartlett= 0,1233 df=1 valor p=0,7255

Un valor de p pequeños (menor de 0,05) sugiere que las varianzas no son homogéneas y que el test ANOVA no es apropiado.

Test de dos muestras de Mann-Whitney Wilconxon

(Test de Kruskal-Wallis para dos grupos)

H de Kruskal-Wallis (equivalente a Chi cuadrado)= 3,9553

Grados de libertad= 1

Valor p= 0,0467

No existe una correlación entre la edad y la accesibilidad al centro de salud.

VIII. DISCUSIÓN.

1. La asistencia al centro de salud de Bella vista se verifica que la mayor participación oscila entre los 30 A 33 años de edad, debido al interés de tener un control prenatal adecuado, sin embargo los extremos por los que asisten al control prenatal están las mujeres de 19 y 40 años de edad, asumiendo como responsabilidad al alto riesgo obstétrico que se tiene a esa edad. Esto implica tomar en cuenta que no solo es prevenir el alto riesgo obstétrico si no como centro de salud de primer nivel necesita educar y prevenir patologías obstétricas a cualquier edad y etapa del embarazo.
2. La procedencia de las usuarias al control prenatal es del área urbana con un 53.9%, es decir dada la accesibilidad al servicio por encontrarse dentro el área urbana, el área rural tiene una asistenta muy cerca del 50% por el trayecto o por la falta de una información hacia las usuarias. la accesibilidad a un centro de salud no solo es la vía de comunicación, si no la importancia de un control prenatal para que tenga un término de embarazo sin riesgos.
3. El nivel de instrucción educativa en las mujeres que asisten al control prenatal es importante dado la información y educación que reciben de las políticas de salud como es el caso de la atención ala muges gestante, y el 40.2% tiene un nivel secundario que sumados al 25.5% que tiene el ciclo primaria vencido, hacen 65.2% de las mujeres que curaron o llegaron hasta el bachillerato. Y solo el 34.3% tiene una formación académica.
4. El estado civil de las personas que asisten al control prenatal son casadas en un 68.6% independientemente de la procedencia, el 31.4% son concubinas esto del total de mujeres que acuden al control prenatal mujeres jóvenes comprendidos entre los 23 a los 33 años de edad. De acuerdo al cruce de variable analizado.

5. La comunicación con el personal de salud de parte de las mujeres que asisten al control prenatal es el *castellano* con un 69,6%, independientemente de la procedencia, y el 30.4% se comunican con el *aymará*, este porcentaje debe ir en aumento dado la comunicación bilingüe de las mujeres y el dominio de la misma para comunicarse en ambas idiomas. El personal de salud la mayor parte habla el castellano que el aymará, razón que las personas que acuden al control prenatal hablan ò se comunican con el castellano.
6. Esta variable se relaciona con la comunicación del personal de salud con el idioma que ella domina como lengua madre o de su origen y la mayor parte de las mujeres que asisten al control prenatal refiere que no se comunican con el idioma que ellas quisieran comunicarse como es el aymará. Dado la procedencia rural que tienen.
7. La accesibilidad de las personas que asisten al control prenatal refiere que llegar al centro de salud de Bella Vista es accesible, sin embargo, el la topografía de las zonas marginales entre los cerros y quebradas se ha abierto vías de comunicación que el transporte aprovecha los mismo para la comunicación del los barrios periféricos al centro de salud.
8. Las mujeres que asisten al control prenatal indican que el médico o el personal de salud no informa sobre la medicina científica en el control prenatal ni la medicina tradicional, o si la explicación es poco clara y casi nunca explicaron. Donde el 25.5% refiere que si les explica sobre la medicina tradicional o científica, para los cuidados de sus control prenatal.
9. En cuanto a sus usos y costumbres las mujeres que asisten al control prenatal refieren en su mayoría que el medico explica regularmente cuidarse acorde a sus costumbres y mas de la mitad de las encuestadas refiere que los médicos rechazan utilizar cuidados de acuerdo a sus costumbres.

