



UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO
RECTORADO - VICERRECTORADO
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA



REVISTA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Nº 1 / 2012

Enfoques de Enfermería

Investigación - Educación

Instituto de Investigación de Enfermería y Salud
(IIES)



Carrera Enfermería



UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

RECTORADO - VICERRECTORADO

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

Lic. Mgs. Dámaso Quispe Callisaya

RECTOR

Lic. M.Sc. Elizabeth Condori Quispe

VICERRECTORA

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

MVZ Mg. Santiago Copa Quispe

EQUIPO TÉCNICO

Ing. M.Sc. Marcelino Macario Ramírez Quisbert

Lic. Eliana Marilyn Ticona Condemayta

DIRECTOR DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA

Lic. Víctor Taboada Sanjinés

**COORDINADORA a.i. DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN DE LA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Lic. MsC. Erlinda A. Chuquimia Chuquimia

IMPRESIÓN Y DISEÑO: Anakainoó (2450554)

Número Depósito Legal: 4-3-77-12 P.O.

Dirección UPEA: Av. Sucre s/n Zona Villa Esperanza

Teléfonos: (+591) 2-2844177 / (+591) 2-2845787

Fax: (+591) 2-2845800

www.upea.edu.bo

El Alto – Bolivia

PRESENTACIÓN

El crecimiento permanente de la población trae como consecuencia el aumento de las necesidades sociales, económicas y productivas que deben ser atendidas. Esta situación requiere la búsqueda de nuevas alternativas que viabilicen y contribuyan con la solución de los problemas emergentes.

Los sistemas social, económico y productivo en el Estado Plurinacional de Bolivia requieren una constante renovación e innovación que los fortalezcan. Ante esta realidad la Universidad Pública de El Alto cumple con su responsabilidad social a través de la realización de actividades impulsoras de investigación en ciencia y tecnología en las diferentes áreas cognoscitivas que dan solución a los problemas y brindan una proyección promisoriosa hacia el futuro.

La Universidad Pública de El Alto se complace en presentar el trabajo realizado por la Dirección de Investigación, Ciencia y Tecnología en coordinación con el Instituto de Investigación de la Carrera, plasmado en la presente revista de Ciencia y Tecnología que contiene los artículos científicos elaborados por investigadores docentes y estudiantes de esta casa superior de estudios, con la finalidad de poner en conocimiento de la comunidad académica y científica, los avances y resultados de las investigaciones científicas orientadas al progreso social, económico y productivo.

Los nuevos resultados expuestos en los artículos científicos de la presente revista, reflejan la seriedad y veracidad de los trabajos publicados, sustentados en la aplicación de métodos valederos en la investigación científica; no obstante, la integridad de la información científica expuesta es de responsabilidad exclusiva de los autores.

MVZ Mg. Santiago Copa Quispe
DIRECTOR DICyT

Mgs Lic. Dámaso Quispe Callisaya
RECTOR

UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

Aspectos Históricos

Los pueblos y naciones indígena-origenarias, campesinos y sectores populares, desde el siglo XV hasta el siglo XX, lucharon por su propia autodeterminación en contra de la discriminación social, explotación económica y dominación política de carácter colonial, capitalista e imperialista. El pueblo alteño, heredero de esta lucha por su emancipación, tomó medidas de hecho para recuperar los recursos naturales, así como lograr la formación académica y científica de su juventud, derrotando a la opresión y al poder político pro-imperialista. En la actualidad, la nación Aymara y el pueblo de El Alto se han constituido en el referente de la transformación nacional.

En este contexto, la UPEA fue creada mediante Ley N° 2115 de fecha 5 de septiembre del 2000 como Universidad Pública, sin respetar las disposiciones de la Constitución Política del Estado. Sin embargo, su consolidación como universidad autónoma demandó de profesionales y estudiantes con un alto grado de conciencia revolucionaria, quienes no dudaron en enfrentarse al poder político de entonces. Posteriormente, mediante Ley N° 2556 de fecha 12 de noviembre de 2003, se le concede plena autonomía universitaria conforme al mandato constitucional, para cuyo efecto la comunidad universitaria en pleno se movilizó junto a su pueblo de El Alto con valor, coraje y sangre hasta lograr la expulsión del gobierno neoliberal de ese entonces, lo cual posibilitó la Agenda de Octubre, concretizándose en la elección de un gobierno indígena y la instalación de la Asamblea Constituyente. Bajo esos antecedentes la UPEA continuará con esa

herencia de lucha por la emancipación de su pueblo.

Mediante Resolución No. 02/2009 de fecha 21 de abril de 2009 del XI Congreso Nacional de Universidades de la Universidad Boliviana, es incorporada al seno del Sistema de la Universidad Boliviana.

Encargo Social

La UPEA consciente de las tareas fundamentales, necesariamente debe hacer cumplir el mandato constitucional, consistente en que la educación es la más alta función del Estado y un derecho de todos los ciudadanos. Asimismo, los saberes universales-ancestrales científicos son parte del conocimiento que toda sociedad contemporánea tiene derecho a adquirir, crear y desarrollar; esta es la función que la Universidad Pública de El Alto debe cumplir en cada una de sus áreas creadas y por crearse. El encargo social se sintetiza en que la UPEA debe detectar, analizar y resolver científicamente los problemas políticos, económicos y sociales de su pueblo en su vínculo estrecho entre universidad y sociedad.

Aspectos Tecnológicos y Científicos

Con el propósito de cumplir las tareas académicas y científicas, la institución, en cada una de sus carreras, debe encarar sus potencialidades en el acervo bibliográfico, laboratorios, talleres de prácticas, institutos de adiestramiento y de investigación, acordando convenios interinstitucionales nacionales e internacionales para la transferencia tecnológica, asistencia técnica, investigación científica, inter-

cambio de recursos humanos en concordancia con la ley de fomento a la ciencia y tecnología para la industrialización de los recursos naturales en forma racional y sostenible a partir de líneas de investigación adecuadamente determinadas que generen bienestar y prosperidad a los bolivianos.

Naturaleza Jurídica e Institucional

La Universidad Pública de El Alto es una institución de educación superior, científica, productiva, autónoma, pública, laica, gratuita, multinacional y pluricultural. Forma parte del sistema de la Universidad Pública Boliviana en igualdad de derechos, condiciones y de jerarquía con las restantes universidades públicas autónomas, en conformidad al Artículo 92 de la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia.

MISIÓN

Formar profesionales integrales altamente calificados en todas las disciplinas del conocimiento científico-tecnológico, con consciencia crítica y reflexiva; capaz de crear, adaptar y transformar la realidad en la que vive; desarrollar la investigación productiva para fomentar el desarrollo local, regional y nacional para que responda al encargo social y las necesidades de las nacionalidades de manera eficiente y oportuna hacia la transformación revolucionaria de la sociedad.

VISIÓN

La Universidad Pública de El Alto es una institución que se proyecta al desarrollo de sus actividades académicas productivas, científicas, tecnológicas de interacción social contemporáneas para priorizar la investigación científica en todos los campos del conocimiento, relacionando la teoría con la práctica para transformar la estructura económica, social, cultural y política vigente a favor de las naciones originarias y clases populares.

Dirección de Investigación, Ciencia y Tecnología (DICyT)

El Estatuto Orgánico de la Universidad Pública de El Alto, en el Art. 15 establece que la UPEA es Científica, porque genera conocimiento a través de la investigación en todos sus niveles, utilizando la ciencia y las tecnologías modernas para adecuarla a nuestra realidad. Es una universidad que en el campo de la ciencia y la tecnología tiene la misión de revalorizar, recuperar, crear y proyectar los conocimientos y las culturas de los pueblos originarios para plantear propuestas de solución a los distintos problemas locales, departamentales y nacionales.

La Dirección de Investigación, Ciencia y Tecnología (DICyT) en correspondencia al Estatuto Orgánico de la Universidad Boliviana y el Estatuto Orgánico de la UPEA, es la encargada de organizar, coordinar, promover, evaluar, hacer seguimiento y normar el sistema de investigación, ciencias y tecnología en la Universidad Pública de El Alto.

Objetivos

- Fortalecer la integración de la investigación científica y tecnológica a través del proceso de aprendizaje en las carreras de la Universidad Pública de El Alto.
 - Desarrollar el sistema de investigación científica y tecnológica de la Universidad Pública de El Alto.
 - Definir un conjunto de normas y procedimientos que regulen el desarrollo de programas prioritarios de investigación científica y tecnológica en la Universidad Pública de El Alto.
 - Vincular la gestión de la investigación científica y tecnológica a los problemas locales, regionales y departamentales.
- La función de la UPEA es desarrollar procesos de formación profesional de generación y divulgación de conocimientos orientados al desarrollo integral de la sociedad, para lo cual toma los conocimientos universales y los saberes colectivos de las naciones y pueblos indígena originario campesinos (Art. 91, CPE). La UPEA a través de la DICyT debe detectar, analizar y resolver científicamente los problemas políticos, económicos y sociales de su pueblo en su vínculo estrecho entre universidad y sociedad; desarrollar y difundir ciencia, tecnología y cultura dentro y fuera de la universidad.
- La Dirección de Investigación Ciencia y Tecnología tiene la finalidad de hacer tangible el aporte al desarrollo económico y social, sustentable de las regiones y del país, con actividades de investigación científica e innovación tecnológica.
- A la fecha, la Universidad Pública de El Alto cuenta con normas y procedimiento que regulan la actividad investigativa y tecnológica. Asimismo, los institutos de investigación de las diferentes carreras de la UPEA han logrado establecer sus políticas y líneas de investigación científica con la participación de docentes y estudiantes para desarrollar investigaciones en diferentes campos y áreas de las ciencias. De esta manera, la DICyT cumple con dos de sus objetivos planteados, el de desarrollar la investigación científica

y tecnológica en la UPEA y la de definir un conjunto de normas y procedimientos para llevar a cabo programas de investigación científica y tecnológica.

Presentamos a la sociedad científica el presente documento que permite a la UPEA establecer el rumbo de la investiga-

ción científica en las diferentes áreas del conocimientos reflejadas en las carreras y que constituye el norte en la investigación que coadyuve a la solución de problemas de nuestro entorno, siendo éste el aporte de la universidad a la sociedad en su conjunto.

Carrera de Enfermería

Antecedentes

La Carrera de Enfermería nace en un ambiente hostil, dando inicio a sus actividades académicas en la Universidad Pública y Autónoma de El Alto (UPEA) en septiembre del 2000 con 210 estudiantes aproximadamente, todos ellos distribuidos en cinco paralelos.

Las clases se desarrollaron en ambientes precarios y sin materiales educativos adecuados, pese a estas falencias, el sector estudiantil no desmayó ni perdió las esperanzas de lograr su formación superior.

El compromiso y solidaridad para la consolidación de la Carrera de Enfermería de la UPEA se manifestó con vigiliadas, resguardos diurnos y nocturnos, constantes movilizaciones con la participación de padres de familia, docentes y vecinos de la universidad y de la carrera.

El Lic. Víctor Taboada Sanjinés fue fundador de la UPEA y de la Carrera de Enfermería que cumplió un rol importante junto a la Lic. Gloria Humérez Sebacollo como directora de carrera y la universitaria Joany J. Felipez como ejecutiva del Centro de Estudiantes quienes conjuntamente a las Lic. Pinaforta Apaza Huanca, Erlinda A. Chuquimia Chuquimia entre los docentes y los universitarios Juana Fernández, Sandra Yucra, Carla Guzman, Paddy Chalco, Cristina Lupa, Reyna Laguna, Freddy Gutiérrez entre otros.

Se posesionada a la Lic. Elizabeth Condori Quispe como Directora de la Carrera de Enfermería, el 16 de febrero al 21 de marzo del 2005, en la sesión del Honorable Consejo Universitario presidido por

el presidente Ing. Mario Virreira Iporre. Por primera vez se institucionaliza los cargos jerárquicos de carrera, la elección de la dirección fue elegido en claustro universitario y el Lic. Víctor Taboada Sanjinés elegido en Asamblea Docente-Estudiantil como Sub-director de la Carrera.

El 2 de abril del 2007, se posesionan en el Honorable Consejo Universitario a la Lic. Naldy Sanjines Lanza y la Magister Erlinda Chuquimia Chuquimia, como Directora y Sub –Directora, cumpliendo por segunda vez el proceso de institucionalización de los cargos de la Dirección en la Carrera de Enfermería, dichas autoridades, fueron las primeras en consolidar la titulación de los primeros profesionales en Enfermería de la UPEA.

Por el periodo de dos años y elegida en claustro se posesiona a la Lic. Martha Hilari Ticona como Directora de la Carrera el 23 de junio del 2009 por el HCU.

Para las gestiones académicas noviembre del 2011 a noviembre del 2013 el Lic. Víctor Taboada Sanjinés es elegido democráticamente y posesionado en el Honorable Consejo Universitario por las autoridades correspondientes como Director de la Carrera de Enfermería.

Justificación

Los indicadores de pobreza en la ciudad de El Alto son elevados, es por esta situación que la UPEA debe iniciar y realizar estrategias junto a la población docente estudiantil para el desarrollo y consolidación de la Carrera de Enfermería. Definir y desarrollar la malla según las necesidades de la población alteña y acorde al sistema

académico, tomando en cuenta las bases y fundamentos de las instancias rectoras del Sistema Universitario.

Siguiendo los lineamientos de la última Reunión Sectorial de Carreras de Enfermería a nivel nacional; la Carrera de Enfermería de la UPEA, realizó las III Jornadas Académicas en el mes de junio 2008 con la participación de docentes y estudiantes, con la finalidad de reformular el plan curricular, cambio que busca dar respuesta a las necesidades de atención en salud de la ciudad de El Alto y el país, con enfoque intercultural, académico, científico, tecnológico, investigativo y productivo, de modo que la formación sea pertinente competitiva y de calidad.

Objeto de la profesión

Intervenir en el fomento de la salud, prevención de las enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud en el individuo, familia y comunidad, en los niveles de atención del sistema de salud.

Objetivo general de la carrera

Formar profesionales con competencias de calidad y responsabilidad, para liderar el Cuidado Integral de Enfermería a la persona sana o enferma en el proceso de la vida, en su propio contexto familiar

y grupal desarrollando actividades de promoción, prevención y rehabilitación de la salud, en los diferentes niveles de atención.

Misión

Formar profesionales competentes y competitivos en el desempeño de sus funciones en las áreas clínicas, comunitarias, administrativas, docencia e investigación con un enfoque holístico.

Visión

Contar con profesionales en Enfermería competentes y competitivos que respondan a las exigencias de la población de la ciudad de El Alto y del país, potenciando la toma de decisiones en la solución de los problemas de salud y mantener la más alta calidad educativa, desarrollando innovaciones creativas en el proceso enseñanza aprendizaje a través de una gestión administrativa, científica y pedagógica eficaz y eficiente.

Instituto de Investigación de Enfermería y Salud

Antecedentes

El Instituto de Investigación de Enfermería y Salud (IIES), inicia sus actividades dependiente de la Carrera de Enfermería y de la Dirección de Investigación Ciencia y Tecnología (DICyT).

El IIES es producto del interés de un grupo de Docentes y estudiantes de la Carrera de Enfermería conjuntamente con la Dirección para realizar estudios científicos. Esta viene trabajando a cargo de la Lic. MsC. Erlinda A. Chuquimia Chuquimia, como responsable interina, a través de la Resolución 044/2012 del Honorable Consejo de Carrera (HCC).

La misión, visión y objetivos del Instituto serán elaborados y consolidados en las próximas jornadas académicas a realizarse en el mes de septiembre de la presente gestión, en proceso de organización.

Es mediante la dirección, docentes y estudiantes de la carrera que ese elabora y delimitan la misión, visión y objetivos del Instituto de Investigación de Enfermería y Salud.

Estos lineamientos que se presentan a continuación se encuentran en pleno proceso de desarrollo y consolidación del Instituto de Investigación dentro la Carrera de Enfermería.

Misión

El IIES es una unidad que realiza investigación sobre las problemáticas de las Ciencias de Enfermería y de la Salud, donde confluyen investigaciones inter, multidisciplinares, generando conocimientos en la construcción de soluciones para problemas relacionados con la profesión como tal y las Ciencias de la Salud.

Visión

Establecerse como una unidad académica líder en la investigación de las Ciencias de Enfermería y Salud en el Estado Plurinacional de Bolivia, desde perspectivas multi, interdisciplinares, que articule, coordine y desarrolle las investigaciones a las necesidades que se tiene en El Alto, el departamento La Paz y el país.

Objetivos

- Promover y formar profesionales que respondan al perfil de investigadores en Enfermería y sean portadores de instrumentos para el cumplimiento de las líneas de investigación y los propósitos de la UPEA.
- Fortalecer la capacidad investigativa de los docentes y estudiantes de la Carrera de Enfermería.

Enfoques de Enfermería

Investigación - Educación

Instituto de Investigación de Enfermería y Salud
(IIES)



Carrera Enfermería

Contenido

LA INTERCULTURALIDAD COMO EJE TRANSVERSAL DEL CURRÍCULO EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO”	7
The interculturality like traverse axis of the curriculum in the career of infirmary of the Universidad Pública de El Alto”	7
ATENCIÓN DE PARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA MATERNIDAD DE VILLA NUEVO POTOSÍ GESTIÓN 2010	20
Attention of childbirth with focus intercultural in the maternity of New Villa Potosí administration 2010	20
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RENDIMIENTO ACADEMICO EN ESTUDIANTES DEL PARALELO “E” DEL PRIMER AÑO DE LA CARRERA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD PUBLICA DE EL ALTO.....	27
Factors that influence in the academic yield in students of the parallel one “and” of the first year of the career of infirmary of University Public of El Alto	27
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA.....	34
Factors that influence in the user’s perception on the quality of attention in the external consultation.....	34
FORTALECIENDO A LAS MUJERES PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS, PARTICIPACIÓN Y VIDA SALUDABLE EN SU COMUNIDAD	49
Fortaleciendo a las mujeres para el ejercicio de derechos, participación y vida saludable en su comunidad FALTA TEXTO EN INGLÉS	49
PREVALENCIA DE ENTERO PARASITOSIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR EN LA COMUNIDAD DE CAMPO GRANDE EN EL MUNICIPIO DE BERMEJO - TARIJA, ABRIL - MAYO 2009	61
Prevalence of parasites and full risk assessment in health school age children in Campo Grande community in the municipality of Bermejo - Tarija, Abril - May 2009	61
SISTEMATIZACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS	71
Systematizing of patient pediatric	71
PROGRAMA PSICOEDUCATIVO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIPSICÓTICO (ESQUIZOFRENIA) INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DE PSIQUIATRÍA	87
Psychoeducational program adhesion antipsychotic drug treatment (schizophrenia) nursing intervention in Psychiatric Hospitals	87
CONSENTIMIENTO INFORMADO	99
Informed consent.....	99
NECESIDAD DE UNA REFORMA UNIVERSITARIA EN EL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL	102
Necesidad de una reforma universitaria en el sistema público nacional FALTA TEXTO EN INGLÉS.....	102

EDITORIAL

Tenemos la particular satisfacción de anunciar la publicación del primer número de la Revista Científica **“Enfoques de Enfermería. Revista de Investigación y Educación”** del Instituto de Investigación de Enfermería y Salud de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto. Esta publicación tiene como objetivo difundir trabajos intelectuales y de investigación en el campo de la ciencia de Enfermería y Salud. Tenemos la esperanza de que el contenido sobre temáticas de enfermería y salud colme las expectativas y sea de utilidad a la comunidad universitaria, en especial a los estudiantes y docentes de la institución y a todas las personas que tengan interés y compromiso con la salud de la población boliviana.