10. La aceptación de sus costumbres para el cuidado de su embarazo tiene una gran mayoría aceptación, sin embargo, casi el 51.9% no acepta utilizar costumbres culturales ni otros métodos que no sea la medicina científica.
11. La utilización de la medicina tradicional por cuenta propia está en bajo porcentaje frente a las personas que utilizaron alguna vez o nunca utilizaron con el 82.5% que prefiere no utilizar la medicina tradicional durante su control prenatal.
12. En esta variable las mujeres que acuden al control prenatal refiere que no confían lo que el medico le receta con un 30.4% casi un tercio de la población encuestada, y los otros dos tercios si aceptan que le tratamiento medico es bueno y que confían en ellos.

IX. CONCLUSIONES.

Analizando los resultados llegamos a las siguientes:

1. La edad de las asistentes al centro de salud de Bella Vista para el control prenatal está comprendida entre los 30 a 33 años cuyo porcentaje es mayor en comparación con el área rural, debido a la concientización de ser atendido por un profesional sin menospreciar la participación de la medicina alternativa (o persona conocida en la medicina tradicional). Si bien las pacientes del área urbana tienen mayor y mejor accesibilidad a los servicios de salud, por la complementación de las vías de comunicación y la corta distancia, en el área rural la asistencia está muy cerca del 50%. Ahora el nivel educativo ó instrucción escolar resulta determinante para que las personas cuiden su salud, a esto se añade el periodo de gestación (un momento privilegiado) y el estado civil de las pacientes lo que las concientiza para acudir a un centro médico y recibir los servicios de un profesional.
2. La comunicación es tan importante entre el personal de salud y el o la paciente que tiene una lengua nativa y en este caso la mayoría de las personas que asisten al control prenatal se comunican en castellano, no habiendo obstáculo de comprensión. Durante la entrevista médico-usuaria, se ha visto que existe una marcada diferencia en cuanto al dominio del idioma oficial, es decir, que las usuarias comprenderían mejor si el médico les explicaría en su idioma nativo; sin embargo, el médico que se comunica más con el castellano, para la usuaria es más difícil preguntar ó aclarar sus dudas en su lengua materna. Ahora bien, la mayor parte de las usuarias hablan dos idiomas, el castellano y algunos de los idiomas de la región como es el quechua y el aymara, entonces la comunicación se hace más fluida, sin embargo, el personal de salud solo habla castellano y se obstaculiza la comunicación con los pacientes, lo que origina dificultades comunicativas.

3. El personal de salud no acepta las costumbres culturales de tratamiento de la medicina tradicional. El uso de la medicina tradicional por voluntad propia o de acuerdo a sus creencias de usos y costumbres culturales por las embarazadas, es un criterio arraigado especialmente en el área rural, por lo que la asistencia influye inclusive en la medicación científica. Y de acuerdo a la encuesta realizada, la mayor parte de las personas que viven en el área rural prefieren los remedios y asistencia tradicionales.

4. El personal de salud no imparte educación acorde a las costumbres y tradiciones de las usuarias. El personal de salud no tiene un programa de información, educación y comunicación sobre la medicina científica y la medicina tradicional, indican que no reciben programas o temas relacionados al embarazo, pese a que les gustaría impartir talleres sobre el embarazo y sus complicaciones.

5. El control prenatal no está acorde a las costumbres y rasgos culturales de la población esto debido a que el personal de salud tiene conocimientos relacionados a la medicina occidental académica y no así con la medicina tradicional.

X. RECOMENDACIONES.

Seguramente, es importante en la presente tesis resaltar pautas de solución o recomendaciones que sea altamente favorable para la población.

En el aspecto sociocultural.

Relacionar las políticas de salud con las características socioculturales del país y pasara a la Atención Primaria de Salud que promueva la salud con calidad, eficiencia y eficacia.

Considerar aquellos conflictos interculturales existentes entre la medicina científica y la medicina tradicional de acuerdo a sus usos y costumbres.

Implementar la solidaridad con respeto entre los ofertantes y los demandantes de los servicios de salud, desarrollando la comunicación, información y comunicación de esta manera respetando sus diversas identidades.

Que ninguna de las culturas pretenda dominar a las demás, es decir, asumir la interculturalidad, dando una forma potencial de solucionar problemas de morbi mortalidad materna.

En la salud y la Atención Primaria de Salud.

Que la salud sea una profesionalización multidisciplinaria, como deber del estado con compromiso de abordar temas más integrales y complejos que interesa a la comunidad con cultura diferente.