La Revista Científica N° 1 contiene diferentes temáticas relativas al ámbito de Enfermería y Salud. Por una parte, tenemos investigaciones dentro de la formación de profesionales de autoría de Erlinda Chuquimia, por otra, tenemos investigaciones concernientes a la salud intercultural, como las de Ana María Fernández y Gema Chuquimia. A su vez se encuentra el artículo sobre el rendimiento académico de estudiantes en la Carrera de Enfermería, como el de Pinaforta Apaza. También se cuenta con trabajos en el campo de la salud en general y género, como los de Elizabeth Condori, Sonia Quisbert y Nelly Marca. Y presentamos un artículo que está vinculado con la salud mental por Gladys Plata.

En el último capítulo se añaden notas científicas de las docentes Amparo Quisbert y Soraya Vega de la Carrera de Enfermería.

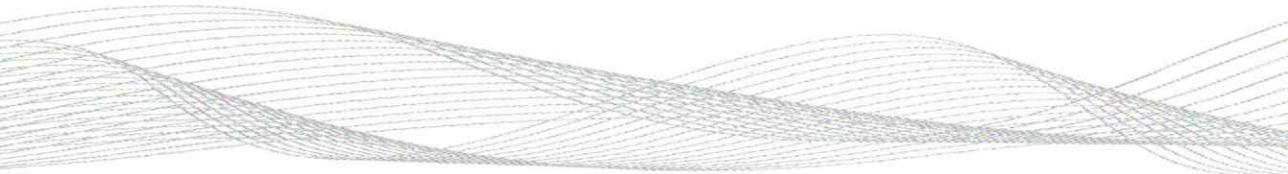
Esperamos contar para las siguientes publicaciones con más artículos científicos de docentes y estudiantes para la construcción y desarrollo en la formación de futuros científicos en Enfermería.

Lic. MsC. Erlinda A. Chuquimia Chuquimia
Coordinadora a.i. del Instituto de Investigación de Enfermería y Salud

Lic. Víctor Taboada Sanjinés
Director de la Carrera de Enfermería

INTERCULTURALIDAD Y SALUD





LA INTERCULTURALIDAD COMO EJE TRANSVERSAL DEL CURRÍCULO EN LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO”

The interculturality like traverse axis of the curriculum in the career of infirmary of the Universidad Pública de El Alto”

Chuquimia, Erlinda A.¹

Instituto de Investigación de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto, Villa Esperanza km 15, Ciudad de El Alto, Bolivia

1 Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

Abstract

The interculturality like traverse axis of the curricular design of formation in the Career of Infirmary of the Public University of The High one, seek to respond to the questions that from some years the Bolivian society has demanded behind, to the institutions of Superior Education, to elevate the quality of formation of their graduate ones. The qualitative, descriptive investigation allowed to carry out a study in a scientific and sequential way. The curricular design of formation of infirmary human resources was investigated, and if the component intercultural is in her; on the other hand to educational, students and egresados of the Career of Infirmary, residents and traditional doctors of the context in which the Career is unwrapped. The sample was composed by 10% of the total of educational, students and egresados of the career. 10% of residents and traditional doctors. Among the conclusions but important we have: The curriculum, besides having the nucleus of models of professional orientation, it will have competitions that make possible to the professional future to be unwrapped in environments interculturalities, to not only have relationship, formation and work having the most advanced contributions in the science and world technology in health and orientation model characteristic of the profession; but also, with competitions, knowledge, knowledge and values of the cultures that interactúan in our society in such a way that contributes to elevate the efficiency in the benefit of professional services in health.

Keywords: Interculturality, transverse axis, curriculum

Resumen

La interculturalidad como eje transversal del diseño curricular de formación en la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, pretende responder a los cuestionamientos que desde algunos años atrás, la sociedad boliviana ha demandado a las instituciones de Educación Superior, elevar la calidad de formación de sus graduados. La investigación cualitativa, descriptiva permitió realizar un estudio de manera cientí-

fica y secuencial. Se investigó el diseño curricular de formación de recursos humanos de enfermería, y si en ella está el componente intercultural; por otro lado a docentes, estudiantes y egresados de la Carrera de Enfermería, pobladores y médicos tradicionales del contexto en el que se desenvuelve la Carrera. La muestra estuvo compuesta por el 10% del total de docentes, estudiantes y egresados de la carrera. 10% de pobladores y médicos tradicionales. Entre las conclusiones más importante tenemos: El currículo, además de contar con el núcleo de modelos de orientación profesional, deberá contar con competencias que hagan posible al futuro profesional desenvolverse en ámbitos interculturales, tener relación, formación y trabajo no solamente contando con los aportes más avanzados de la ciencia y tecnología mundial en salud y modelo de orientación propias de la profesión; sino también, con competencias, saberes, conocimientos y valores de las culturas que interactúan en nuestra sociedad de tal manera que contribuya a elevar la eficiencia en la prestación de servicios profesionales en salud.

Palabras clave: Interculturalidad, eje transversal, currículo

1. Introducción

Bolivia es una nación multicultural, multiétnica y plurilingüe, reconocida como tal en el contexto local e internacional.

Siendo la Universidad una institución formadora de recursos humanos no puede estar al margen de esta realidad, en ese contexto la sociedad boliviana le exige formar recursos humanos que consideren los componentes multiétnico y pluricultural, además considerar indicadores de salud que le sitúan entre los últimos lugares de la región de las Américas, producto de la complejidad de factores que inciden sobre la salud de la población boliviana se señala la poca demanda de los servicios de salud por la población, especialmente la rural e indígena, misma que guarda relación, en parte, con una oferta de servicio deficiente en la calidad de atención que no es adecuada a las características culturales de la población. En esta realidad, la multiculturalidad adquiere nuevas dimensiones haciendo que las relaciones interculturales se desarrollen en un plano de equidad, generando un nuevo encargo social, el mismo que debe ser asumido

por la universidad incorporando el eje transversal de interculturalidad en el currículo universitario. El punto de partida para diseñar el currículo es contar con el conjunto de problemas que debe resolver el profesional una vez graduado. Estos problemas permiten caracterizar la Carrera y formular los objetivos del modelo del profesional, como expresión en un lenguaje pedagógico del profesional que se pretende formar. El proceso enseñanza aprendizaje se desarrolla esencialmente mediante el conjunto de asignaturas que el estudiante cursa en cada uno de los años de formación académica de su carrera profesional, en la que el sistema de conocimientos, habilidades y hábitos que va adquiriendo se deben ir integrando de forma vertical y horizontal para garantizar el cumplimiento de los objetivos del modelo del profesional. Lo expresado anteriormente, señala la necesidad de diseñar el proceso enseñanza aprendizaje de cada asignatura con gran responsabilidad por parte de los docentes. Diseñar la asignatura significa desarrollar, un trabajo de planificación y organización que garantice su eficacia. Debe dársele una importancia primordial a la estructuración de los temas, pues consti-

tuye la célula fundamental para la organización del proceso de enseñanza, ya que en su desarrollo el estudiante logra la formación de una habilidad integradora que sus resultados se manifiesten concretamente en la formación de un egresado capaz de satisfacer plenamente las exigencias sociales. Una vía fundamental para lograr lo anterior es **incorporar en el perfil profesional competencias pertinentes a contextos interculturales y en las asignaturas contenidos temáticos que respondan a las competencias mencionadas.**

Por lo expuesto **el problema** a resolver es: que tanto en el diseño como en el desarrollo del currículum de la Carrera de Enfermería **“no se toma en cuenta la salud intercultural”** que debían implementar los actores del quehacer de la carrera. El **objeto** sobre el que actuó la investigación es: **el proceso enseñanza aprendizaje de la Carrera de Enfermería, campo de acción mejorar el currículo de formación de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto**, por lo que el **objetivo** planteado es: **diseñar un modelo de inclusión de salud intercultural como eje transversal en el plan de estudios.**

Se partió de la identificación del siguiente problema: El actual diseño curricular de formación de recursos humanos en la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, no contempla las competencias requeridas para que los futuros profesionales se desempeñen de acuerdo a las características culturales de las poblaciones del país, lo cual está afectando en su relacionamiento médico, social y cultural con los usuarios de los centros donde se desempeñan estos profesionales.

Para conocer las causas de esta problemática, nos planteamos los siguientes cuestionamientos:

- ¿Por qué el plan de estudios de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, no tiene las competencias requeridas para alcanzar una formación profesional pertinente al contexto cultural de las poblaciones rurales y urbano-periféricas del país?
- ¿Los egresados de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, cuentan con las competencias necesarias para brindar atención de enfermería con calidad y enfoque intercultural?
- ¿Se podrá implementar la transversalización de la interculturalidad en el plan de estudios de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, para formar profesionales pertinentes al contexto cultural de las poblaciones del país?
- ¿Qué contenidos sobre salud intercultural pueden ser introducidos en las diferentes asignaturas del plan de estudios de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, para lograr su transversalización?

Objetivos de investigación

Objetivo General

Identificar porqué el actual diseño curricular de formación de recursos humanos de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, no ofrece a los futuros profesionales las competencias requeridas para su ejercicio y desempeño laboral pertinente a las características culturales de las poblaciones rurales y urbano-periféricas del país, y conocer si se puede implementar la transversalización de la interculturalidad en el Plan de Estudios de dicha Carrera.

Objetivos Específicos

- Identificar por qué el plan de estudios de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, no tiene las competencias requeridas para alcanzar una formación profesional pertinente al contexto cultural de las poblaciones rurales y urbano-periféricas del país.
- Conocer si los egresados de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, cuentan con las competencias necesarias para brindar atención de enfermería con calidad y enfoque intercultural.
- Valorar la necesidad de transversalización de la interculturalidad en el plan de estudios de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, para formar profesionales pertinentes al contexto cultural de las poblaciones del país..
- Identificar que contenidos sobre salud intercultural pueden ser introducidos en las diferentes asignaturas del plan de estudios de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto lograr su transversalización.

Problema de intervención.- ¿Cuál debe ser el diseño curricular de formación de recursos humanos en la Carrera de Enfermería en la Universidad Pública de El Alto, que garantice a los futuros profesionales las competencias requeridas para el ejercicio y desempeño laboral pertinente a las características culturales de la población regional y nacional?.

Partimos de los siguientes cuestionamientos de intervención:

¿Qué características debe reunir el currículum de formación profesional en Enfermería, para contribuir a elevar la

eficiencia en la prestación de servicios profesionales, pertinentes a las características culturales de las poblaciones rurales y urbanas periféricas de las ciudades?

¿Qué estrategias podemos adoptar para mejorar el diseño curricular?

¿Cómo podemos involucrar a los actores en el quehacer de enfermería en los cambios del diseño curricular?

¿Qué necesidades serán satisfechas con los resultados de la investigación?

Objetivos de intervención

Objetivo General

Mejorar el currículum de formación profesional de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, a partir de la construcción del eje transversal de salud intercultural.

Objetivos específicos

- Fortalecer el perfil profesional actual, con competencias que hagan posible al futuro profesional desenvolverse en ámbitos interculturales.
- Incorporar al plan de estudios, contenidos temáticos sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la cultura andina sobre el proceso salud-enfermedad, otros sistemas médicos existentes en el país y el componente cultural en el idioma nativo.
- Contribuir en la mayor demanda de los servicios de salud por la población especialmente rural y oferta de servicios de salud con calidad.
- En definitiva; elaborar estrategias que hagan posible al futuro profesional desenvolverse adecuadamente en ámbitos interculturales, tener rela-

ción, formación y trabajo no solamente contando con los aportes más avanzados de la ciencia y tecnología mundial en salud y modelo de orientación propias de la profesión; sino también, con competencias, saberes, conocimientos y valores de las culturas que interactúan en nuestra sociedad de tal manera que contribuya a elevar la eficiencia en la prestación de servicios profesionales en salud.

2. Materiales y métodos

La investigación cualitativa, permitió la participación activa del investigador así como de los investigados, significa que se produce una interacción en el proceso de investigación y cuya meta es transformar una situación determinada (Pineda, 25). Se enmarca en perspectivas como la Fenomenología, es decir rescatar la experiencia efectivamente vivida, la búsqueda de la comprensión o el intercambio simbólico (Martínez, 1996:50), está basado en los siguientes principios: Las acciones humanas están ante todo dotados de significados, hay una diversidad de formas de conceptualizar la vida y la sociedad que de hecho son culturales, las prácticas sociales están constituidas por el significado que los participantes le atribuyen, lo que implica tener en cuenta sus valores, representaciones, propósitos, objetivos y normas, la realidad se construye socialmente y no es independiente de los individuos (Castro, 1996:64).

La metodología permitió realizar una investigación de manera científica y secuencial. Se utilizó también la metodología descriptiva puesto que, de acuerdo a varios autores de investigación educativa (VAN Dalen y Meyer, Rafael Visquerra, Justo Arnal, Guillermo Briones y otro) esta se ocupa fundamentalmente de la descripción de fenómenos, hechos, actividades y del análisis causal de los mismos

En el presente caso, la validez del tipo de investigación se explica de la siguiente manera: Se investigó el diseño curricular de formación de recursos humanos de enfermería, y si en ella está el componente intercultural; una vez detectado su falta o su poca claridad trabajar para incorporarlo.

Otros métodos pertinentes al presente son: El método deductivo - inductivo que permitió determinar los conceptos básicos del proceso docente educativo, el desarrollo del currículo, las leyes que la rigen, etc.

El método de análisis - síntesis en la división de las partes, las características, etapas de la estructura organizacional del currículo de la carrera, para luego configurar al nivel requerido.

El método lógico en la identificación de los pasos, etapas, niveles en la estructura organizativa de la carrera, por una parte y también se reflejó este método en toda la elaboración del presente trabajo.

El método dialéctico de una manera general constituye la base de la reflexión para entender las tendencias y los enfoques adoptados.

Técnicas metodológicas de recolección de información

Dentro de las técnicas metodológicas de recolección de información que se utilizó fueron: La observación, que consistió en el registro visual de una situación real, en sus variantes participativa y no participativa, directa e indirecta, del objeto de estudio y los sujetos que son parte del objeto.

La entrevista, que consistió en conversaciones cuya finalidad fue obtener información en torno a un tema, el tipo de entrevista utilizada fue la estructurada guiada,

dirigida o focalizada (Rossman and Rallis, 1998:124); realizada a docentes, estudiantes, egresados de la carrera de enfermería y otros actores como ser la población y los médicos tradicionales de la región en donde se desarrolla la formación profesional en Enfermería.

El análisis documental, realizado en los archivos de la carrera, donde se revisó los documentos del diseño curricular.

Equipo de investigación

El equipo de investigación estuvo compuesto por la investigadora, colaboradores. La tarea que cumplió el equipo fue múltiple. Se partió del principio de: si los egresados de la Carrera están provistos de competencias para el desempeño laboral en contextos interculturales de las poblaciones rurales y urbano periféricos de las ciudades, por ello la investigadora y asesor revisarán los contenidos curriculares aplicados en el pasado y los que se aplican en la actualidad. Una vez ejecutado este paso incorporar a los actores de la carrera para mejorarlo y/o en su caso incorporarlo la dimensión intercultural.

Universo

Está constituido por todos los actores del quehacer de enfermería de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, docentes, estudiantes, egresados, población, médicos tradicionales y normas documentados existentes en la Carrera y Universidad.

Muestra o actores sociales de la investigación

Para determinar la muestra, se utilizó la probabilística aleatorio simple. Por tanto la muestra está integrada por el 10% de docentes de la carrera, 10% de estudiantes de diferentes cursos, 10% de

egresados de la carrera que laboran en diferentes instituciones de salud, 10% de pobladores del entorno donde interactúa la Carrera de Enfermería y 10% de médicos tradicionales.

Socialmente la muestra está compuesta por tres grupos: docentes, pertenecientes a la clase media, considerada por sus ingresos económicos y su formación profesional. Estudiantes pertenecientes en su generalidad a la clase popular (hijos de obreros, mineros, campesinos, gremiales, artesanos, profesores entre otros), egresados que estén prestando servicios profesionales en enfermería, médicos tradicionales y población del contexto en el que se desarrolla la investigación.

La composición cultural es pluricultural, siendo que el grupo investigado proviene de diferentes realidades culturales, pertenecientes a las tres regiones geográficas del país: altiplano, valles y llanos orientales.

Contexto espacial o geográfico

La investigación se realizó en el contexto en que se desenvuelve la Universidad Pública de El Alto, institución de educación superior ubicada en la ciudad de El Alto, departamento de La Paz.

El Alto es la tercera ciudad de Bolivia en extensión y población, y de gran importancia en el área andina altiplánica por su proximidad a los mercados de consumo del oeste de Bolivia, sur del Perú y el Océano Pacífico. Se trata de una ciudad comercial, pero también industrial, además de contener a los flujos migrantes del altiplano, preponderantemente aimaras. Es una urbe proletaria por la gran cantidad de trabajadores que la habitan. Debido a la crisis se ha convertido también en una ciudad que cobija un sin número de actividades informales, además contener a la extensa y plural microempresa, también su población está conformada por arte-

sanos, gremiales, profesionales, estudiantes y otros. Es un espacio donde esta presente la diversidad religiosa, la práctica de ritos andinos, fuertemente vinculados a las curaciones espirituales de los yatiris, kallawayas, chamacanis y los nuevos centros de medicina tradicional donde se hace uso de las plantas medicinales.

3. Resultados y discusión

Diagnóstico y análisis del currículo

En los lineamientos del perfil profesional podemos observar claramente la ausencia explícita de la descripción de competencias de salud intercultural, solo cuenta en su núcleo modelos de orientación profesional y aspectos técnicos de atención de salud en Enfermería, y en los contenidos temáticos de las asignaturas aparece muy superficialmente aspectos culturales en las materias de Antropología y Sociología y Enfermería Salud Pública.

Con relación a los contenidos analíticos de las asignaturas, solo cuentan con aportes de las ciencias médicas, propias de la profesión y de otras ciencias que considera necesarias para el ejercicio de la profesión, no toma en cuenta, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el proceso salud-enfermedad de las diferentes culturas que interactúan en el país, ni los diferentes sistemas médicos existentes. Además el idioma nativo que cursan los estudiantes solo está orientado a conocer aspectos gramaticales, es decir también prescinde de la dimensión cultural, es decir no se estaría cumpliendo con el objetivo principal de la Universidad Pública de El Alto. (Estatuto Orgánico, UPEA, 2007).

Descripción y análisis de datos de docentes, estudiantes y egresados de la Carrera de Enfermería de la Universidad Pública de El Alto, pobladores, médicos tradicionales del contexto en el que se desenvuelve la Universidad.

Cuadro 1. Criterios de docentes, egresados, estudiantes de la Carrera de Enfermería, sobre interculturalidad UPEA. - 2009

No.	Criterios %	Docentes %	Egresados %	Estudiantes %
1	La interculturalidad es o engloba las costumbres, tradiciones, idiomas con las que cuentan cada población	55	30	10
2	Interculturalidad es la relación entre culturas, entre pueblos, la atención de salud sin ninguna discriminación respetando creencias de los seres humanos	30	35	10
3	Interculturalidad es el respeto a las culturas, tradiciones, etc. del paciente, familia y comunidad respecto al proceso salud enfermedad.	15	30	10
4	Dos culturas que viven en el país		5	70
	TOTAL	100	100	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación y análisis

En el caso de los **docentes**; Criterios que se enmarcan en mayor porcentaje dentro de las definiciones sobre la interculturalidad, pero que necesitan profundizar más. Pues según Albo, la interculturalidad es, ante todo, cualquier rela-

ción entre personas o grupos sociales de diversa cultura. Así, presenta dos posturas antagónicas dentro de este concepto:

Interculturalidad positiva, aceptación del que es culturalmente distinto, proceso de aprendizaje entre dos o más culturas y consiguiente enriquecimiento mutuo.

Interculturalidad negativa, lleva a la destrucción del que es culturalmente distinto, por lo menos, a su disminución y asimilación.

Se debe considerar también este otro elemento, que si bien la interculturalidad propone relaciones entre diferentes pertenencias culturales, estas relaciones no se concentran precisamente en una simetría económica o política pues los grupos sociales participantes ya están dentro de relaciones de dominación-subordinación y son o mayoría o minorías, condiciones sociales que intervienen provocando desigualdades de origen en los intentos interculturales.

Egresados: Como se puede apreciar al igual que en el caso anterior se tiene que profundizar conceptos y definiciones sobre lo que significa la interculturalidad.

Los conocimientos de los **estudiantes** sobre interculturalidad carece de profundidad conceptual mucho más que en los casos anteriores. Hecho que estaría justificando en cierta medida los encuentros y desencuentros en la práctica laboral del estudiante en contextos interculturales sobre todo rurales y urbanos periféricos de las ciudades limitando el desenvolvimiento pertinente.

Cuadro 2. Criterio de docentes, egresados y estudiantes, sobre la necesidad de introducir la salud intercultural en el plan de estudios- 2009.

No.	Criterios %	Docentes %	Egresados %	Estudiantes %
1	Importante incluir en los contenidos analíticos sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la medicina tradicional, medios curativos y/o medicina natural practicados en nuestro país y alternar la medicina occidental y la natural en los tratamientos.	50	10	-
2	Los conocimientos, actitudes y prácticas de la sociedad respecto al proceso salud - enfermedad debe tomarse en cuenta en la formación de recursos humanos en Enfermería, en el ejercicio de la profesión se interactúa con diferentes clientes que son de diferentes culturas.	40	40	-
3	La inclusión de interculturalidad en el diseño curricular de la carrera ayudaría a mejorar la atención en salud de la población y la comunicación.	10	50	40
4	Respetar decisión del paciente			60
	TOTAL	100	100	100

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación y análisis

Estos criterios claramente tipifican la necesidad de incorporar la salud intercultural en el diseño curricular de formación en Enfermería, coincidiendo con la problemática encontrada en la revisión documental del diseño curricular de la Carrera

En el caso de los **egresados**; si bien existe cierta conformidad con los conocimientos teóricos científicos adquiridos

en las aulas universitarias, habilidades y destrezas desarrollados para la atención de Enfermería a pacientes con problemas de salud, expresan también ciertas dificultades sobre todo de relacionamiento y comunicación, por tanto sugieren importante la incorporación de salud intercultural para mejorar la calidad de atención del usuario de los servicios de salud, reconociendo que en el ámbito sanitario la pluriculturalidad cultural se manifiesta en múltiples concepciones del proceso salud-enfermedad y en la coexistencia

de múltiples sistemas médicos (biomédico, tradicional y otros alternativos). Que representan sistemas a los cuales la población recurre en forma paralela y complementaria para resolver sus problemas de salud y enfermedad. En términos generales, las concepciones de la salud y la enfermedad de la población y del equipo de salud coexisten Carlos Tunnerman. "La educación superior en el umbral del siglo XXI", CRESAL-UNESCO, Caracas-

Venezuela, 1996 en encuentros y desencuentros.(Eduardo Menendez, "Modelos Médicos".México,1992).

Según el criterio de los **estudiantes**, se debe respetar la decisión del paciente respecto de algunas prácticas curativas tradicionales, si tiene el conocimiento de que se curarán, caso contrario tendrían que respetar a los pacientes que recurren a los curanderos, parteras, jampiris o médicos tradicionales.

Cuadro 3. Criterios de docentes, egresados y estudiantes sobre contenidos temáticos a ser introducidos en el plan de estudios- 2009

No.	Docentes	Egresados	Estudiantes
1	Interculturalidad (definiciones, conceptos)	Interculturalidad (definiciones, conceptos)	Interculturalidad
2	Salud intercultural – sistemas de salud-sistemas médicos	Salud intercultural – sistemas de salud- sistemas médicos	Salud intercultural – sistemas de salud- sistemas médicos
3	Fundamentos de la salud en la Cultura Andina	Fundamentos de la salud en la Cultura Andina	Fundamentos de la salud en la Cultura Andina
4	Medicina tradicional – recursos – logros, cosmovisión, clasificación de médicos tradicionales.	Medicina tradicional – recursos – logros, cosmovisión, clasificación de médicos tradicionales.	
5	Biodiversidad y derecho constitutivo	Biodiversidad y derecho constitutivo	
6	Etnología andina.		
7	Alimentos andinos, amazónicos, su valor nutricional y curativo	Alimentos Andinos, Amazónico, su valor nutricional y curativo	Alimentos Andinos, Amazónico.
8	Ecología andina –Etnoterapia	Ecología andina –Etnoterapia	
9	Antropología – medicina andina	Antropología – medicina andina	
10	Espiritualidad andina - mitos y ritos enfermedades corporales y espirituales		
11	Plantas medicinales según las diferentes culturas.	Plantas medicinales según las diferentes culturas.	Plantas medicinales según las diferentes culturas.
12	Etnofisiología, etnoanatomía, etnobotánica		
13	Salud materna infantil en los Andes y la Amazonía, concepciones, actitudes y prácticas.	Salud materna infantil en los Andes y la Amazonía.	Salud materna infantil en los Andes
14	Salud sexual y reproductiva Andina-Amazónico ideas sobre la gestación, parto, uso de medicinas	Salud sexual y reproductiva Andina-Amazónico ideas sobre la gestación, parto.	Salud sexual y reproductiva Andina

No.	Docentes	Egresados	Estudiantes
15	Historia de la salud – enfermedad en Bolivia. Concepciones.	Historia de la salud – enfermedad en Bolivia. Concepciones.	
16	Métodos educativos en salud adecuados a la realidad.	Métodos educativos en salud adecuados a la realidad.	Métodos educativos en salud adecuados a la realidad.
17	Prácticas de salud y enfermedad propias de las diferentes culturas	Prácticas de salud y enfermedad propias de las diferentes culturas	Prácticas de salud y enfermedad propias de las diferentes culturas
18	Relaciones Humanas médico paciente, Enfermera paciente	Relaciones Humanas médico paciente, Enfermera paciente	Relaciones Humanas médico paciente, Enfermera paciente

Fuente: Elaboración propia

Interpretación y análisis

Los criterios coincidentes entre docentes, egresados y estudiantes de la Carrera de Enfermería, mejorarían significativamente

la formación del profesional en Enfermería. Hecho que implica proceder con el trabajo de incorporar la salud intercultural como eje transversal en el plan de estudios de la Carrera de Enfermería.

Cuadro 4. Criterios de la población y médicos tradicionales sobre el desempeño laboral del profesional en Enfermería – 2009

No.	Criterios	Población %	Médicos Tradicionales %
1	Están formando profesionales de acuerdo a las necesidades del país porque conocen las funciones que deben cumplir como profesionales. Sin embargo es muy importante que conozcan nuestro idioma para que no existan barreras en la comunicación, falta amabilidad y cortesía en la atención de Enfermería en los hospitales.	60	60
2	A veces nos riñen los médicos y las enfermeras, pareciera que están de mal humor por eso a veces me da miedo recurrir al hospital.	20	25
3	Los profesionales en salud que se forman en las aulas universitarias, como los estudiantes, deben introducir en sus temas de salud las prácticas de la medicina tradicional, de esa manera den la importancia a nuestros recursos naturales y ayudar a las poblaciones del país.	20	15
	TOTAL	100	100

Fuente: Elaboración Propia

Interpretación y análisis

Podemos apreciar claramente que están de acuerdo con la formación profesional que lleva adelante la Universidad y particularmente la carrera de Enfermería, pero respecto al idioma y las relaciones Enfermera paciente existe falencias y por tanto encuentros y desencuentros entre el

personal de salud biomédico y los usuarios de los Centros Hospitalarios.

Según estos criterios podemos deducir que el desempeño laboral del profesional en Enfermería tiene debilidades por la carencia de conocimientos sobre otras medicinas, que de ser incorporadas en la formación mejoraría la misma.

Cuadro 5. Criterios de la población y médicos tradicionales, sobre la necesidad de introducir en el plan de estudios la salud intercultural - 2009

No	Criterios	Población %	Medico Tradicional %
1	Para solucionar los problemas de salud primero ,consultamos a un familiar, utilizamos remedios caseros o tradicionales y solamente cuando no hacen efecto y el dolor es muy intenso acudimos a un hospital o Centro de Salud	50	-
2	No acudimos en ningún caso de enfermedad al medico tradicional, lo primero que hacemos cuando nos enfermamos o se enferma alguien de nuestras familias, es tomar mates o algún antibiótico que pueda aliviarme una determinada dolencia. Pero la medicina tradicional o natural es buena siempre y cuando se la aplique de acuerdo a las indicaciones del naturista o medico tradicional	50	-
3	Los profesionales como los estudiantes deben introducir en sus temas de salud las prácticas de la medicina tradicional, de esa manera dar importancia a nuestros recursos naturales.	-	50
4	Es necesario solucionar los problemas de salud de manera natural,	-	50
	TOTAL	100	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación y análisis

Los criterios descritos nos muestran, por un lado la práctica de la medicina familiar en primera instancia y por último la biomedicina, siendo reconocida también la medicina tradicional, datos que nos indican la necesidad de introducir la interculturalidad tomando en cuenta los sistemas médicos existentes en el país, no solamente en la formación profesional en Enfermería si no también en todas las áreas de Salud, siendo que cada

uno de los modelos o sistemas médicos tienen características propias que se podrían aprovechar en la solución de los problemas del proceso salud-enfermedad de la población (Menéndez E. , 1992).

Por otro lado, los Médicos tradicionales consideran importante y necesario que los estudiantes adquieran conocimientos sobre la medicina tradicional, por tanto incluirse en el plan de estudios esta temática y consecuentemente mejorar la atención de salud.

Cuadro 6. Criterios de la población y médicos tradicionales, sobre aspectos de interculturalidad que deben incluirse en el plan de estudios - 2009

No.	Criterios %	Población %	Médico Tradicional %
1	Implementar, relaciones humanas en primer lugar.	60	30
2	Conocer, saberes y sentires respecto a la salud y enfermedad de toda la población es importante en la atención de salud, beneficios de los cuatro elementos de la naturaleza , agua, tierra, aire, calor. La fitología.	40	70
	TOTAL	100	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación y análisis

Referente a los aspectos de inclusión de interculturalidad en el plan de estudios

de formación en Enfermería la población usuaria de los Centro de Salud, indica mejorar las relaciones humanas, tomar en cuenta sentires, haceres y prácticas en el

proceso salud enfermedad de los mismos. Criterios que indican la existencia de deficiencias de competencias pertinentes al contexto cultural regional en los egresados de la Carrera de Enfermería.

Desde el punto de vista de los médicos tradicionales deben incluirse: saberes, sentires y prácticas respecto a la salud y enfermedad, la medicina natural conociendo los beneficios de sus cuatro elementos el agua, tierra, aire, calor, sugieren también conocer la fitología.

Aspectos sugeridos que coadyuvaran en mejorar los contenidos del plan de estudios de la carrera. Las relaciones interpersonales adecuadas, bajo el marco del respecto mutuo son de vital importancia en el proceso de Atención de Enfermería, siendo el núcleo de ello la comunicación terapéutica eficaz, para el éxito o fracaso de los encuentros y/o desencuentros especialmente con población rurales y poblaciones inmigrantes del área rural asentados en los barrios urbano periféricos de las ciudades.

5. Conclusiones

- En los lineamientos del perfil profesional podemos observar claramente la ausencia explícita de la descripción de competencias de salud intercultural, sólo cuenta en su núcleo modelos de orientación profesional y aspectos técnicos de atención de salud en Enfermería
- En los contenidos temáticos de las asignaturas del plan de estudios aparece muy superficialmente aspectos culturales en las materias de Antropología y Sociología y Enfermería Salud Pública, no se hace énfasis en el conocimiento de las diversas culturas, sus saberes y valores hecho que es importante en un país como Bolivia pluricultural

y multiétnico. El conocimiento del idioma nativo es solamente gramatical prescinde de la dimensión cultural. Por tanto la formación académica es biologicista.

- Deficiencia en el ejercicio profesional por la existencia de barreras culturales y lingüísticas con usuarios de los Centros de Salud especialmente rurales e inmigrantes de las áreas rurales, asentados en las zonas urbano periféricas de las ciudades.
- Deficiente preparación de los cuadros docentes para desarrollar el proceso de enseñanza aprendizaje, de los conocimientos y los valores de todas las culturas y enfrentar la complejidad del proceso educativo en situaciones de salud intercultural.
- Existe un listado de contenidos temáticos sobre salud Intercultural sugeridos por los involucrados en el trabajo investigativo, mismos que consideran imprescindibles en su incorporación en el plan de estudios para lograr su transversalización; estos son los siguientes: Interculturalidad (definiciones, conceptos)-Salud intercultural (sistemas de salud, sistemas médicos) -Fundamentos de la salud en la Cultura Andina -Medicina tradicional (recursos, logros, cosmovisión, clasificación médicos tradicionales, clasificación) -Biodiversidad y derecho constitucionario -Etnología andina -Alimentos andinos, amazónico, su valor nutricional y curativo -Ecología andina -Etnoterapia -Antropología andina -Medicina andina, espiritualidad andina, mitos y ritos, enfermedades corporales y espirituales -Plantas medicinales según las diferentes culturas -Etnobotánica -Etnoanatomía -Etnofisiología -Salud materno infantil en los Andes y la Amazonía, concepciones, actitudes

y prácticas -Salud sexual y reproductiva andina-amazónica, ideas sobre la gestación, parto, uso de medicinas -Historia de la salud-enfermedad en Bolivia, concepciones -Métodos educativos en salud adecuados a la realidad -Organizaciones comunitarias y sus características -Prácticas de salud y enfermedad propias de las diferentes culturas -Relaciones humanas médico paciente, enfermera paciente.

- En el plano de la investigación no existe una importante actividad que incida en aspectos relativos al diseño curricular y al proceso enseñanza aprendizaje en situaciones de interculturalidad, ni de vinculación del conocimiento a la realidad social.
- El currículo, además de contar con el núcleo de modelos de orientación profesional, deberá contar con competencias que hagan posible al futuro profesional desenvolverse en ámbitos interculturales, tener relación, formación y trabajo no solamente contando con los aportes más avanzados de la ciencia y tecnología mundial en salud y modelo de orientación propias de la profesión; sino también, con competencias, saberes, conocimientos y valores de las culturas que interactúan en nuestra sociedad de tal manera que contribuya a elevar la eficiencia en la prestación de servicios profesionales en salud.

6. Referencias bibliográficas

Alvarez de Zayas, Carlos (1999). *La Universidad como instrumento social*. UASB. Sucre-Bolivia.

Armas, José (1999). *Técnicas de investigación social*. Trillas, México.

Amusquivar, Caballero Wilma (2002). *La Interculturalidad en la Educación Superior*. CEPIES-UMSA. La Paz, Bolivia.

Albó, Xavier (1995). *Iguales aunque diferente*. Herbol, La Paz Bolivia.

Amidi, Emmanuel (1993). *Cultura*, UNICEF, La Paz.

Aramayo, Delicia (1997). *Historia de Enfermería*. La Paz Bolivia. URRSS, 1980.

Arnaz, José (1995). *La planeación curricular*. Editorial Trillos, México.

Caprara, Andrea (2006). *Relación Médico-paciente*. Potosí.

Castellom, Pacheco Iván. (2003) Marco Lógico, Redacción sobre la base de árbol de objetivos. Potosí, Bolivia.

Cebiae. (1999). *Diversidad cultural y procesos educativos*. La Paz, Ediciones CEBIAE.

Cebiae. (2002) "La Educación Intercultural y Bilingüe en Bolivia. Balances y perspectivas", La Paz, Ediciones, CEBIAE.

Campos, Navarro Roberto (1992). *La relación médico paciente*, México.

Castellon, Iván (2000). *Interculturalidad una historia de encuentros y desencuentros*, Cochabamba, Bolivia.

Collazo, Delgado Basilia (1996). *Fundamentos de la Investigación Científica*. Sucre, USAB.

CEUB (1994). *La planificación curricular en la perspectiva de la nueva alternativa en Educación Superior Universitaria*. La Paz.