Que las estrategias y políticas de salud sean transmitidos y producidos a la formación de profesionales en la atención Primaria de Salud, acorde a la realidad sociocultural y política actual del país, con participación efectiva de la población con una interculturalidad autogestora. (Determinación de los pueblos originarios).

Asumir la Atención Primaria de Salud como un proceso de todo integrado por varios componentes biológicos, sociocultural, socioeconómico y político.

Promover la salud con la participación de toda la población multicultural.

En lo político.

Democratizar el saber para democratizar el poder aumentado la participación de la interculturalidad, enfocando la participación de la comunidad con los servicios de salud, creando nuevas relaciones.

Conocer el servicio de salud que la población necesita, es decir la participación de la población en la elección del tipo de servicios de salud, esto visto como una forma de lograr un aprendizaje continuo.

Crear un nuevo perfil profesional con desempeño de equidad, calidad, calidez.

Académico.

Introducir nuevos contenidos y programas en todas las áreas de salud con un contenido multidisciplinario.

XI. CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fernández JG. Médicos y Yatiris. OPS. Cuaderno de investigación vol.51 Pág.191.
2. Indicadores de Salud SNIS. Instituto Nacional de Estadística -1991.
3. Sistema Nacional de Información en Salud. 2000. Boletín Informativo del Ministerio de Salud.
4. Bellido GA. Antropología y Salud Pública. Ed. UMSA. 2005. La Paz-Bolivia.
5. ENDSA-Instituto Nacional de Estadística. 2003. Pág. 124.
6. Alma Ata. Resolución y Declaración de 1978.
7. Araujo JG, Chagas OF, Hipólito SB, Nogueira MP. Manual de Capacitación de Parteras Tradicionales en la Atención Obstétrica. Brasil. Editorial Office.1984. Sanit. Pág.: 147-156.
8. Gabarrón L, Hernández L. Como Cambiar la Realidad Social. Ed. Plaza y James. Madrid España. 2001. Pág.78.
9. Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas. 2003.
10. Asamblea Constituyente de Bolivia. 2007.
11. Aguirre B, Holland, Amodio, Pitarch. Medicina y Antropología. Ed.1996. Pág.58-61.
12. Graciela ASOREY Research & Development Center. Antropología y Salud@google.com. 2007.
13. Sigmund Freud.
14. Aguirre BG. Antropología Médica. México. Ed.1986. Pág. 21
15. Bellido GA. Antropología y Salud Pública. Ed. UMSA. 2005. La Paz- Bolivia.
16. Opinión de Paciente durante la entrevista que se hizo en el centro de salud 2007.
17. Concepto emitido por un personal de salud de acuerdo a la definición de la O.M.S.
18. Caycho JA. Nosografía y Medicina Tradicional. Bol. De Lima. 1981. Pág.16-18.
19. Lozaya, Zolla, Kroeger. Clasificación de la Medicina Científica y la Medicina Popular. 1998. Ed. México. Pág.23.

20. Estrella E. Bases Conceptuales de la Practica Médica Tradicional. Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas. Vol. 9. 1983. Pág.31-42.
21. Estrellas, Sal y Rosas. Medicina Aborigen. Quito Ecuador. Edición: Época. 1977.
22. Estrellas, Sal y Rosas, Medicina Aborigen. Quito Ecuador. Edición: Época. 1977
23. Pérez R., Samaniego C. Estructura e Importancia Social de la Medicina. Prov. Del Chaco, Argentina. 1988. Tesis Doctoral.
24. Losoya J, Zolla C. La medicina Invisible. Folio de Ediciones, México. 1983. Pág.111.
25. Zolla C, et al. Medicina Tradicional y Enfermedades. México. CIESS. 1998.
26. Annis, De Walt. www. Interculturalidad y salud. México .1981.
27. Sal y Rosas F. Observaciones en el Folklore Psiquiátrico del Perú. 21-22; 249-262. 1971.
28. Suárez J, et, al. Educación del Plan Nacional de Salud Rural. Ministerio de Salud Pública. Quito. Instituto Nacional de Investigación Nutricional. 1983.
29. Fernández JG. Médicos y Yatiris. Salud e Intercultural en el Altiplano Aymará. Cuaderno de Investigación. Ed. Organización Mundial de la Salud. Vol. 51. 2001. Pág.191-198.
30. Fernández G. La Tutela de las Sombras. Editorial CIPCA. UMSA. 1993.
31. Lele M. Sheth J."Las expectativas afectan los niveles de satisfacción".Ed. México 1989, Pág. 116
32. Lele M, Sheth J."Las expectativas afectan los niveles de satisfacción".Ed. México 1989, Pág. 12.
33. Ortega F. Medicina Tradicional en Manabi. Quito Ministerio de Salud. ININMS, 1984.
34. Huerta JA, Keller A. La Partera Empírica: colaboradora potencial del Programa Nacional de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar, Salud Publica. Editorial México 1989. Pág.: 18.
35. Luise V. "Te voy a ayudar nada mas" Apuntes sobre las parteras empericas. Nicaragua. Ministerio de Salud. 1985.