Gamboa, Villarroel Miryam (1989). *La Planificación Curricular en la Perspectiva de la Nueva Alternativa de Educación Superior Universitaria*. La Paz Bolivia, CEUB.

Gonzales, Pacheco (1996). *El Planeamiento Curricular en la Enseñanza Superior*. La Habana Cuba, CEPES.

Grupo de cuidado (2002) Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería. *El Arte y la Ciencia del Cuidado*. Editorial UNIBIBLOS. Bogotá Colombia.

Irriarte, Gregorio (1992). *Análisis crítico de la realidad*. SEMPAS-CEB, La Paz, Bolivia.

Mendez, Eduardo (1992). *Modelos Médicos*. México.

Tunnerman, Carlos (2006). *La educación superior en el umbral del siglo XXI*. CRESAL-UNESCO, Caracas-Venezuela.

Universidad Publica de El Alto, (2008). Estatuto Orgánico, UPEA, El Alto, Bolivia.

Tintaya, C. Porfirio (2008). *Proyectos de Investigación*. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz Bolivia. .

ATENCIÓN DE PARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL EN LA MATERNIDAD DE VILLA NUEVO POTOSÍ GESTIÓN 2010

Attention of childbirth with focus intercultural in the maternity of New Villa Potosí administration 2010

Chuquimia, G.¹; Fernández, A.²

*Instituto de Investigación de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto, Villa
Esperanza km 15, Ciudad de El Alto, Bolivia*

1 Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

1 Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

Abstract

The present work seeks to promote and to give to know the childbirth attention with focus intercultural in the maternity of New Villa Potosí being based on the exercise of the right from the woman to a worthy and respected childbirth. The methodological design corresponds to the type of retrospective investigation study, cualicuantitativo, where you applies the registration of forms designed for the attention of the childbirth with focus intercultural whose results are: In the administration 2010 were assisted 159 women gestantes for the attention of their childbirth of which 66% corresponds mothers from 20 to 30 years of age, 21% didn't attend the gestantes Club; 97% received orientation during the childbirth work on hydrate and feeding, companion, relief of the pain, childbirth position, immediate maternal nursing; 35% with the husband's accompaniment in the moment of the childbirth; 82% chose the position semisentada for its childbirth. The attention of the childbirth with focus intercultural in the maternity of New Villa Potosí is carried out with the personnel's of health participation, and even you continuous with an eye toward to increase coverings and to improve the attention with this focus based on the Ministerial Resolution 0496, on 18 o'clock you practice and appropriate technologies in maternal health and neonatal; for it we all should have the same holistic objective; but obstacles that should be conquered with so much changes of attitude of the personnel of health even exist like of the population.

Keywords: Childbirth, focus, intercultural

Resumen

El presente trabajo pretende promover y dar a conocer la atención de parto con enfoque intercultural en la maternidad de Villa Nuevo Potosí basándose en el ejercicio del derecho de la mujer a un parto digno y respetado. El diseño metodológico corresponde

al tipo de estudio de investigación retrospectivo, cualicuantitativo, donde se aplicó el registro de formularios diseñados para la atención del parto con enfoque intercultural cuyos resultados son: En la gestión 2010 se atendió 159 mujeres gestantes para la atención de su parto de los cuales el 66% corresponden a madres de 20 a 30 años de edad, el 21% no asistieron al Club de gestantes; el 97% recibió orientación durante el trabajo de parto sobre hidratación y alimentación, acompañante, alivio del dolor, posición de parto, lactancia materna inmediata; el 35% con acompañamiento del esposo en el momento del parto; el 82% eligió la posición semisentada para su parto. La atención del parto con enfoque intercultural en la maternidad de Villa Nuevo Potosí se lleva a cabo con la participación del personal de salud, y aun se continua con miras a incrementar coberturas y mejorar la atención con este enfoque basados en la Resolución Ministerial 0496, sobre las 18 practicas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal; para ello todos debemos tener el mismo objetivo holístico; pero aun existen obstáculos que se deben vencer con cambios de actitud tanto del personal de salud como de la población.

Palabras Claves: Parto, enfoque, intercultural

1. Introducción

Estudios realizados a lo largo de los años el concepto de normalidad en el parto y nacimiento no esta estandarizado ni universalizado. En las últimas décadas en los países desarrollados se ha observado una rápida expansión en el desarrollo de prácticas ideadas para iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto. Al mismo tiempo los países en desarrollo están intentando que toda mujer tenga acceso a un parto seguro.

En nuestro medio existen hospitales, maternidades y clínicas que manejan variedad de normas, unos con mas predisposición de considerar los derechos de las mujeres y otros con menos; hay establecimientos como la Maternidad de Villa Nuevo Potosí que toma muy en cuenta la atención humanizada que respeta la culturalidad de la mujer para que el parto y el nacimiento sea uno de los momentos mas gratos de la vida, poniendo énfasis en la importancia de que los/as proveedores/as escuchen a las mujeres y a su pareja para brindar una atención individualizada basándose en la Reso-

lución Ministerial 0496 de 09-10-2001, sobre 18 practicas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal. Según la OMS el **parto** es un proceso humano, fisiológico, absolutamente natural. **Humanizado** es una atención que pone en el centro la ética y el respeto a la dignidad humana. **Interculturalidad** plantea un dialogo abierto entre las personas o los sistemas que se identifican (mas) con una cultura o con otra cultura medica para este efecto establecer una comunicación entre iguales sin eludir las inevitables diferencias. **Adecuación cultural** se refiere a que el personal de salud se adecue a la cultura de la población y no a la adecuación momentánea e instrumental para atraer a las usuarias lo cual puede conducir a cambios superficiales.

El parto con enfoque intercultural respeta la fisiología del proceso del nacimiento, las necesidades individuales de la mujer que está pariendo y de su bebé. Por otra parte significa que todas las mujeres tengan un parto como ellas mismas quieran, que todas las decisiones sobre ese especial momento sean de libre elección y que no les apliquen procedi-

mientos basados en rutinas indiscriminadas. Ningún procedimiento debería existir simplemente por la comodidad del personal hospitalario. El parto requiere que todas las decisiones y procedimientos sean para el bien de la usuaria.

La atención basada en la evidencia enfocada en las 18 practicas, de las cuales se mencionan las siguientes:

- Cambio de posición según el deseo de la mujer durante las contracciones
- Elaboración de un Plan de parto por la pareja
- Posición libre en el parto
- Alivio del dolor a través de masajes
- Acompañamiento de la familia o una persona cercana a la parturienta
- Ingestión de líquidos
- Eliminación del uso rutinario de enema y rasurado del vello pubiano
- Restringir la episiotomía
- Uso del Partograma
- Alumbramiento activo con la administración de Oxitocina en la tercera fase del parto
- Entrega de la placenta a solicitud de la paciente
- Devolver la placenta a las madres

Magnitud del problema

La tasa de mortalidad materna de nuestro país es uno de los más elevados a nivel mundial. Para ello existen muchos factores relacionados con el desconocimiento y tenemos de la población de acceder a la salud gratuita o por parte del personal de

salud con la actitud tradicional, dejando de lado las culturas y creencias de las mujeres y su elección de cómo tener sus partos.

Si los proveedores no cambian de actitud con respecto a la atención del parto tomando en cuenta las 18 prácticas recomendadas por la OMS en salud materna y neonatal continuaremos lamentándonos por las muertes maternas neonatales, que pudieron ser prevenidas.

Trascendencia

En la maternidad de Villa Nuevo Potosí dependiente del Ministerio de Salud, en la gestión 2010, fueron atendidas 159 pacientes para la atención de su parto con enfoque intercultural, en todas ellas se trato de cumplir las 18 practicas recomendadas por la OMS. La participación del personal de salud fue en un 70 %, ya que aun continúa la resistencia al cambio por parte de algunos funcionarios.

Objetivo

Promover y dar a conocer la atención de parto con enfoque intercultural que se brinda en la Maternidad de Villa Nuevo Potosí basándose en la Resolución Ministerial 0496 de las 18 practicas en salud materno neonatal.

2. Diseño metodológico

El diseño metodológico corresponde al tipo de estudio de investigación retrospectivo, cualicuantitativo, donde se aplico el registro de formularios diseñados para la atención del parto con enfoque intercultural tomando en cuenta parámetros importantes de las 18 practicas recomendadas por la OMS.

Universo

Se tomó como universo a las 159 pacientes embarazadas que acudieron a la atención de parto.

Delimitación Espacio - temporal

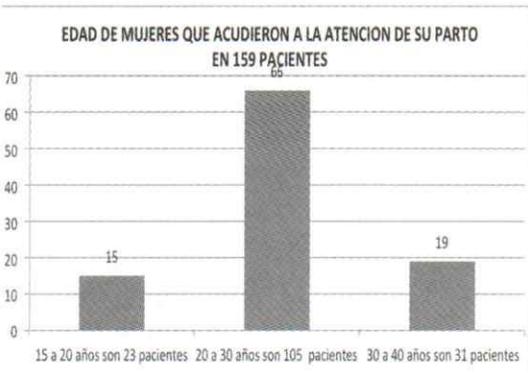
El estudio se realizó en la gestión 2010 en la maternidad de Villa Nuevo Potosí, dependiente del Ministerio de Salud.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se aplicó la observación, el registro de formularios diseñados para la atención del parto con enfoque intercultural y bases de datos de la Maternidad de Villa Nuevo Potosí.

3. Análisis e interpretación de datos

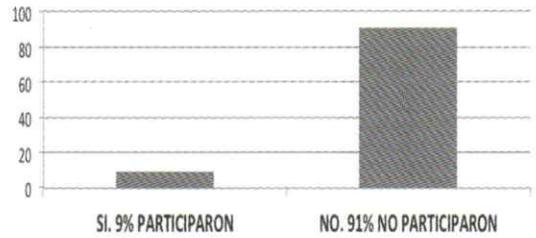
Datos extraídos de registro de formularios para la atención de parto con enfoque intercultural



Fuente: Elaboración propia - 2010

El 66% corresponden a la edad de 20 a 30 años.

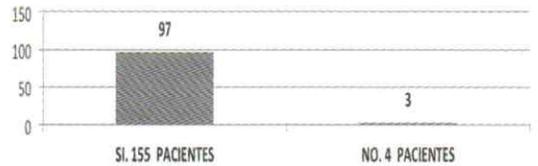
PARTICIPACIÓN EN EL CLUB DE GESTANTES EN 159 PACIENTES



Fuente: Elaboración propia - 2010

El 91% no participa en las charlas del club de gestantes.

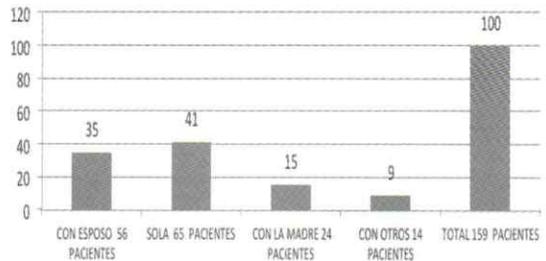
ORIENTACIÓN A LA EMBARAZADA EN EL TRABAJO DE PARTO SOBRE ACOMPAÑANTE-DIETA-HIDRATACIÓN-ALIVIO DEL DOLOR-POSICIÓN DEL PACIENTE-LACTANCIA MATERNA



Fuente: Elaboración propia - 2010

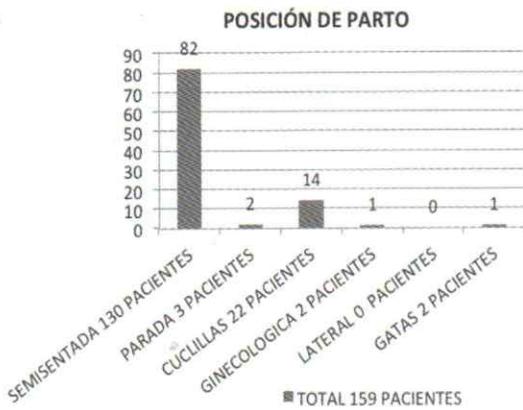
El 97% Sí recibió orientación durante el trabajo de parto sobre su acompañante, dieta, alivio del dolor, posición del parto, lactancia materna.

ACOMPAÑANTE EN EL MOMENTO DEL PARTO EN 159 PACIENTES



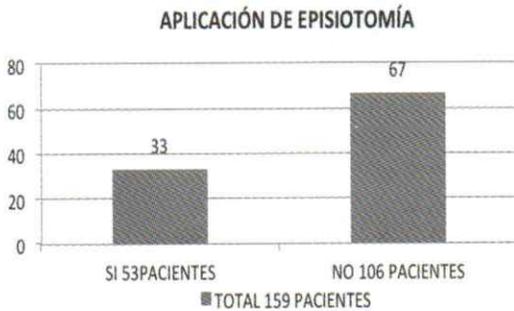
Fuente: Elaboración propia - 2010

El 41% No tuvieron acompañante durante su parto, El 35% fueron acompañadas por el esposo, y el 15% fueron acompañadas por la madre



Fuente: Elaboración propia - 2010

El 82% tuvo su parto en posición semi-sentada, el 14% en Cuclillas, el 1% en posición ginecológica.



Fuente: Elaboración propia - 2010

En el 67% de las mujeres NO se realizó episiotomía.



Fuente: Elaboración propia - 2010

El 98% se practicó el alumbramiento activo con la administración de oxitocina de 10 UI.

4. Conclusiones

La práctica de atención de parto con enfoque intercultural en la Maternidad de Villa Nuevo Potosí motivara a proveedores de salud de otras instituciones a poner énfasis en la Resolución Ministerial 0496 de las 18 prácticas y tecnologías apropiadas en salud materna y neonatal plasmados en el registro de los formularios para la atención de parto con enfoque intercultural.

5. Referencias bibliográficas

- Arózqueta, Baltasar, Campos (1999). *Manual de técnicas y procedimientos*. Primera edición.
- Beischer, Mackay (1988). *Obstetricia y neonatología*. Segunda edición. Interamericana Mc. Graw-Hill.
- M. E. Muscri (1999). *Enfermería pediátrica*. Segunda edición. Interamericana Mc. Graw-Hill
- MDH, Secretaria Nacional de Salud Gonorrhea (1996). *Introducción al Manejo de la enfermedades Transmisión Sexual*. Segunda Edición, CID Bolivia. Pag. 569 a 574.
- Ministerio Salud y Previsión Social (2001). *Flujo Oretal, Flujo Vaginal, Casos de ITS*. Editora ofset GRFCMAC, Enero.
- Ministerio Salud y Previsión Social (2001). *Norma Boliviana de Salud Normas Reglas y Protocolos en anticoncepción*, Bolivia.
- OMS-OPS (2002). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos*, WHO/RHR/00.7.
- PRO SALUD (2005). *Normas Técnicas de Calidad*.
- Schawarez, Ricardo, Duvergers, C., Díaz, A. Fescina, R. (1995). *Obstetricia* 5º edición El ateneo Argentina
- Ugalde, Miguel Angel, Peñaranda, G., Paredes, C., Metcalfe, G. (1998). *Manual de técnicas y procedimientos obstétricos perinatales*. Mother Care Bolivia.
- Waechter, Phillips, Holladay (1993). *Enfermería Pediátrica*. Décima Edición 2 tomos Interamericana Mc. Graw-Hill.
- WHO (1997). *Atención del Parto Normal, Una Guía práctica*, traducido por JICA de Care in normal birth: A practical guide Report of a technical working group. Ginebra.

SALUD Y EDUCACIÓN



FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES DEL PARALELO "E" DEL PRIMER AÑO DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO
Factors that influence in the academic yield in students of the parallel one "and" of the first year of the career of infirmery of University Public of El Alto

Apaza H., Pinaforta¹

Instituto de Investigación de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto, Villa Esperanza km 15, Ciudad de El Alto, Bolivia

1 Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

Abstract

When the academic yield is not significant in the university population it is necessary to propose solutions to this problem, because one should work in correspondence with the mission and the objectives so much of the University as of the career in the one that this aspect is worrying. It is so the study one carries out with students of the the first year-old parallel infirmery career, of six I take like sample the parallel one "AND" with 47 students in the one that academic low yield was observed. The information that was obtained was about factors like origin area, type of educational unit of which high school came out, if the students work, time that you/they dedicate to the study, if they have the necessary means for the study material, if they consult additional bibliography to the exhibition of the educational ones, attendance to classes among some as factors that can determine the first floor yield. However the results show that the social, economic factors are not decisive for the first floor academic yield, the result shows that the factors that determine this have to do with the attitudes that the students have toward the study. An aspect that didn't take into account in the investigation project but that it is important to write it it is the infrastructure in which you/they point out that it is faulty, without illumination and fry besides that this classroom is used continually for meetings hindering the normal development of the classes, another aspect that you/they mentioned was the educational acting. These aspects ameritan to carry out a more complete study considering other f actors that concern the one BREAKS WIND. Although in the study the motivation was not contemplated to choose the career he/she thought about this to see if it influenced in the academic yield, but bigger problem doesn't exist.

Keywords: Yield, academic, students

Resumen

Cuando el rendimiento académico no es significativo en la población universitaria es necesario proponer soluciones a esta problemática, porque se debe trabajar en correspondencia con la misión y los objetivos tanto de la Universidad como de la carrera en la que este aspecto es preocupante. Es así que el estudio se realizó con estudiantes de la carrera de enfermería, de seis paralelos del primer año se tomó como muestra el paralelo "E" con 47 estudiantes en la que se observó bajo rendimiento académico. La información que se obtuvo fue acerca de factores como área de procedencia, tipo de unidad educativa de la cual salió bachiller, si los estudiantes trabajan, tiempo que le dedican al estudio, si tienen los medios necesarios para el material de estudio, si consultan bibliografía adicional a la exposición de los docentes, asistencia a clases entre algunos como factores que pueden determinar el bajo rendimiento. Sin embargo los resultados muestran que los factores sociales, económicos no son determinantes para el bajo rendimiento académico, el resultado muestra que los factores que determinan éste tienen que ver con las actitudes que los estudiantes tienen hacia el estudio. Un aspecto que no se tomó en cuenta en el proyecto de investigación pero que es importante escribirlo es la infraestructura en la que señalan que es deficiente, sin iluminación y fría, además de que esta aula es utilizada continuamente para reuniones dificultando el desarrollo normal de las clases, otro aspecto que mencionaron fue el desempeño docente. Estos aspectos ameritan realizar un estudio más completo considerando otros factores que atañen al PEA. Aunque en el estudio no estaba contemplado la motivación para elegir la carrera se planteó este para ver si influía en el rendimiento académico, pero no existe mayor problema.