36. w.w.w. medicina tradicional en Quito 2007.
37. Ishikawa, Kaoru. www. ¿Qué es el control total de calidad? Ed. Norma. 1985.
38. Tucker Robert – Cómo administrar el futuro – Grijalbo – 1991.
39. Harrington.
40. Andreu S, Martin Z. www. Interculturalidad. 13/05/2008
41. Andreu Segura, A. M. Zurro. Doctor en Medicina y Especialista en Medicina familiar y Comunitaria. (asegurabene@ub.edu).
42. Donabedian A. Tesis UMSA. La Paz – Bolivia. 1996. Pág.44.
43. Ministerio de Salud y Deportes. Proyecto de Reforma del Sector Salud 2004.
44. Salas Perea Syr. Educación en Salud. Competencias y desempeño Profesional. La Habana. Ed. Ciencias Médicas.1999 Pág.117
45. Schwartz R. Obstetricia. Quinta Edición. 1989. Pág. 98.
46. Manual Manejo de CLAP. MPSSP 1996.
47. Sainz Menéndez Benito A. Experiencias y Situación actual en Cuba de la Educación en Post Grado en Ciencias Medicas. Rev. Cubana Ed. Med. Sup. Enero 1990.Pág.15-18
48. Schwarts Ricardo. Obstetricia Edición 4º, 1989.Pág.131-136.
49. Tabla de Crecimiento Fetal desarrollada por Juez y col.
50. Mazzi Eduardo. Perinatología, Edición 1º, año 1992. Pág.5-8.
51. Faúndez A. Control Prenatal. En: Obstetricia. Pérez Sánchez, A., Donoso Siña, E. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 – 2ª. Edición.1992. Pág. 156-167.
52. Castillo, R. Rev. Medicina Familiar Ed. Colegio Medico de La Paz. 1997. Pág. 45.
53. Bazó L, Carrasquero M., Rincón G. Antropología y Salud. Ed. México.1999.Pág.187.
54. Kroeger A, Barbira F. Las Luchas por la Salud en el Alto Amazonas y en los Andes. Quito 1991. Editorial: Abya Yala Apt. 13-85.
55. Medicina Natural y Popular. Revista Medica. Cuzco. Perú. 1991.
56. Fuente: Centro Integral de Salud. Passankeri. Gestión 2.000.
57. Tesis de Salud Pública. Bellido GA. UMSA. 1985.

58. Organización Panamericana de la Salud. Parteras Tradicionales y Planificación familiar. Bol. Of. Vol. 98. 1994. Pág. 260-266.
59. Mac Donald A, Wolff M, Zwaga F, et al. Las Características y las Prácticas de las Parteras Empíricas. Ed. Cuzco. 1984. Ministerio de Salud.
60. (21) Castillo Claire Víctor. "Accesibilidad Organizacional en la Prestación de servicios en Consulta Externa de Med. Familiar. Tesis. 1998.
61. Castellón Boris S. "Evaluación de la Calidad del Modelo de Atención Primaria de Salud". Tesis de grado. 2005. Pág. 70.
62. Deming "Resultado Integral Ligado a Procesos de Trabajo o de Producción de Servicios Dirigidos a Satisfacer las Demandas Sociales". Ed. Perú. 1989. Pág.24.
63. Instituto Nacional de Estadística. La Paz- Bolivia. 2007. Datos parciales.