Palabras clave: Rendimiento, académico, estudiantes

1. Introducción

La educación es un derecho de todo boliviano, la Constitución política del estado señala que "... la educación constituye una función suprema y primera responsabilidad financiera del Estado, que tiene la obligación indeclinable de sostenerla, garantizarla y gestionarla. (CPE Art.77).

La educación boliviana acorde a los cambios político económicos ha venido atravesando diferentes situaciones, hoy hablamos de una educación para la vida basada en valores como el respeto, la solidaridad, la justicia social, además de considerar la naturaleza multiétnica, pluricultural, multilingüe y la práctica de la interculturalidad como factores que quizás de alguna manera pueden influir en el rendimiento académico de los estudiantes.

La Universidad Pública de El Alto, como formadora de recursos humanos "... altamente calificados para responder a las necesidades de la población..." (Estatuto Orgánico UPEA), de la ciudad de El Alto en particular y a la población del país en general encara responsablemente este cometido.

La carrera de enfermería en correspondencia con la misión de la UPEA, trabaja para que los estudiantes de enfermería formados en sus aulas sean profesionales de excelencia y que una vez insertos en el mercado laboral den cuidados de alta calidad técnica y humana.

Es así que al observar el bajo rendimiento de los estudiantes del paralelo "E" del primer año de la carrera de Enfermería se vio la necesidad de realizar una investi-

gación para determinar cuáles son los factores que influyen en el bajo rendimiento académico de los mismos, para intervenir sobre éstos y cumplir con la misión de la carrera de enfermería y de la UPEA.

El rendimiento académico tiene que ver con varios aspectos como los programas de estudio, la metodología utilizada en el PEA, el número de asignaturas sea semestral o anual y factores como los económicos, sociales, culturales y actitud de los estudiantes hacia los programas de estudio y las horas de clases.

El presente estudio enfocara los factores sociales, económicos, culturales y actitudes hacia el estudio por parte de los estudiantes del paralelo "E" del primer año de la carrera de enfermería.

Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que influyen en el bajo rendimiento académico de los estudiantes del paralelo "E" del primer año de la carrera de enfermería de la Universidad Pública de el Alto?.

Objetivo general

Identificar los factores que influyen en el bajo rendimiento académico de los estudiantes del paralelo "E" del primer año de la carrera de Enfermería de la UPEA para intervenir en estos factores para la formación de calidad del futuro profesional.

Objetivos específicos

- Identificar factores económicos, sociales y culturales que influyen en el rendimiento académico
- Identificar la procedencia del estudiante

- Identificar tipo de unidad educativa de la que proviene el estudiante
- Identificar la preparación del estudiante previo a los exámenes.

Justificación

La carrera de Enfermería acoge en sus aulas aproximadamente a 1300 estudiantes, en su generalidad son mujeres. La misión de la carrera es formar profesionales competitivos y con excelencia para que puedan responder a las necesidades de la población a la que prestaran sus servicios, sin embargo se observa de acuerdo a las evaluaciones efectuadas un bajo rendimiento académico, lo que es bastante preocupante.

El estudio que se realizara al respecto nos indicara cuales son los factores que influyen en este rendimiento bajo y permitirá tomar las acciones necesarias para corregirlas y además será un aporte a la universidad misma pues permitirá conocer qué tipo de estudiantes son los que acuden a sus aulas para mejorar el proceso enseñanza aprendizaje.

2. Diseño de la investigación

Hipótesis

El bajo rendimiento de los estudiantes del paralelo "E" del primer año de la carrera de enfermería de la UPEA se debe a factores económicos, sociales, culturales y formación en el bachillerato.

VARIABLES

Variable dependiente

Bajo rendimiento académico de los estudiantes del paralelo "E" del primer año de la carrera de enfermería de la UPEA.

Variable independiente

Factores económicos, sociales, culturales y formación del bachillerato.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Instrumentos
Rendimiento académico	Hace referencia a la evaluación del conocimiento adquirido en el ámbito universitario	Calificaciones obtenidas en los exámenes a lo largo del año		Encuesta
Factores económicos	Son los medios materiales o inmateriales que permiten satisfacer ciertas necesidades.	Disponibilidad de dinero para satisfacción de necesidades	Compra de libros, uso de internet	Observación encuesta
Factores sociales	Aspectos que tienen que ver con satisfacción de necesidades básicas	Disponibilidad de vivienda, alimentación, recreación	Vivienda alimentación, vestido, recreación	Observación encuesta

Tipo de estudio

La investigación será descriptiva, se quiere establecer los factores que influyen en el rendimiento académico.

Universo

Estudiantes de la carrera de enfermería.

Muestra

Estudiantes del primer año de la carrera de enfermería.

Unidad de la muestra

Estudiantes del paralelo "E" del primer año de la carrera de enfermería.

Técnicas e instrumentos

Las técnicas e instrumentos a emplear serán las encuestas, entrevistas y observaciones de la unidad de estudio.

Materiales y métodos

Una vez elaborado el protocolo de investigación se recogió la información de

fuerza primaria o directa, obtenida a través de la aplicación de encuestas y entrevistas.

Al realizar el trabajo de campo se determinó la muestra de estudio que consistió en 47 estudiantes del paralelo "E" del primer año de la carrera de Enfermería.

Los datos obtenidos se ordenaron de acuerdo a las variables en relación a los objetivos de la investigación y la hipótesis planteada.

3. Resultados

Cuadro 1. Número de estudiantes por sexo

Sexo	No	%
Femenino	5	10,6
Masculino	42	89,4
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

Los estudiantes del paralelo "E" del primer año de la carrera de enfermería en su mayoría 89,4% son de sexo femenino, el 10,6% son de sexo masculino.

Cuadro 2. Número de estudiantes por estado civil

Estado Civil	No	%
Solteros	44	93,6
Casados	3	6,4
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo al estado civil de los estudiantes se tiene que el 93,6% son solteros y el 6,4% casados, por lo que se puede indicar que el estado civil no es un factor que incide en el bajo rendimiento.

Cuadro 3. Número de estudiantes por tenencia de vivienda

Tenencia de vivienda	No.	%
Propia	44	93,6
Alquilada	3	6,4
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

En relación a la tenencia de vivienda el 93,6% de los estudiantes tiene vivienda propia, sólo el 6,4% de los estudiantes viven en casa alquilada. Este aspecto tampoco influye en el rendimiento académico, este dato indica que tiene comodidad para estudiar.

Cuadro 4. Número de estudiantes por región de procedencia y bachillerato

Procedencia	No	%
Urbano	37	78,7
Provincia	10	21,3
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

El 78,7% de los estudiantes del paralelo "E" proceden del área urbana, el 21,3% proceden del área rural. Este cuadro muestra que el bachillerato obtenido en el área rural no es un factor que determine un bajo rendimiento.

Cuadro 5. Número de estudiantes por tipo de unidad educativa

Tipo de unidad educativa	No	%
Fiscal	44	93,6
Particular	3	6,4
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

El 93,6% de los estudiantes del paralelo "E" proceden de un colegio fiscal y el 6,4% de una unidad educativa particular, este factor incide en el bajo rendimiento académico.

Cuadro 6. Número de estudiantes por ocupación

Trabajan	No	%
No trabajan	30	63,8
Trabajan	17	36,2
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al número de estudiantes que trabajan se tiene que el 63,8% no trabajan, el 36,2% trabajan, sin embargo es necesario identificar si el grupo que trabaja es el que tiene bajo rendimiento.

Cuadro 7. Disponibilidad de material de estudio (fotocopias, uso de internet)

Disponibilidad de material de estudio	No	%
Si	27	57,4
No	20	42,6
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

El 57,4% de los estudiantes tiene disponibilidad para el material de estudio y uso de internet, el 42,6% no tiene acceso a éste, es necesario identificar si el grupo que no tiene acceso al material de estudio es el que tiene bajo rendimiento.

Cuadro 8. Número de estudiantes que realizan consulta bibliográfica adicional

Consulta bibliográfica adicional	No	%
Si	12	25,5
No	35	74,5
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

En relación a la consulta bibliográfica adicional el 25,5% lo realiza, solo el 25,5% lo realiza, este aspecto puede ser que influya en el bajo rendimiento.

Cuadro 9. Número de estudiantes que asisten a clases en forma regular

Asistencia a clases	No	%
Regular	17	36,2
Irregular	30	63,8
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

El 63,8% de los estudiantes asiste en forma irregular a las clases, el 36,2% lo hace regularmente, este aspecto puede condicionar el bajo rendimiento académico.

Cuadro 10. Número de estudiantes que entregan trabajos asignados

Entrega de trabajos	No	%
Si	22	46,8
No	25	53,2
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

El 53,2% no entregan trabajos asignados, el 46% lo hacen, este aspecto tiene relación con la disponibilidad de material de estudio, uso del internet y la consulta bibliográfica adicional que pueden ser factores que incidan en el bajo rendimiento.

Cuadro 11. Número de estudiantes que dedican horas de estudio al día

Horas de estudio	No	%
Si	12	25,5
No	35	74,5
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

El 74,5% de estudiantes no tienen hábito de estudiar, sólo el 25,5% lo realiza, este factor incide en el bajo rendimiento. De acuerdo a las entrevistas el tiempo dedicado al estudio es de 15 minutos a 1 hora diaria.

Cuadro 12. Número de estudiantes que estudian día antes de rendir una prueba

Estudia día antes del examen	No.	%
Si	47	100
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

El 100% de los estudiantes estudian un día antes del examen, este también es un factor que incide en el bajo rendimiento, porque no se puede asimilar los temas de esta manera.

Cuadro 13. Número de estudiantes de acuerdo a nota de evaluación

Nota de evaluación	No.	%
51 a mas	21	44,7
50% a menos	26	55,3
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

Referente a las notas obtenidas en las evaluaciones el 55,3% tiene notas por debajo del 50%, el 44,7% tiene notas de 51% a más, este resultado tiene relación con la asistencia regular a clases, la consulta bibliográfica adicional, las horas dedicadas al estudio, que determinan el bajo rendimiento.

Cuadro 14. Número de estudiantes de acuerdo a motivación para la elección de la carrera

Motivo para elegir la carrera	No	%
Elección voluntaria	21	44,7
Para salir fuera del país	13	27,6
Mayor oportunidad de trabajo	8	17,0
Sugerencia de padres	2	4,3
No quiere hacer tesis	2	4,3
Por remuneración	1	2,1
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

El 44,75 de los estudiantes eligieron la carrera por voluntad propia, el 27,6% para salir fuera del país y el 17% por mayores oportunidades de trabajo, este aspecto parece no incidir en el bajo rendimiento.

4. Conclusiones

Se concluye en este estudio que los factores sociales, económicos y culturales como el estado civil, tenencia de vivienda, trabajo, área de procedencia, unidad educativa del bachillerato no son los determinantes para el bajo rendimiento. Por lo tanto la hipótesis no fue probada, ya que son otros los factores que intervienen para un bajo rendimiento académico.

La motivación para la elección de la carrera tampoco es determinante para el bajo rendimiento

De acuerdo al estudio realizado aspectos como la disponibilidad de material de estudio, consulta bibliográfica adicional,

asistencia regular a clases, entrega de trabajos, horas dedicadas al estudio, son factores que determinan el bajo rendimiento, podemos inferir que la actitud de los estudiantes hacia el estudio es lo que incide en el bajo rendimiento académico.

Es necesario realizar un estudio más detallado de estos factores que intervienen en el bajo rendimiento académico para encarar de mejor manera la formación de profesionales competentes.

5. Referencias bibliográficas

<http://www.oer.es/calidad2/Velez.PDF>

<http://www.slideshare.net/esmeraldaacosta/bao-rendimiento-escolar>

<http://www.tuobra.unan.mx/publicadas/070626102410.html>

<http://www1.unne.edu.ar/cyt/humanidades/h-009.pdf>

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA EXTERNA

Factors that influence in the user's perception on the quality of attention in the external consultation

Condori Q., Elizabeth¹

Instituto de Investigación de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto, Villa Esperanza km 15, Ciudad de El Alto, Bolivia

1 Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

Abstract

The process of the medical care is a complex chain of facts, where each one of them is an end or termination of the previous one and a necessary condition for which continues. In this expert when one speaks of "QUALITY OF ATTENTION", the Hospital should develop an integral process of attention to the patient, looking for from all the points of view its satisfaction. In the country the same as in other places of the world, the concern to improve the quality of attention has followed a process that begins with the constitution of the National Commission of Accreditation of Hospitals of Bolivia (Supreme Resolution N°. 0329 of April 27 of 1994), instance that publishes the first edition of the Manual of Accreditation of Hospitals, where it is described the evaluation of the structure, process and results of the hospitals, it also identifies critical areas where he/she should improve⁽¹⁾. Also, it is looked for to optimize the use of the human resources, teams, materials and technological that allow to confront with an optimistic perspective the guarantee of the quality of attention to satisfy the personnel's expectations, of the users and of the population in general. These facts determine that one has to analyze the relationship with the user of the Hospital of Clinics that goes to the external consultation, ignoring their rights as: right to be assisted with respect, taking care of their person dignity should have present that the situation of "sick", condition attitudes of fear and dependence that it is necessary to overcome with tact and fineness. the worthy and respectful treatment is not only expressed in the verbal forms, but in the procedure ways and long and complicated waits that should avoid they are bureaucratic.

Keywords: Factors, influence, perception, quality of attention

Resumen

El proceso de la atención médica es una cadena compleja de hechos, donde cada uno de ellos es un fin o terminación del anterior y una condición necesaria para el que sigue. En este entendido cuando se habla de "CALIDAD DE ATENCIÓN", el Hospital debe desarrollar un proceso integral de atención al paciente, buscando desde todos los

puntos de vista su satisfacción. En el país al igual que en otros lugares del mundo, la preocupación por mejorar la calidad de atención ha seguido un proceso que se inicia con la constitución de la Comisión Nacional de Acreditación de Hospitales de Bolivia (Resolución Suprema N°. 0329 de 27 de abril de 1994), instancia que publica la primera edición del Manual de Acreditación de Hospitales, donde se describe la evaluación de la estructura, proceso y resultados de los hospitales, además identifica áreas críticas donde se debe mejorar². Asimismo, se busca optimizar la utilización de los recursos humanos, equipos, materiales y tecnológicos que permitan afrontar con una perspectiva optimista la garantía de la calidad de atención para satisfacer las expectativas del personal, de los usuarios y de la población en general. Estos hechos determinan que se tenga que analizar la relación con el usuario del Hospital de Clínicas que acude a la consulta externa, desconociendo sus derechos como: derecho a ser atendido con respeto, cuidando su dignidad de persona debiendo tener presente que la situación de "enfermo", condicione actitudes de temor y dependencia que es necesario superar con tacto y delicadeza. el trato digno y respetuoso no solamente se expresa en las formas verbales, sino en las maneras de tramitación y esperas largas y complicadas que deben evitarse sean burocráticas.

Palabras clave: Factores, influyen, percepción, calidad de atención

1. Introducción

El problema de la calidad de atención en el servicio de consulta externa desde la perspectiva del cliente externo, debe ser analizado de manera detenida para mejorar las condiciones de atención en este servicio.

De no realizarse este estudio persistirán las condiciones actuales de atención, lo cual incidirá en el largo plazo en la posibilidad de una acreditación del servicio de acuerdo a estándares establecidos para la atención hospitalaria, el cual permitirá identificar los factores que determinan la insatisfacción de los usuarios, y plantear por lo tanto medidas para controlar estos factores en el marco de un programa de mejoramiento continuo de la calidad de atención, basando los planteamientos en las tendencias actuales de mejora de la calidad.

En los servicios de atención en la Consulta Externa del Hospital de Clínicas, dependiente del Servicio Departamental de Salud, es importante tomar en cuenta la necesidad de mejorar la atención a los usuarios que acuden en busca de una atención oportuna y segura y sobre todo un trato digno, cambios que deben ser implementados en forma periódica asistida por los funcionarios del servicio y su entorno de la Institución.

El marco Teórico, comprende las bases conceptuales en que se apoya la investigación realizada se abordan temas como: la calidad de atención, los indicadores de estructura, proceso y resultado, las dimensiones en relación a los indicadores, se describe la calidad en los servicios como es la técnica y la percibida por los clientes externos, los derechos de los usuarios y finalmente los modelos de calidad en los servicios. Respecto a su estructura organizativa, se describe al Hospital de Clínicas dependiente Ministerio de Previsión social y Salud Pública.

2 TRIANA TEOBALDO, Módulo Gerencia en Salud, Cuba, 1999
SECRETARIA NACIONAL DE SALUD. Manual de Acreditación de Hospitales de Bolivia, Segunda edición, 1996.

Problema de investigación

¿Cuáles son los factores que influyen en la percepción del usuario sobre la calidad de atención en Consulta Externa del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, durante el segundo semestre de la gestión 2009?

Objetivo general

Identificar los factores que influyen en la percepción del usuario sobre la calidad de atención en Consulta Externa del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, durante el segundo semestre de la gestión 2009.

Objetivos específicos

- Establecer las características del proceso de atención en Consulta Externa.
- Establecer el tiempo promedio en el que reciben atención médica los usuarios de Consulta Externa.
- Identificar las características del trato del personal de salud, profesionales, administrativos y personal manual.
- Establecer las características de confort de las salas de espera.
- Plantear una propuesta de intervención para mejorar la calidad de atención al usuario que acude a la Consulta Externa.

Alcances de la investigación

La investigación abarcará a las 26 especialidades que oferta los servicios de la Consulta Externa del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, en el periodo del segundo semestre de 2009.

Sujetos de estudio

De acuerdo con la determinación de la muestra y las características de la investigación, los sujetos de estudio llegan a ser 287 usuarios que acuden a la consulta externa del Hospital de Clínicas.

Hipótesis

El actual proceso de atención genera insatisfacción en el usuario que acude a la Consulta Externa del Hospital de Clínicas.

Análisis de variables

Variable independiente:

- Elementos de la infraestructura.
- Procesos de atención que los médicos muestran su capacidad hacia el usuario.
- Tiempo que se demora en la atención del paciente supera fácilmente los 90 minutos.

Variable dependiente:

- Calidad de los servicios de Consulta Externa.

Tipo de investigación

El término "diseño" señala al plan o estrategia concebida para responder a las preguntas de investigación. El diseño señala al investigador lo que debe hacer para alcanzar sus objetivos de estudio, responder a las interrogantes que se ha planteado y analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto particular³.

3 HERNÁNDEZ S. Roberto, FERNÁNDEZ C. Carlos, BAPTISTA L. Pilar, "Metodología de la investigación", Edit. McGraw-Hill INTERAMERICANA, S.A., México, 1999

Desde el punto de vista científico, describir es medir. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.

Es transversal cuando se refiere a hechos instantáneos, es decir que se producen en un momento determinado de tal modo que se realiza un corte en el tiempo.

Por tanto el tipo de la investigación identificada, es un estudio descriptivo de corte transversal.

2. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación de campo, define el tipo de estudio descriptivo transversal, el universo comprende a 40.120 usuarios que recibieron atención médica en el año 2009, tomando como muestra a 287 sujetos de investigación. Además, se establece las fuentes e instrumentos de relevamiento de la información, la elaboración y validación del instrumento aplicado. La fase de recolección de datos y la verificación de la complejidad y calidad de la información recolectada y finalmente la elaboración de informe final con el procesamiento y análisis de la información, elaboración de cuadros estadísticos y la redacción del informe final.

Universo

La población o universo identificados son los usuarios atendidos en la consulta externa del Hospital de Clínicas, durante la gestión 2008, que suman a un total de 40.120 usuarios⁴.

Unidad de análisis

Usuarios atendidos en el servicio de Consulta Externa del Hospital de Clínicas.

Los ambientes de los consultorios externos se ubican un piso arriba de la Unidad de Urgencias a una distancia aproximada de 150 metros de la oficina de caja o recaudaciones área de la puerta principal, sin embargo las especialidades de: oncología, radioterapia, dermatología, psiquiatría, traumatología se ubican junto a las salas de internación que se entran dispersas por las características de construcción de pabellones dispersos, en la antesala de los consultorios dos bancas de descanso, no hay batería de baños para los usuarios que esperan ser atendidos.

La caja es una sola ventanilla para la atención a los usuarios que requieren consulta medica en consulta externa, en ésta área debido a las inclemencias de la naturaleza como es la lluvia y el frío no hay techo de protección, no hay baterías de baño para los usuarios externos quienes realizar esperas prolongadas, en esta área física donde se considera el primer contacto del usuario con el hospital de clínicas, no hay una oficina de informaciones u orientación en el área de la Consulta Externa.

Muestra

El cálculo de la muestra se toma utilizando la rutina para estudios poblacionales del paquete de computación EPI-INFO, se utilizó el siguiente procedimiento:

- Población total (Nº de consultas anuales) 40.120
- Prevalencia del factor estudiado 75%

4 UNIDAD INFORMÁTICA, Sistema de Información Gerencial, Hospital de Clínicas, La Paz Bolivia, 1999.

- Peor resultado aceptable (variación) 70%
- Muestra al 95% de nivel de confianza 287

Esto significa que se encuestaron a 287 usuarios del servicio de Consulta Externa del Hospital de Clínicas.

Técnicas de recolección de datos

Se diseñó una encuesta estructurada o semiestructurada. El objetivo de la encuesta es determinar los factores que influyen en la percepción del usuario sobre la calidad de atención en Consulta Externa del Hospital de Clínicas.

Fuentes e instrumentos de relevamiento de la información

Las fuentes de relevamiento de la información para cumplir con los objetivos planteados en la investigación son:

Fuente primaria, recolección de la información

La presente investigación utilizó como fuente primaria de investigación la información obtenida a través de:

- Encuestas, instrumento que permite responder la validez y fiabilidad de la serie de preguntas respondidas por los sujetos de la encuesta. En este sentido se aplicaron 287 encuestas, con preguntas cerradas o dicotómicas, tamizadas con 18 preguntas relacionadas con el objetivo de la investigación y los indicadores de la calidad a los usuarios de la Consulta Externa del Hospital de Clínicas.

Fuentes secundarias de recolección de la información

- Investigación documental

- Estatuto orgánico del Hospital de Clínicas.
- Normatividad institucional según servicios.
- Reglamento interno de personal.
- Programa Anual Operativo, Gestión 2009, Hospital de Clínicas La Paz.

Diseño de instrumentos de relevamiento de la información

De acuerdo a la fuente primaria, se ha elaborado un cuestionario estructurado dirigido a los sujetos de estudio que ha sido diseñado en base a los indicadores de la calidad:

- Estructura, Proceso y resultado

Con las siguientes características:

- Estructura relacionado al ambiente de la sala de espera:
 - Cómodo
 - Iluminado
 - Limpio
 - Ordenado.
- Proceso relacionado a:
 - Distribución de pacientes según hora de llegada.
 - Recibe atención médica de acuerdo a su ficha obtenida.
 - Tiempo de espera antes de ser atendido por el médico.

- Capacidad técnica de los médicos

• Resultado en base a la percepción del usuario:

- Personal médico, enfermería informa y explica sobre su situación de salud en consultorios externos.

- El personal médico y enfermería es respetuoso con el usuario.

- El usuario recibe información adecuada del personal administrativo.

- Cree que la revisión médica es adecuada.

- Cumple las indicaciones médicas.

Se elaboró un cuestionario, 27 preguntas cerradas y una pregunta en relación a recomendaciones dirigidos a los usuarios de la consulta externa del Hospital de Clínicas.

Para cada afirmación se planteó tres alternativas de respuestas SI – NO - PARCIALMENTE. El valor de las repuestas alternativas se considera como sigue:

- Para afirmación positiva SI
- Para afirmación negativa NO
- Parcialmente SI / NO

3. Resultados

Para la presentación de resultados e interpretación se diseñaron cuadros y gráficas que presentan la información para realizar el análisis e interpretación de los mismos.

Cuadro 1. Distribución de casos según servicios. Consulta externa. Hospital de Clínicas. 2009

SERVICIO	Nº	%
Medicina General	20	6,97
Cirugía General	20	6,97
Neurología	20	6,97
Proctología	26	9,06
Psiquiatría	20	6,97
Neurocirugía	20	6,97
Nefrología	19	6,62
Reumatología	21	7,32
Dermatología	19	6,62
Cardiología	21	7,32
Traumatología	21	7,32
Urología	20	6,97
Medicina Interna	20	6,97
Otorrinolaringología	20	6,97
TOTAL	287	100,00

FUENTE: Elaboración propia.

Se encuestó a un total de 287 usuarios del servicio de Consulta Externa de los que corresponden a todos los servicios que componen el Hospital de Clínicas. Lográndose contar con opiniones de usuarios de todos los servicios, cuyas encuestas según servicios de especialidad fueron entre 19 a 26 (cuadro 1).

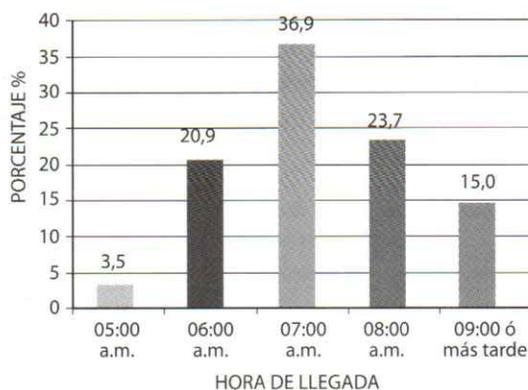


Gráfico 1. Horario de llegada, Hospital de Clínicas, 2009

El gráfico 1, muestra que más del 50% de los usuarios llegan al menos 2 horas antes que la atención en Consulta Externa se inicie. Este hecho se debe fundamentalmente a que no se cuenta con un

sistema que permita que los usuarios puedan reservar hora ya sea por vía telefónica u otra forma que permita evitar el proceso de lograr un espacio en la consulta externa; puesto que actualmente el acceso a la consulta externa es por orden de llegada. Por lo tanto, cuanto más temprano llegue el usuario, tiene más probabilidades de ser atendido en el servicio que requiere.

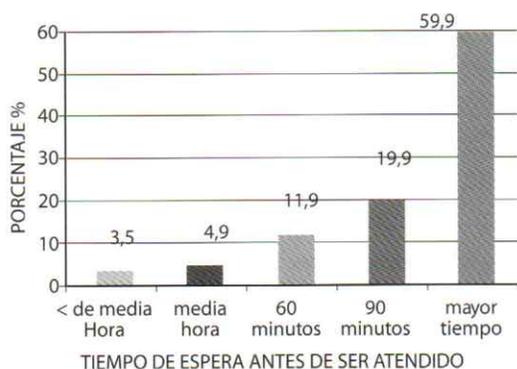


Gráfico 2. Tiempo de espera antes de ser atendido en consultorios externos, Hospital de Clínicas 2009

Este hecho es importante de destacar puesto que las recomendaciones para el tiempo de espera recomiendan que ésta espera no sea mayor a 30 minutos como un estándar de calidad para consulta externa (gráfico 4).

Cuadro 4. Cree que la revisión médica es adecuada. Consulta externa. Hospital de Clínicas. 2009

Revisión medica adecuada	N	%
SI	167	58.19
NO	19	6.62
PARCIALMENTE	101	35.19
TOTAL	287	100.00

Fuente: Elaboración propia.

El 58,19% cree que la revisión médica es adecuada, sin embargo el 35,19% opina parcialmente, llama la atención un porcentaje mínimo de 6,62 %.

Cuadro 5. Recibió atención según orden de ficha. Consulta externa. Hospital de Clínicas. 2009

Recibió atención	N	%
SI	141	49,13
NO	40	13,94
PARCIALMENTE	106	36,93
TOTAL	287	100,00

Fuente: Elaboración propia.

Sólo el 49,1% de los pacientes fueron atendidos de acuerdo a la ficha que le fue entregada al inicio del proceso.

Cuadro 6. Conformidad con la atención recibida. Consulta externa. Hospital de Clínicas. 2009.

Esta conforme	Nº	%
SI	159	55,40
NO	25	8,71
PARCIALMENTE	103	35,89
TOTAL	287	100,00

Fuente: Elaboración propia.

En general están conformes con los servicios recibidos en Consulta Externa del Hospital de Clínicas en el 55,4% de los casos. No están conformes el 8,7%.

4. Conclusiones

- El proceso de atención de la Consulta Externa, en relación al tiempo: fase de recepción y admisión, no satisface plenamente a los usuarios del Hospital de Clínicas.
- Los usuarios reciben atención médica en un tiempo menor a 30 minutos en una proporción muy baja. Una gran parte supera ampliamente los 90 minutos. Lo que significa que no se cumplen las recomendaciones respecto a este aspecto de la calidad de atención.
- Existe una mayoría relativa que identifica al trato tanto del personal médico como bueno, sin embargo, al indagar

sobre el trato del personal de enfermería y administrativo, las respuestas se inclinan hacia aspectos negativos.

Por otro lado, el porcentaje de usuarios que recibe información sobre su estado de salud de parte del médico es alto. Sin embargo, el tiempo que se le dedica a la consulta es motivo de insatisfacción en un porcentaje importante de usuarios. Menos de la mitad de los usuarios expresan que no se respeta el orden de las fichas de atención.

Propuesta de la investigación

La satisfacción del usuario es un objetivo primordial en todo establecimiento de salud y teniendo en cuenta específicamente la Consulta Externa tiene gran influencia, porque es la puerta de entrada para que el usuario reciba una adecuada satisfacción de los servicios de salud que demanda, y habiendo identificado factores que influyen en la percepción del usuario sobre la calidad de atención en Consulta Externa del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz se plantea necesidades que deben ser resueltas a través de políticas expuestas en la presente propuesta de intervención que permita mejorar la calidad de atención al usuario. La mencionada propuesta considera los siguientes aspectos.

Recomendaciones

El presente trabajo de investigación amerita en un plazo lo más corto posible la continuación de la propuesta planteada, con el fin de coadyuvar a la mejora de la atención de calidad, a través del proceso de citas médicas previas según hora con la implementación de un Sistema Informático de Gestión Hospitalaria, que coordine con las diferentes especialidades y con el compromiso de todos los prestadores del servicio de Consulta Externa, tales como gerentes técnicos, personal médico, enfermería, administrativo y empleados manuales de servicios; con todas las normativas de la institución, adecuadas y actualizadas tomando en cuenta al usuario como la razón de la existencia de la institución.

5. Referencias bibliográficas

- Cuadernos del Hospital de Clínicas (1999). Volumen 45, suplemento 1, La Paz- Bolivia.
- Hernández, S. Roberto y Fernández C. Carlos. (1999) *Metodología de la investigación*. Edición McGRAW – HILL, Segunda edición, México.
- Secretaría Nacional de Salud (1996). *Manual de acreditación de Hospitales de Bolivia*. Segunda edición, La Paz- Bolivia.
- Triana, Teobaldo (1999). *Modulo de Gerencia en Salud*. Primera edición, Cuba.
- Hammer, Michael (2002). *Alineación total*, Riaz Khadem, editorial Norma, Bogotá.
- Unidad Informática (1999). *Sistema de Información Gerencial*, Hospital de Clínicas. La Paz Bolivia.

Propuesta de la intervención

1. Mejora de la organización del servicio de consulta externa:

Necesidad	Política	Objeto	Acciones
<p>Inexistencia de un Sistema único de Información confiable, real y oportuno para el proceso de admisión de usuarios e interrelación con los servicios intermedios y toma de decisiones a nivel gerencial.</p>	<p>Fortalecimiento de la Gestión Hospitalaria Médico – Administrativa a través de la implementación de un Software que facilite los procesos y establezca calidad y unicidad de la información para la toma de decisiones.</p>	<p>Facilitar la gestión de los datos de usuarios y servicios intermedios de manera integral, de tal manera que permita una permanente actualización en línea, en síntesis lo que se pretende es la calidad y la unicidad de la Información.</p>	<p>Creación de la Unidad de Informática Médica con personal que cumpla los requisitos necesarios.</p> <p>Desarrollar un Sistema informático de Gestión Hospitalaria que cumpla con las normas establecidas por la Organización Panamericana de Salud y los indicadores del Ministerio de Salud y Deportes considerando las potencialidades y limitaciones del Hospital de Clínicas.</p> <p>Organizar seminario – taller, para socializar las bondades y limitaciones del Sistema Informático, con la participación de todos los funcionarios.</p> <p>Realizar la adquisición de equipamiento informático en base a requerimientos específicos.</p> <p>Instalación de los equipos, servidor y red interna en los ambientes correspondientes.</p> <p>Capacitación de los funcionarios dueños de los procesos involucrados en el funcionamiento del Sistema Informático.</p> <p>Prueba de validación para realizar los ajustes correspondientes.</p>
<p>Ausencia de recursos humanos exclusivos para la atención del usuario en procesos de apoyo que coadyuvan a la mejora de la calidad del servicio de Consulta externa.</p>	<p>El usuario debe conocer sus derechos y responsabilidades.</p> <p>Todo usuario tiene derecho a recibir información detallada respecto a los procedimientos a seguir en la Consulta externa.</p> <p>Todo cliente tiene derecho a recibir información detallada respecto a la interpretación de las prescripciones médicas y los cuidados generales.</p> <p>La información y orientación evita insatisfacción de los clientes,</p>	<p>Mejorar la insatisfacción de los usuarios en cuanto a la falta de información del estado de salud, derechos y procesos del establecimiento, por medio de un trato cortés y amable, con recursos humanos capacitados en la atención al cliente que acude a consulta externa.</p>	<p>Creación de la unidad de información en salud con personal exclusivamente en salud.</p> <p>Capacitar al personal involucrado en relaciones públicas y técnicas.</p> <p>Asignación de competencias específicas, a través de manuales de funciones.</p> <p>Realizar en coordinación con las instituciones formadoras de RRHH en salud: charlas educativas respecto a la prevención de las enfermedades.</p> <p>Desarrollar medios didácticos (impresos. Sonoros y audiovisuales) respecto a la prevención de enfermedades, oferta de servicios del Hospital de Clínicas así como los derechos y responsabilidades de los usuarios y del personal de salud.</p>

Falta de recursos humanos con capacidad técnica resolutoria para demanda en las diferentes especialidades.	El servicio de consulta externa debe contar con la cantidad suficientes de recursos humanos capacitados y exclusivos.	Mejorar la insatisfacción de los usuarios, por medio de un trato cortés y amable, con recursos humanos capacitados en la atención al cliente que acude a consulta externa.	Realizar la contratación de personal de salud competente. Motivar a los mejores funcionarios de la consulta externa que demuestran atención humanizada a los usuarios internos y externos, por medio de diplomas promoción de cargo que ocupa capacitación en el área. Capacitar a todo el personal involucrado en relaciones públicas y técnicas para mejorar la atención en Consulta externa
--	---	--	--

La organización de los servicios de consulta externa en las 37 especialidades del Hospital de Clínicas presenta deficiencias que se reflejan en los indicadores de estructura, proceso y resultado que se han verificado a través de la encuesta: tiempo de espera mayor a los 90 minutos para recibir el servicio, la desinformación sobre el funcionamiento de la institución y el estado de salud de los usuarios por parte del personal en salud, e incluso la percepción del trato y capacidad técnica de los médicos pueden mejorar en gran manera reorganizando los servicios de consulta externa.

2. Proceso de mejora de atención en salud a los clientes:

Necesidad	Política	Objeto	Acciones
Conformar un Comité de Calidad representados por el equipo de salud en la consulta externa, así como los representantes informales.	<p>Todo funcionario del servicio de consulta externa, deberá conocer los manuales de organización, normas, reglamentos, funciones y procedimientos para mejorar la atención a los usuarios.</p> <p>Deberán estar disponibles los manuales de atención al cliente.</p> <p>La elaboración y/o actualización de los manuales, deberán participar todos los funcionarios que trabajan en la consulta externa.</p> <p>Capacitar y actualizar a todo el personal involucrado en el proceso de atención del usuario.</p>	<p>Mejorar los procesos de atención a los clientes, por medio de la actualización de manuales, su difusión, aplicación y evaluación de procedimientos.</p> <p>Implementar políticas de mejoramiento continuo de la calidad.</p> <p>Implementar normas de diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Evaluar la calidad de atención en consulta externa.</p>	<p>Organizar seminario – taller, para realizar un diagnóstico situacional de la consulta externa, con la participación de todos los funcionarios.</p> <p>Contar con un cronograma de trabajo para actualizar y elaborar manuales de procedimientos de atención al cliente, en un periodo de 6 meses, de modo que deberán ser aprobados en consenso, validados por las autoridades respectivas, difundir a todo los funcionarios de la consulta externa y su correspondiente aplicación.</p> <p>Supervisar el cumplimiento de los manuales durante la atención a los usuarios de la consulta externa.</p> <p>Motivar a los mejores funcionarios de la consulta externa que demuestran atención humanizada a los usuarios internos y externos, por medio de diplomas promoción de cargo que ocupa capacitación en el área.</p> <p>Capacitar al personal involucrado en relaciones públicas y técnicas para mejorar la atención en Consulta externa.</p>

Inexistencia de un proceso de atención que satisfaga al usuario.	Disponibilidad de un proceso de atención en consulta externa.	Mejorar los procesos de atención en consulta externa.	Aplicar un mapa de procesos exclusivo para la atención en consulta externa. Socialización del proceso a todo el personal de salud involucrado.
Tiempo de espera mayor a 90 minutos en salas de espera	El tiempo de espera del cliente no debe ser mayor a 90 minutos en la sala de espera.	Disminuir el tiempo de espera.	Utilizar el Software de Colas (Módulo de Gestión de Citas-Fichaje) del Sistema Informático de Gestión Hospitalaria. Ampliar el horario de atención en consulta externa para las diferentes especialidades médico quirúrgicas que tienen mayor demanda. Supervisar periódicamente el cumplimiento del proceso de atención a los usuarios de la consulta externa.