XII. BIBLIOGRAFÍA GENERAL.

1. Aguirre B, Holland AP. Medicina y Antropología. Ed.1996. Pág. 58-61.
2. Aguirre BG. Antropología Médica. México. Ed. 1986. Pág. 21
3. Alma Ata. Resolución y Declaración de 1978.
4. Andreu S, Martin Z. www.Interculturalidad. 13/05/2008.
5. Annis D. www. Interculturalidad y salud. México. 1981.
6. Antropología y salud@.google.com. Graciela ASOREY Research & Development Center. 2007
7. Araujo JG, Chagas OF, Hipólito SB, Nogueira MP. Manual de Capacitación de Parteras Tradicionales en la Atención Obstétrica. Brasil. Editorial Office. 1984. Sanit. Pág.: 147-156.
8. Asegurabene@ub.edu. Andreu Segura es profesor de Salud Pública de la UB y Amando Martín Zurro es doctor en Medicina y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. 2007.
9. Bazó L, Carrasquero M, Rincón G. antropología y Salud. Ed. México. 1999. Pág. 187.
10. Bellido GA. Antropología y Salud Pública. Ed. UMSA. 2005. La Paz-Bolivia.
11. Castellón B. "Evaluación de la Calidad del Modelo de Atención Primaria de Salud". Tesis de grado. 2005. Pág. 70.
12. Castillo CV. "accesibilidad Organizacional en la Prestación de servicios en Consulta Externa de Med. Familiar. Tesis. 1998.
13. Castillo R. Rev. Medicina Familiar. Ed. Colegio Medico de La Paz. 1997. Pag.45.
14. Caycho JA. Nosografía y Medicina Tradicional. Bol. De Lima. 1981. Pag.16-18.
15. Deming. "Resultado Integral Ligado a Procesos de Trabajo o Producción de Servicios Dirigidos a Satisfacer las Demandas Sociales. Ed. Perú. 1989. Pág. 24.
16. Donabedian A. Tesis UMSA. La Paz-Bolivia. 1996. Pág. 44.
17. ENDSA- Instituto Nacional de Estadística. 2003. Pág. 124
18. Estrellas SR. Medicina Aborigen. Quito Ecuador. Edición: Época. 1977.

19. Estrella E. Bases Conceptuales de la Practica Médica Tradicional. Revista Ecuatoriana de Medicina y Ciencias Biológicas. Vol. 9. 1983:31-42.
20. Faúndez A. Obstetricia. Control Prenatal. Ed. Panamericana. 2000. Pág. 257.
21. Fernández G. La Tutela de las Sombras. Editorial CIPCA. UMSA. 1993.
22. Fernández JG. Médicos y Yatiris. OPS. Cuaderno de investigación. Vol.51. pag.191.
23. Fernández JG. Médicos y Yatiris. Salud e Intercultural en el Altiplano Aymara Cuaderno de Investigación. Ed. Organización Mundial de la Salud. Vol. 51. Pag.191-198. 2001.
24. Gabarrón L, Hernández L. Como Cambiar la Realidad Social. Ed. Plaza y James. Madrid España. 2001. Pág. 78.
25. Huerta JA, Keller A. La Partera Empírica: colaboradora potencial del programa Nacional de Salud materno Infantil y Planificación Familiar, Salud Publica, Editorial México: Pág.: 18. 1989.
26. Instituto Nacional de Estadística. La Paz-Bolivia. 2007. Datos parciales.
27. Indicadores de Salud SNIS. Instituto Nacional de Estadística. 1991.
28. Ishikawa K. www. ¿Qué es el control total de calidad? Ed. Norma. 1985
29. Kroeger A, Barbira F. Las Luchas por la Salud en el Alto Amazonas y en los Andes. Quito 1991. Editorial: Abya Yala Apt. 13-85.
30. Lele M, Sheth J. Las expectativas afectan los niveles de satisfacción" Ed. México. 1989, Pág. 116
31. Lele M, Sheth J. "Las expectativas afectan los niveles de satisfacción" Ed. México. 1989, Pág. 12.
32. Losoya J, Zolla C. La medicina Invisible, Folio de Ediciones, México. 1983. Pág. 111.
33. Lozaya, Zolla, Kroeger. Clasificación de la Medicina Científica y la Medicina Popular. 1998. Ed. México. Pág. 33
34. Luíser V. "Te voy a ayudar nada mas" Apuntes sobre las parteras empericas. Nicaragua. Ministerio de Salud. 1985.