El establecimiento de un proceso normado y objetivo que establece las características principales ha ser desarrollados en la atención en Consulta externa y se adapta a las necesidades de los usuarios que acuden al Hospital de Clínicas.

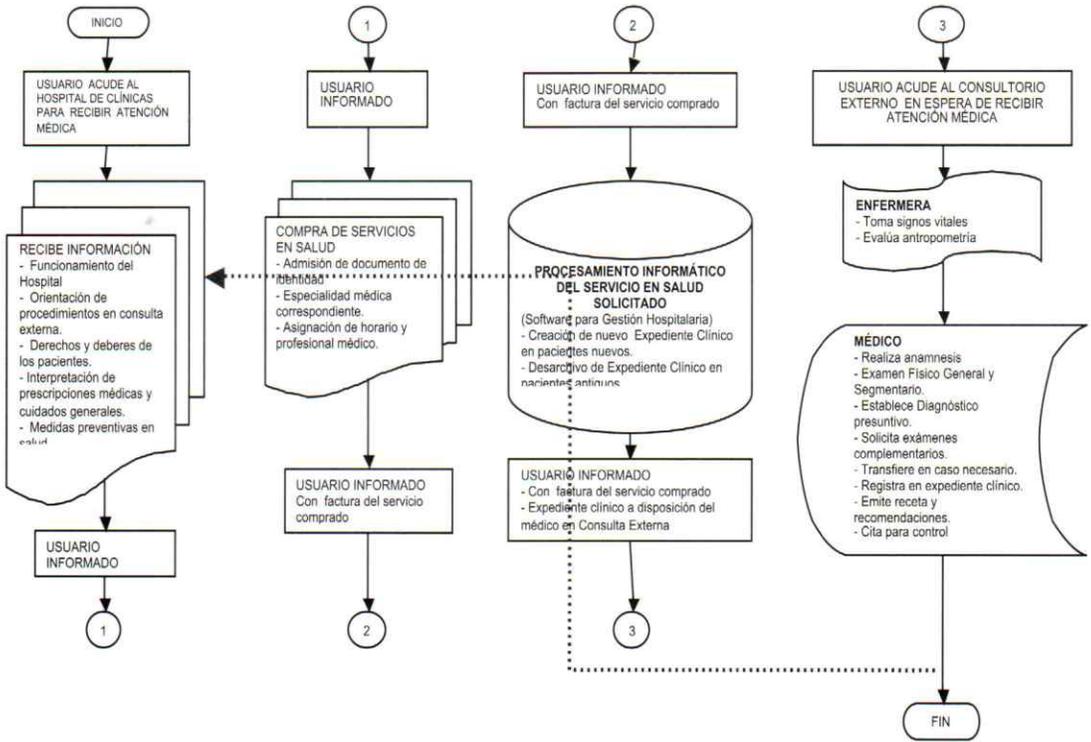
Mejora de la infraestructura y comodidad:

Necesidad	Política	Objeto	Acciones
Reorganizar y refaccionar los ambientes físicos de la consulta externa.	El área de consulta externa debe estar situada de modo que permita el fácil acceso a los usuarios.	Mejorar las necesidades de comodidad de los usuarios.	Coordinar con la administración la ubicación de ambientes para implementar las nuevas unidades (información en salud, informática médica). Mejorar la iluminación en las salas de espera. Dotar con muebles, equipos, material e insumos acordes con las necesidades, las áreas de recepción, espera y consultorios.

La reorganización y refacción de la infraestructura de aspectos evidenciados a través de la encuesta, para satisfacer necesidades de los usuarios.

Propuesta

Flujograma de atención al usuario en la consulta externa



SALUD Y GÉNERO





FORTALECIENDO A LAS MUJERES PARA EL EJERCICIO DE DERECHOS, PARTICIPACIÓN Y VIDA SALUDABLE EN SU COMUNIDAD

Empowering women to the exercise of rights, participation and healthy lifestyle in your community

Marca Rivera, Nelly¹

Instituto de Investigación en Enfermería y Ciencias de la Salud (IIEC), Universidad Pública de El Alto, Villa Esperanza km 15, Ciudad de El Alto, Bolivia

1 Profesora de Internado Rotatorio, Universidad Pública de El Alto, Bolivia, E-mail address: nellymarcarivera@yahoo.es

Abstract

This study reveals the obtained results of an educative intervention in sexual and reproductive health that was developed with some women organizations in the villages of Tarvita in Chuquisaca, Pampa Aullagas in Oruro and San Miguel de Velasco in Santa Cruz. This intervention answered to a specific rural Bolivian women's situation, where they certainly are the most excluded in the progress of the country. They have also the highest poverty and mortality levels in Bolivia, both associated to pregnancy complications and the abort. Every 2 minutes a woman is pregnated in Bolivia, and the 60% of these women had not planned it. Therefore, 5 women will practice an abort with themselves every hour. Facing this reality, we made studies about the sexual and reproductive health, focused on the genre, self respect, rights, violence, pregnancy and healthy birth, anticonceptive methods and sexual infections. The applied methodology was the action – participation, using focus group thecnics, interviews, old recovered knowledges about women's health. Consecuently, we created spaces for thought with the reality as a beginning, with the building of trubble trees in order to discover the main health problems and with the application of two tests to make out the level of knowledge that every woman has about her own health. The objective was that the Community Women's Organizations of Pampa Aullagas and Santuario de Quillacas in Oruro, Tarvita in Chuquisaca and San Miguel de Velasco in Santa Cruz develop abilities in the sexual health care, with an emphasis with children care, the defense of the rights and seeking for an increasing demand of the health services. The intervention's cost was covered by the Fondo Para la Igualdad de Género (FIG) of Canada.

Keywords: Sexual and reproductive health, self-esteem, pregnancy and childbirth healthy, contraception

Resumen

El presente estudio, refleja resultados obtenidos de la intervención educativa en salud sexual y reproductiva que se desarrolló con organizaciones de mujeres de base de los municipios de: Tarvita en el departamento de Sucre, Pampa Aullagas en Oruro y San Miguel de Velasco en Santa Cruz. Intervención que respondió a la situación de las mujeres en las poblaciones rurales de Bolivia, donde las mujeres, son ciertamente, las

más excluidas del desarrollo del país, y las que cuentan con los índices más altos de pobreza y mortalidad materna por causas asociadas a complicaciones del embarazo, parto, post parto y el aborto. Y en Bolivia cada 2 minutos 1 mujer queda embarazada, de las que tal vez el 60% no sean deseadas, por lo que cada 60 minutos 5 mujeres recurrirán al aborto. Frente a esta realidad, la temática que se abordó fue salud sexual y reproductiva, con enfoque de género, Autoestima, derechos, violencia, embarazo y parto saludables, anticoncepción, infecciones de transmisión sexual. La metodología aplicada fue la acción – participación, con técnicas de grupos focales, entrevistas dirigidas, la recuperación de conocimientos propios de la salud de la mujer, generando espacios de reflexión a partir de su realidad, priorización de problemas de salud en base a la construcción del árbol de problemas, aplicación de pre test y post test para determinar el nivel de conocimientos y percepciones de su propia salud. Con el objetivo de las Organizaciones Comunitarias de base de mujeres de los Municipios de Pampa Aullagas y Santuario de Quillacas en el departamento de Oruro, Tarvita en el departamento de Chuquisaca y San Miguel de Velasco del departamento de Santa Cruz, desarrollen capacidades para el cuidado de su salud sexual y reproductiva e infantil, la defensa y ejercicio de derechos e incrementen la demanda y uso de los servicios de salud. El costo de la intervención fue cubierta por el Fondo Para la Igualdad de Género (FIG) de Canadá.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva, autoestima, embarazo y parto saludables, anticoncepción.

1. Introducción

La situación de la mujer en Bolivia refleja realidades de pobreza que se traducen en datos como la inaccesibilidad a los servicios de salud por factores ligados al género, cultura, factores étnicos, educación y conocimientos.

La atención con calidad y calidez en salud, también es un factor que incide en la demanda de atención en salud sexual y reproductiva en las mujeres del área rural, contribuyendo en los problemas de exclusión social particularmente en grupos vulnerables, profundizando brechas sociales, económicas y culturales.

Las mujeres junto a sus organizaciones comunitarias de base, participaron de un proceso de empoderamiento basado en sesiones de intercambio de conocimientos propios, debate y reflexión sobre su problemática de salud de la mujer en

el área rural, para determinar y priorizar el problema de salud que más afecta a las mujeres de su municipio.

Priorizados los problemas de salud, vieron la necesidad de pensar en cómo resolver ese problema a partir de sus propios recursos y asumen el compromiso con responsabilidad de ejecutar un proyecto educativo en salud sexual y reproductiva con la participación de 3977 mujeres en total, distribuidas en los tres municipios.

La metodología educativa que se aplicó fue en cascada, de manera que la Coordinadora Técnica Capacitó a un equipo de 9 facilitadoras, las mismas capacitaron a 148 promotoras comunitarias y las promotoras capacitaron a 3173 mujeres en edad fértil.

Mujeres capacitadas y empoderadas empiezan a negociar con sus parejas sobre su salud sexual y reproductiva, mejorando así la calidad de relación de pareja, al

interior de cada familia, en la comunidad entre las mujeres se desarrolla el valor de la solidaridad vigilando entre ellas a la cabeza de las promotoras la salud de las mujeres, detectando embarazos, acompañando a las mujeres embarazadas a su control prenatal, promoviendo la atención del parto por un personal capacitado.

Por otro lado inician gestiones de negociación con sus servicios de salud local para mejorar la calidad de atención en salud desde la perspectiva de las mujeres, haciendo que los servicios de salud adecuen su atención a las necesidades de las mujeres de acuerdo a su contexto cultural, respondiendo oportunamente a sus demandas.

Problema que se presenta

Bolivia, es un país multiétnico, siendo tres etnias las más representativas: los aymaras, los quechuas y los guaraníes. Los aymaras habitan predominantemente en el occidente del país, los quechuas en los valles y los guaraníes en las tierras bajas y oriente del país. Los quechuas corresponden al 29,15% de la población seguidos de los aymaras (21,6%) y finalmente los guaraníes que representan el 1,5% de la población total. Las personas que hablan castellano residen principalmente en el área urbana, mientras que los que hablan un idioma originario se encuentran en el área rural en un 75%. La población menor de 5 años representan el 13% de la población y la población en edad reproductiva (15 a 49 años) alcanza a 48%.

Bolivia, de acuerdo al INE, para el año 2012 contará con 12.827.000 habitantes, de los cuales el 50,2% son mujeres y el 49,8% son hombres. Del total de la población, el 62,4% vive en el área urbana y el 37,4% vive en el área rural, generalmente en poblados dispersos. El mapa de Pobreza en base al Censo

2005, elaborado en la metodología de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), muestra que el 58,6% de la población se encuentra en situación de pobreza, y que en el área rural 9 de cada 10 personas están en condiciones de pobreza, cuyas condiciones son cada vez más inequitativas, las fuentes de ingreso son menores y sobre todo el acceso a servicios de salud es bajo, lo que se refleja en las altas tasas de mortalidad materna e infantil. En este contexto, las poblaciones indígenas, especialmente las mujeres, son ciertamente, las más excluidas del desarrollo del país, y las que cuentan con los índices más altos de pobreza.

La incidencia de exclusión en salud (falta de acceso total o parcial a servicios de salud) en Bolivia a nivel nacional alcanza a 77% según el documento de UDAPE y OPS. En Bolivia se entiende como la imposibilidad de un individuo de acceder a atención en salud de manera adecuada de uno o más de los tres subsistemas: seguridad social, servicios público, o servicios privado. A nivel rural supera el 94%. Las causas de la exclusión son multi-causales y pueden considerarse exógenos al sistema de salud o endógenas (responsabilidad del sistema de salud). La dimensión externa es responsable del 60% de la exclusión en salud, donde el analfabetismo de las mujeres es la variable de mayor importancia, la barrera económica financiera asociada al fenómeno de pobreza y la ruralidad asociada a barreras geográficas que impiden el fácil acceso de la población a los servicios tienen también un peso importante en la exclusión exógena. El origen étnico es un elemento que genera discriminación y exclusión y muchas veces se expresa en la demanda contenida por razones culturales.

En la dimensión interna, correspondiente a un 40%, se consideran la necesidad percibida de recibir atención en salud,

la demanda y la demanda asistida. Los aymaras son el grupo que tiene una mala percepción de su necesidad de salud. En esta dimensión se analizan indicadores relacionados a la cobertura de los servicios de salud, disponibilidad de infraestructura y recursos humanos y producción de los servicios, tales como parto institucional, cobertura de vacunación y cuarto control prenatal, etc. La capacidad de resolución de los servicios de salud es muy limitada y falta recursos humanos. Existe un elevado número de partos no institucionales que no son atendidos por personal capacitado y muchas veces ocurren en domicilio. La región occidental es la que menos parto institucional tiene con 32% de cobertura. Al cuarto control prenatal no acceden 213.995 embarazadas que representan el 65 % del total de embarazos para el año 2002. Existe una severa incidencia de exclusión en poblaciones que residen en el altiplano de La Paz y valles rurales. Los departamentos con mayor exclusión son Potosí, Oruro y Chuquisaca.

La mortalidad materna es la más crítica de la región con 602 muertes maternas por 100.00 nacidos vivos a nivel rural. Los municipios más vulnerables son los del norte y sur de La Paz y 90% de los municipios de Oruro, Potosí y algunos de Chuquisaca. La región oriental es la mejor con 315 en el área rural y 173 en el área urbana por cada 100.000 nacidos vivos. Las muertes maternas están asociadas a complicaciones del embarazo, el parto, post parto y el aborto, y las causas que las provocan son evitables. La tasa de mortalidad materna es un indicador indirecto del estado del desarrollo de una nación.

En Bolivia cada 2 minutos 1 mujer queda embarazada, datos nacionales sugieren que de las aproximadamente 285.000 gestaciones que ocurran cada año, tal vez el 60% no sean deseadas, por lo que cada 60 minutos 5 mujeres recurrirán al aborto. Habrá alrededor de 100.000

embarazadas y puérperas que sufrirán algún tipo de complicación de su salud, de las que 1.000 morirán. Estas muertes significan alrededor del 24% del total de defunciones de mujeres en edad reproductiva. En Bolivia el riesgo de muerte por causa obstétrica es de 1 en 45, este riesgo ocasionará orfandad materna a 2.800 niños y niñas menores de 10 años.

Bolivia posee una estructura de población joven, con importantes problemas de salud sexual y reproductiva derivados del limitado acceso a la información y a la educación. Paralelamente, persiste una profunda debilidad institucional en el manejo y abordaje de los problemas específicos de salud de adolescentes y jóvenes, así como en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Es destacable la temprana exposición a los embarazos e infecciones transmitidas por contacto sexual. La ENDSA calculaba que un 60% de mujeres entre 25 a 49 años de edad, había iniciado su vida sexual antes de los 20 años.

Según el ENDSA 2003, la tasa global de fecundidad descendió a 3.8 hijos por mujer; en el área rural el promedio de hijos por mujer es de 5.5. Pampa Aullagas el promedio de hijos en mujeres de 15 a 49 años es de 5.1 niños. En San Miguel de Velasco el promedio de hijos vivos es de 7 niños, en mujeres de 15 a 49 años. En Tarvita el promedio de hijos en mujeres de 15 a 49 años es de 7.9 niños.

El 65 por ciento de las mujeres encuestadas por la ENDSA no quieren tener mas hijos. Los menores niveles de uso de anticoncepción se encuentran en Potosí, Oruro y Chuquisaca, los métodos modernos son usados por las personas con educación secundaria o superior, llegando al 50%, en cambio el 66% de las personas sin educación no usa ningún método moderno ni tradicional.

Existe una estrecha relación entre los conocimientos de salud sexual y reproductiva y la mortalidad materna. Expertos en el tema han determinado que 4 demoras en el acceso a servicios de salud que experimentan las mujeres, principalmente debido a falta de conocimientos en salud reproductiva, pueden ser factores de riesgo para la mortalidad materna:

- Relacionada con la falta de conocimiento de la mujer sobre su salud y los factores de riesgo en el embarazo, falta de reconocimiento de la complicación y su gravedad lo que demora su atención oportuna
- Decisión tardía por parte de la mujer para acudir a un servicio de salud, basada en criterios tradicionales de acudir primero a alguien de la familia y/o comunidad, sumado a la percepción que tiene sobre el servicio de salud, e incapacidad de decidir sobre su salud.
- Inaccesibilidad a los servicios de salud y las situaciones que dificultan su acceso (distancia, disponibilidad de los servicios, costos, transporte), sumadas a la falta de una red social comunal que coadyuve a la comunicación entre servicios de salud y comunidad.
- Demora en la respuesta del servicio médico, relacionada a asistencia inoportuna en una emergencia, insuficientes conocimientos del personal de salud, carencia de equipos, medicamentos, otros insumos y también inadecuada infraestructura de salud.

Pese a que ha implementado el Seguro Básico de Salud (SBS) y el actual Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), la utilización de los servicios es baja y los servicios de salud que se ofrecen en las comunidades no satisfacen la demanda de las

mujeres, en términos de sus necesidades culturales y sociales.

Por otra parte, la situación de pobreza y de marginalidad de las mujeres se asocia a su falta de capacitación y empoderamiento que constituyen una barrera para manifestar sus problemas y expectativas con respecto a los servicios de salud, por lo que es necesario superar las barreras que se han generado a lo largo de una historia de discriminación, para lo cual se propone incorporar a las mujeres como actoras de su propio desarrollo y salud con una perspectiva de género e interculturalidad.

Es en este sentido que se parte de la premisa de que el empoderamiento y construcción de capacidades en las mujeres se constituye en un instrumento fundamental para lograr la disminución de la mortalidad materna principalmente, pero también en la mejora del estado de salud de la comunidad, en general.