35. McDonald A, Woolf M, Zwaga F, et al. Las Características y las Practicas de las Parteras Empíricas. Ed. Cuzco. 1984 Ministerio de Salud.
36. Manual Manejo de CLAP. Ministerio de Salud. 1996.
37. Mazzi E. Perinatología, Edición 1°, año 1992. Pág.5-8.
38. Medicina Natural y Popular. Revista Medica. Cuzco. Perú. 1991.
39. Ministerio de Salud y Deportes, Proyecto de Reforma del Sector Salud 2004.
40. Obstetricia, Schwartz, R. Quinta Edición. 1989. Pág. 98.
41. Organización Panamericana de la Salud. Parteras Tradicionales y Planificación familiar. Bol. Of. Vol. 98. Pág. 260-266. 1994.
42. Ortega F. Medicina Tradicional en Manabi. Quito Ministerio de Salud, ININMS, 1984.
43. Pérez R, Samaniego C. Estructura e Importancia Social de la Medicina. Prov. Del Chaco, Argentina. 1988. Tesis Doctoral.
44. Pérez SA, Donoso SE. Eds. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. Capítulo 12 – 2ª. Edición, página 156-167, 1992.
45. Sainz M, Benito A. Experiencias y Situación actual en Cuba de la Educación en Post Grado en Ciencias Medicas. Rev. Cubana Ed. Med. Sup. Enero 1990. Pág.15-18
46. Sal y Rosas F. Observaciones en el Folklore Psiquiátrico del Perú. 21-22; 249-262. 1971.
47. Salas PS. Educación en Salud. Competencias y desempeño Profesional. La Habana. Ed. Ciencias Médicas. 1999 Pág.117
48. Schwarts R. Obstetricia Edición 4°, 1989. Pág.131-136.
49. Sistema Nacional de Información en Salud. 2000. Boletín Informativo del Ministerio de Salud.
50. Suárez J, et, al. Educación del Plan Nacional de salud Rural. Ministerio de Salud Pública. Quito. Instituto Nacional de Investigación Nutricional. 1983.
51. Tesis de Salud Pública. Bellido GA. UMSA. 1985.
52. Tucker, Robert – Cómo administrar el futuro – Grijalbo – 1991.
53. Zolla C, Et. al Medicina Tradicional y Enfermedades. México. CIESS. 1998.
54. www. Asamblea Constituyente de Bolivia. 2007.

XIII. CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
ELECCIÓN DEL TEMA	X											
REVISIÓN BIBLIOGRAFICA		X										
ELABORACIÓN DEL PERFIL DE TESIS			X	X	X							
REVISIÓN PRELIMINAR DEL PERFIL DE TESIS						X						
CAPACITACION A 3 TECNICOS EN LA TOMA DE ENCUESTA.						X						
ELABORACIÓN DE ENCUESTA							X	X	X			
CORRECCION DE PERFIL DE TESIS										X		
ENTREGA DE PERFIL DE TESIS EN BORRADOR.										X	X	
ANALISIS DE RESULTADOS, DISCUSIÓN, RECOMENDACIONES.											X	
ENTREGA DE DOCUMENTO FINAL. 2008.												X
DEFENSA DE TESIS 2008.												

XIV. PRESUPUESTO.

ACTIVIDADES	COSTO BS.
Compra de material de escritorio, entre hojas tamaño carta, cartulina, archivador, bolígrafos en color negro, azul, rojo, etc.	3.000
Costo de pasajes de 5 personas.	50
Refrigerio para 5 personas por 3 meses, días hábiles, a 20 Bs. por persona día.	4.000
Costo de pasajes	300
TOTAL	7.350

A N E X O S

FORMULARIO DE ENCUESTA

A EMBARAZADAS QUE ASISTEN AL CONTROL PRENATAL AL CENTRO DE SALUD
"BELLA VISTA" DE LA RED SUR DE LA CIUDAD DE LA PAZ EN LA GESTION 2007."

ENCUESTA VALIDAD DE LA TESIS DE ANTROPOLOGIA Y SALUD PUBLICA UMSA.1986.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Estoy participando en una evaluación para que en este hospital se mejore la calidad de atención y consideramos muy importante. Como esta encuesta tiene varias preguntas como ejemplo: Cómo la atendieron; si es la primera vez que viene al servicio. Por lo tanto colaboro y acepto que me entreviste, aproximadamente tardará unos 15 minutos. De cualquier manera mi participación será confidencial y no afectará en el trato del servicio.

1	APELLIDOS				NOMBRES				CODIGO			
2	EDAD				3 PROCEDENCIA				4 GRADO ESCOLAR			
	<input type="checkbox"/> < de 15 años <input type="checkbox"/> 16 a 20 años <input type="checkbox"/> 21 a 30 años <input type="checkbox"/> 31 a 40 años <input type="checkbox"/> 41 a 49 años				<input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural				<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> Técnico			
5	ESTADO CIVIL				IDIOMA				6 ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL			
	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Otros				<input type="checkbox"/> Castellano <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Aymará <input type="checkbox"/> otro				<input type="checkbox"/> Accesible <input type="checkbox"/> No Accesible			
7	9 ¿EL MEDICO ACEPTA TUS COSTUMBRES CULTURALES DURANTE EL CONTROL PRENATAL?				7 FRECUENCIA QUE ASISTE A SU CPN.				8 ¿EL MEDICO SE COMUNICA CON SU IDIOMA NATIVO?			
					<input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Repetida				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
10					11 ¿EL MEDICO LE EXPLICA EL MODO DE CUIDARSE DURANTE TU EMBARAZO ACORDE A TUS COSTUMBRES?							
	<input type="checkbox"/> Acepta. <input type="checkbox"/> No acepta. <input type="checkbox"/> No sabe.				<input type="checkbox"/> a) Me explica. <input type="checkbox"/> b) Me explica regularmente. <input type="checkbox"/> c) Ignora mis costumbres.							
12	12 EL MEDICO LE INFORMA LA COMPLEMENTACION DE LA MEDICINA CIENTIFICA CON EL USO Y COSTUMBRE QUE TIENE PARA SU CONTROL PRENATAL?				La información es buena.		Informa regularmente.		No informa.		No quiere la complementación de la medicina con mis costumbres.	

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

FIRMA DEL ENCUESTADOR.

DATOS DE POBLACIÓN TOTAL DE LA RED SUR DE LA CIUDAD DE LA PAZ.

Nº ÁREAS	TOTAL 100%	POBLACION POR GRUPOS ETÁREOS						15-49 a. M.E.F.	EMBARAZOS ESPERADOS	PARTOS ESPERADOS	NACIMIENTOS ESPERADOS	
		< 1 a.	1 a.	2-4 a.	5-14 a	15-59 a. TOTAL	60 Y MAS					
		2,396 8	2,37 97	7,007 8	21,394 5	60,792 0	6,02 92					
	139877	3353	3329	9802	29926	85034	8433	40205	4677	4150	4161	
1	OBRAJES	0	302	300	883	2696	7662	760	3623	421	374	375
2	ALTO OBRAJES	20408	489	486	1430	4366	12407	1230	5866	682	605	607
3	A. SEGUENCO MA	10434	250	248	731	2232	6343	629	2999	349	310	310
4	BELLA VISTA	21204	508	505	1486	4536	12890	1278	6095	709	629	631
5	BOLOGNIA	8981	215	214	629	1921	5460	541	2581	300	266	267
6	IRPAVI	6505	156	155	456	1392	3955	392	1870	218	193	194
7	ACHUMANI	19149	459	456	1342	4097	11641	1155	5504	640	568	570
8	COTA COTA	21022	504	500	1473	4498	12780	1267	6042	703	624	625
9	CHASQUIPA MPA	12462	299	297	873	2666	7576	751	3582	417	370	371
1 0	MALLASA	0	170	169	498	1521	4321	429	2043	238	211	211

FUENTE: INE (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA) - SNIS/SEDES LA PAZ

DE ACUERDO A LA ENCUESTA SE MENCIONA EL INTERVALO DE CONFIANZA DE CADA VARIABLE DE LA ENCUESTA.

1. EDAD

Int. Conf. 95 %		
19	0,2%	6,9%
20	0,2%	6,9%
21	0,2%	6,9%
22	0,2%	6,9%
23	0,6%	8,4%
24	0,2%	6,9%
25	0,6%	8,4%
26	1,1%	9,7%
27	1,6%	11,1%
28	0,2%	6,9%
29	0,2%	6,9%
30	5,5%	18,5%
31	3,4%	14,9%
32	4,1%	16,1%
33	4,1%	16,1%
34	1,1%	9,7%
35	0,2%	6,9%
36	1,6%	11,1%
37	3,4%	14,9%
38	1,6%	11,1%
39	0,2%	6,9%
40	3,4%	14,9%
41	0,0%	5,3%
42	0,0%	5,3%

2. PROCEDENCIA

Int. Conf. 95 %		
RURAL	34,3%	54,3%
URBANA	43,8%	63,8%
URBANO	0,0%	5,3%

3.- GRADO DE ESCOLARIDAD.

Int. Conf. 95 %		
PRIMARIA	21,8%	34,0%
SECUNDARIA	26,8%	44,4%
TECNICO	14,9%	31,9%
UNIVERSITARIA	5,5%	18,5%

4.- ESTADO CIVIL.

Int. Conf. 95 %		
CASADA	58,7%	77,5%
CONCUBINA	25,2%	38,2%

5.- IDIOMA.

Int. Conf. 95 %		
AYMARA	21,7%	40,3%
CASTELLANO	59,7%	78,3%

6.- IDIOMA CON EL QUE SE COMUNICA

Int. Conf. 95 %		
NO	24,3%	43,4%
SI	56,6%	75,7%

7.- ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL.

Int. Conf. 95 %		
NO	29,7%	49,4%
SI	50,6%	70,3%

8.- EL MÉDICO EXPLICA LA MEDICINA CIENTÍFICA CON LA MEDICINA TRADICIONAL.

Int. Conf. 95 %		
A VECES	0,0%	5,3%
INFORMA	17,4%	35,1%
NO ESCLARA	20,41%	26,4%
NOINFORMA	48,1%	62,9%

9.- EL MÉDICO EXPLICA CUIDARSE ACORDE A SUS COSTUMBRES.

Int. Conf. 95 %		
EXPLICA	27,8%	41,3%
IGNORA	17,4%	40.4%
NOACEPTA	0,0%	5,3%
NO EXPLICA	0,0%	5,3%
REGULARMENTE	28,8%	53.7%

10.- EL MÉDICO ACEPTA SUS COSTUMBRES CULTURALES EN EL CONTROL PRENATAL.

Int. Conf. 95 %		
ACEPTA	37,1%	57,2%
A VECES	0,0%	5,3%
NO ACEPTA	33,4%	53,3%
NO SABE	4,1%	16,1%

11.- USTED UTILIZA LA MEDICINA TRADICIONAL DURANTE SU CONTROL PRENATAL.

Int. Conf. 95 %		
A VECES	0,6%	8,4%
AVECES	28,5%	47,4%
NUNCA	31,5%	56.7%
SIEMPRE	10,0%	30.6%

12.- QUE SI LAS MUJERES QUE ASISTEN AL CONTROL PRENATAL CONFIAN LO QUE EL MÉDICO LE RECETA DURANTE SU CONTROL PRENATAL.

Int. Conf. 95 %		
NO	21,7%	40,3%
SI	59,7%	78,3%

DATOS CRUZADOS

ACCESO AL CENTRO DE SALUD			
EDAD	NO	SI	TOTAL
19	1	1	2
20	0	2	2
21	0	2	2
22	1	1	2
23	0	3	3
24	0	2	2
25	0	3	3
26	3	1	4
27	1	4	5
28	2	0	2
29	1	1	2
30	3	8	11
31	2	6	8
32	5	4	9
33	4	5	9
34	1	3	4
35	1	1	2
36	3	2	5
37	3	5	8
38	0	5	5
39	2	0	2
40	6	2	8
41	0	1	1
42	1	0	1
TOTAL	40	62	102

MÉTODOS DE ANTROPOLOGÍA.

- **La etnografía:** es la descripción y explicación de las características socioculturales y geográficas de una determinada población, como por ejemplo la descripción de las percepciones y prácticas sobre el embarazo, parto y puerperio.
- **La etnología:** es el análisis y la comparación de la descripción de las características socioculturales con culturas diferentes, comparación que se realiza con el objeto de encontrar diferencias y semejanzas, es decir identificar las diferencias para identificar el tipo de relaciones que se establece entre ambas culturas.