Si bien la mortalidad materna esta también claramente relacionada con la capacidad de respuesta y calidad de los servicios de salud, las mujeres no acuden a él por la poca capacidad del personal de salud de adecuarse a la demanda en forma integral, el bajo reconocimiento de los derechos de las usuarias, escaso manejo del enfoque de equidad de género y de interculturalidad. Por esto se hace necesario crear puentes entre los servicios de salud y la comunidad

Objetivo

Fortalecer en las mujeres su capacidad de actuar organizadamente en forma individual y colectiva, creando condiciones de relaciones con equidad con los servicios de salud, con quienes realizaran alianzas estratégicas para mejorar la calidad de salud de la mujer, familia y comunidad.

2. Metodología

Participantes:

Municipios de: Pampa Aullagas en Oruro.

Tarvita en Sucre.

San Miguel de Velasco en Santa Cruz.

Organizaciones Comunitarias de mujeres.

Mujeres en edad fértil de 15 a 50 años.

Instituciones: APROSAR en Oruro

PROAGRO en Sucre

CEPAC en Santa Cruz.

Métodos:

La estrategia de intervención busca fortalecer las capacidades de las mujeres organizadas para defender y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y mejorar el acceso a los servicios de salud.

1ro. Se seleccionó los municipios a ser intervenidos con los criterios de altos niveles de pobreza, alta tasa global de fecundidad, alta tasa de analfabetismo en las mujeres, presencia de organizaciones de mujeres con historia de vida organizacional, existencia de servicios de salud.

2do. Selección de organizaciones de mujeres, a través de la técnica de sociodramas, preparadas por las mujeres con la temática de la salud de la mujer, cuyas ganadoras asumirán liderazgo en el proceso de empoderamiento de las mujeres de la comunidad.

3ro. Realización de autodiagnóstico participativo, (investigación participativa) con el objetivo de recuperar conocimientos y percepciones sobre su salud sexual y reproductiva, violencia, género, derechos.

Para identificar y priorizar problemas de salud que más afecta a las mujeres de la comunidad y municipio.

4to. Sesiones educativas, en temas de género, violencia, autoestima, embarazo y parto saludables, infecciones de transmisión sexual, anticoncepción.



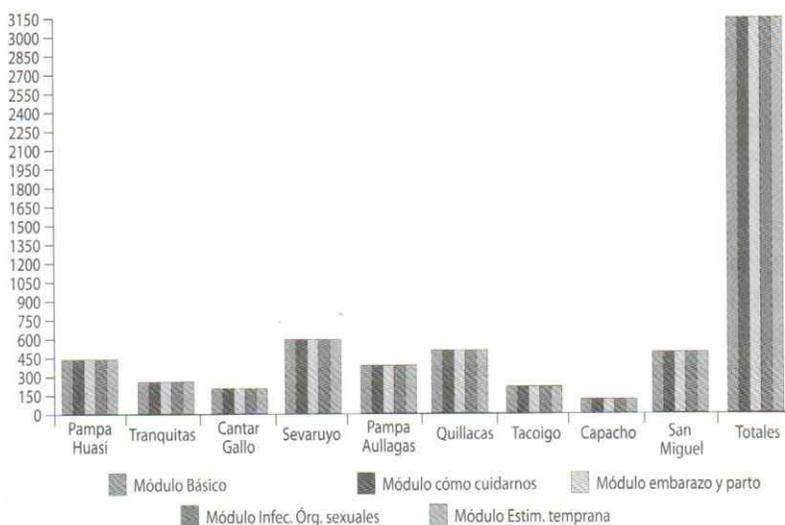
5to. Evaluación participativa, al finalizar la intervención, las mujeres involucradas en el proceso, en conjunto evalúan los resultados y son parte de la evaluación las mujeres, la directiva de la organización, autoridades municipales y de salud. El objetivo es ver las fortalezas de la organización para asumir nuevos compromisos con la defensa y ejercicio de los derechos a la salud de las mujeres.



3. Resultados

- El concurso de sociodramas es la técnica a través del cual las Organizaciones comunitarias de Base son seleccionadas y a partir de este momento las mujeres ingresan en un proceso de empoderamiento, porque empiezan a tomar la decisión de participar en el concurso, eligen y deciden el tema de salud sexual y reproductiva que presentarán en el concurso.
- Organizaciones sociales de mujeres preparadas para identificar necesidades de salud de sus comunidades y negociar con el DILOS.
- Mujeres fortalecidas en sus capacidades para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y cuidar su salud.
- Mujeres toman decisiones y generan demanda de atención en salud a su servicio local de salud.
- Promotoras de Salud Sexual y Reproductiva preparadas para realizar vigilancia comunitaria en salud e informan a los servicios locales de salud.
- Organizaciones de mujeres establecieron alianzas con las autoridades locales de los municipios.
- Promotoras comunitarias en salud sexual y reproductiva con enfoque de género e interculturalidad, fortalecidas en la defensa y ejercicio del derecho a la salud.
- Núcleos Responsables capacitadas en gestión y manejo de proyectos comunitarios.
- Mujeres de las comunidades capacitadas por las promotoras en temas de salud sexual y reproductiva con enfoque de género e interculturalidad.
- Promotoras y presidentas de las organizaciones capacitadas en negociación con sus servicios de salud y lograr convenios o acuerdos con miras a mejorar la demanda de atención en salud.
- 3171 mujeres capacitadas en el módulo básico que comprende los temas de derechos, género, autoestima, violencia y conociendo el cuerpo de la mujer y el hombre.

Nº de Mujeres capacitadas por OCB y módulos 2007 - 2008



En los talleres del autodiagnóstico participaron a la fecha 172 mujeres en edad

fértil (cuadro 1), Todas socias de las OCBMs contrapartes de las ONGs.

Cuadro 1. Número de mujeres que participaron de los autodiagnósticos según municipio y comunidad

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	COMUNIDAD	Nº DE MUJERES	
Santa Cruz	San Miguel Tacoigo Capacho	San Miguel	14	
			17	
			15	
Chuquisaca	Tarvita Cantar Gallo Pampa Huasi	Tranquita	21	
			20	
			15	
Oruro Santuario de Quillacas	Pampa Aullagas Pampa Aullagas	Sevaruyo	25	
			28	
	S. De Quillacas	17		
TOTAL	3	4	9	172

Durante el autodiagnóstico en Oruro las mujeres expresan sus saberes con respecto a su salud sexual y reproductiva en castellano, su lengua materna es el aymara, su nivel de escolaridad corresponde a primaria, el promedio de hijos por mujer es de 5 hijos por mujer. En la medida en que se fue desarrollando los talleres en tres diferentes días, las mujeres mostraban mayor confianza entre ellas y las facilitadoras para hablar con amplitud de sus problemas de salud sexual y reproductiva. En el primer taller estuvieron tres hombres autoridades de la comunidad y las mujeres expresaron de que: *“es muy difícil para nosotras responder a la pregunta de cómo es una mujer feliz, porque los hombres nos escucharán y hablarán en la comunidad a nuestros maridos y ya no nos dejarán asistir a los talleres”*. Los hombres comprendieron y abandonaron el salón dejando que las mujeres trabajen solas. Al concluir el taller de los tres días, las mujeres expresaron alegría y tristeza. Alegría porque tendrán la oportunidad de capacitarse con el apoyo de APROSAR – ACIDI, pero que a la vez sienten tristeza porque ven que los talleres de capacitación se desa-

rollaran en momentos de intenso trabajo agrícola y que ellas no podrán asistir en esos momentos.

- En Chuquisaca, la característica principal de las mujeres es que no leen ni escriben, no tienen acceso de carretera, sus caminos son de herradura, no tienen luz eléctrica, no entra líneas telefónicas, están a una hora de camino a pie al puesto de salud, cuentan con una escuela multigrado. Con mucha dificultad al principio de los talleres se animaban a decir su nombre en voz alta. El idioma con el que se comunican es exclusivamente el quechua; por lo que todo el autodiagnóstico se desarrolló en quechua. En las diferentes dinámicas del autodiagnóstico utilizaron el dibujo y a través del dibujo expresaban exactamente lo que se requería saber de ellas sus percepciones sobre su salud sexual y reproductiva. No salen de su comunidad hacia las ciudades, lo más alejado al que alguna de las mujeres llega, es la feria local que se desarrolla semanalmente a 2 horas de caminata en Chunca Cancha. Las mujeres muestran su dependencia

hacia los hombres a partir de que son ellos quienes saben leer y escribir y los hombres ejercen control de esta manera sobre cada una de las actividades que las mujeres desarrollan. Al finalizar los talleres de autodiagnóstico el tercer día mostraron mayor confianza y expresaron su alegría de tener la posibilidad de capacitarse en temas de salud sexual y reproductiva con el apoyo de instituciones como PROAGRO – ACDI.

- En Santa Cruz, las mujeres por las características propias del lugar como el clima se mostraron más comunicativas. Los talleres se desarrollaron en castellano, ninguna habla el Chiquitano e indicaron que sus abuelos lo hablaban y ellas ya olvidaron hablar el Chiquitano. La curiosidad de los varones también es una característica que está ahí presente, sin embargo
- En los autodiagnósticos las mujeres identificaron y priorizaron los siguientes problemas de salud sexual y reproductiva: Retención Placentaria en 3 OCBMs, Embarazo Adolescente en 2 OCBMs y Hemorragia en el Embarazo 1 OCBM. (Cuadro 2); con los criterios de *frecuencia y gravedad*.

comprendieron la importancia de estos talleres para las mujeres y no volvieron más. Las mujeres expresaron que *“ser valientas y portarse bien con el marido es continuar trabajando en el Chaco durante el embarazo”, ellas serían felices con 6,8,9 hijos*”. Cuando se les pide cómo solucionan sus problemas de salud sexual y reproductiva hacen referencia al *promotor de salud, al partero, al auxiliar de enfermería y a los centros de salud*”.

Cuadro 2. Problemas de Salud Sexual y Reproductiva priorizados en los autodiagnósticos por municipio y OCBM

Problemas priorizados	San Miguel de Velasco	Tarvita	Pampa Aullagas	Total
Retención placentaria		Tranquitas Cantar Gallo	Sevaruyo	3
Embarazo Adolescente	Tacoigo Capacho		Pampa Aullagas	3
Hemorragia en el embarazo			Quillacas	1
TOTAL	2	2	3	7

4. Referencias bibliográficas

Censo Nacional de Población y vivienda (CNPV) 2001. Bolivia
 CNPV 2001. Bolivia: Mapa de Pobreza 2001. Necesidades Básicas Insatisfechas
 UDAPE.2004 Exclusión en Salud. Ministerio de Salud y Deportes
 Programa de Salud Sexual y Reproductiva, 2004 – 2008 . La Paz , Bolivia.
 ENDSA, Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2003. La Paz , Bolivia

Bases para el Plan estratégico de salud. 2006 – 2010, Ministerio de Salud y Deportes . 2006
 Ministerio de Salud y Deportes.
 Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004 – 2008, La Paz, Bolivia
 Ministerio de Salud y Deportes.
 Programa Nacional de prevención y control de ITS/VIH SIDA
 Bases para la planificación estratégica. 2000 – 2004, La Paz, Bolivia
 Source: Ransom, E.I. and N.V. Yinger (2002). MEASURE Communications, Population Reference Bureau. Washington, DC.

ATENCIÓN EN SALUD



PREVALENCIA DE ENTERO PARASITOSIS Y VALORACIÓN DEL RIESGO EN SALUD EN NIÑOS EN EDAD ESCOLAR EN LA COMUNIDAD DE CAMPO GRANDE EN EL MUNICIPIO DE BERMEJO - TARIJA, ABRIL - MAYO 2009

Prevalence of parasites and full risk assessment in health school age children in Campo Grande community in the municipality of Bermejo - Tarija, Abril - May 2009

Huayta, M.¹; Calderón, S.²; Lara D.³; Sangalli S.⁴; Andrade, R.⁵

1. Docente Farmacología – Docente Investigador - Carrera Medicina
2. Director de Carrera Medicina – Docente Carrera de Medicina
3. Directora C.S. Campo Grande
4. Univ. de quinto año de la Carrera de Medicina – Estudiante Investigador
5. Univ. de cuarto año de la Carrera de Medicina – Estudiante Investigador

Abstract

Parasitism in our country has a high prevalence and is a public health problem and that within the five leading causes of death are infectious intestinal diseases. Took to dig a cross sectional study in schoolchildren and their families with permanent residence in the community of Campo Grande in rural areas of Bermejo in the Department of Tarija. We worked with 72 school children between 6 and 11 years who underwent an intestinal parasitic Serial - Direct examination and evaluated the Social Determinants resulted in the health risk of each of the children. The prevalence of parasitism was 80.56% (n = 58) of children with parasites. It was observed that 55.56% (of presenting a single enteroparasites, 16.67% showed association of two parasites and 8.33% had three. In relation to the present prevalence 54.2% *Giardia lamblia*, 44, *Entamoeba histolytica* 4%, 27.8% *Himenolepis nana*, 5.6% with *Enterobius vermicularis*, 2.8% with *Ascaris lumbricoides*, 2.8% with hookworms, and 19.44% without parasites. The HEALTH RISK showed that 91.89% of families are in a Medium Risk 5.4% of families were located at low risk and 2.1% at high risk. Evidenced the presence poliparasitism in school children of the community of Campo Grande to predominance of protozoaries and the curious presence of relative importance of *Himenolepis nana*. There is no relationship between the prevalence of parasitic infections and the health risk assessment (Determinants of Health) that provides the Family Folder. If there is a relationship between living conditions and sanitation in the presence of certain types of parasites.

Keywords: Health Risk, Social Determinants, intestinal parasitic

Resumen

En nuestro país el parasitismo tiene alta prevalencia y constituye un problema de salud pública ya que dentro de las cinco principales causas de muerte se encuentran las enfermedades infecciosas intestinales. Se llevo a cavo un estudio descriptivo de corte transversal en los niños en edad escolar y sus familias con residencia estable en la comunidad de Campo Grande del área rural de Bermejo en el Departamento de Tarija. Se trabajo con un total de 72 niños en edad escolar entre los 6 y 11 años a los cuales se les realizo un coproparasitológico Seriado - Examen directo y se evaluó los Determi-

nantes Sociales traducido en el Riesgo en salud de cada uno de los niños. La prevalencia de parasitosis fue del 80,56% de niños con parasitosis. Se observó que el 55,56% (de presentaba un solo enteroparásito, el 16,67% mostró asociación de dos parásitos y el 8,33% presentaron tres. En relación a la prevalencia el 54,2% presentó *Giardia lamblia*, 44,4% *Entamoeba Hystolitica*, el 27,8% *Himenolepis nana*, el 5,6% con *Enterobius vermicularis*, el 2,8% con *Ascaris lumbricoides*, el 2,8% con *Uncinarias*, y el 19,44% sin formas parasitarias. El RIESGO EN SALUD mostró que el 91,89 % de las familias se encuentran en un Riesgo Medio el 5,4% de las familias se ubicaron en el riesgo bajo y el 2.1% en riesgo alto. Se evidencio la presencia poliparasitismo en los niños en edad escolar de la comunidad de Campo Grande a predominio de protozoarios y la curiosa presencia de relativa importancia de la *Himenolipis nana*. No existe relación entre la prevalencia de parasitosis y la valoración del RIESGO EN SALUD (Determinantes de la Salud) que proporciona la Carpeta Familiar. Si existe relación entre las condiciones de vida y saneamiento básico con la presencia de cierto tipo de parasitosis.

Palabras clave: Riesgo en Salud, Determinantes Sociales, Enteroparasitosis

1. Introducción

Es importante mencionar que las parasitosis son un problema real en salud pública en nuestro medio y esta claro que el área rural es la mas afectada por las condiciones de vida que imperan en la misma constituyendo un problema de salud médico – social que no sólo afectan en gran manera a los países del tercer mundo sino también a los desarrollados.

En Bolivia, existen aproximadamente 17 especies de parásitos como productores potenciales de infección intestinal humana, dentro de estas especies existen 5 protozoarios y 12 helmintos.

La diseminación de las parasitosis esta relacionadas las condiciones socioeconómicas que imperan en nuestro tiempo, la falta de medidas sanitarias, el nivel de pobreza, el abandono en que se encuentran grandes masas de la población y medidas higiénico-sanitarias adecuadas, los que han visto aparecer el parasitismo en forma creciente en su población.

El parasitismo intestinal es determinado por el acceso de las poblaciones a recursos materiales (posesión de bienes,

calidad de la vivienda), recursos humanos (educación) y de saneamiento (tipo de sanitario, fuente de consumo de agua), así como por las prácticas de cuidado materno (alimentación, prevención e higiene). El parasitismo puede considerarse como un mecanismo intermedio entre estos factores generales y el estado nutricional.

La OPS/OMS calcula que 20-30% de todos los latinoamericanos están infectados por helmintos intestinales (parásitos intestinales), mientras que las cifras en los barrios pobres alcanzan con frecuencia el 50% y hasta el 95% en algunas grupos indígenas(3).

A pesar de los intentos por mejora la salud pública y las profundas trasformaciones socio-económicas y culturales logradas en el país además de una serie de estrategias dirigidas a mejorar la salud infantil tomadas, para solucionar esta problemática; aún persisten condiciones ecológicas que mantienen una prevalencia de un 12 a 15 % de parasitismo intestinal en nuestro país. Lo cual favorece una gran repercusión en el proceso Salud-enfermedad en el hombre.

Estas enfermedades son más frecuentes durante la infancia por haber más oportunidades de contacto con dichos parásitos y por ser menor el nivel inmunológico lo que propicia la tolerancia a éstos agentes biológicos. En la medida que se va desarrollando el sistema inmunológico esto cambia, y el cuerpo tiende a acostumbrarse más al invasor; por ello es que la afección puede desencadenar síntomas más evidentes y serios en el transcurso de los primeros 5 años de vida.

En nuestro país el parasitismo tiene alta prevalencia y constituye un problema de salud pública ya que dentro de las cinco principales causas de muerte se encuentran las enfermedades infecciosas intestinales. Se menciona que uno de cada tres bolivianos porta uno o más parásitos en el intestino. La distribución de las parasitosis se presenta según las regiones geográficas del país. Asimismo, dentro de esas regiones, existen diferencias de la infestación entre la población rural y urbana.

Por otro lado tenemos el Riesgo en Salud que en relación que engloba factores relacionadas con la calidad de vida de la familia que nos permiten evaluar un puntaje en función a la misma lo cual identifica potenciales factores de riesgo en salud como parte de nuestra vida.

Dentro de estos factores tenemos; el analfabetismo, hacinamiento, carencia de agua potable intra-domiciliaria y ausencia o deficiencia de sistemas de eliminación de excretas e inadecuada manipulación de alimentos.

Recordando que Bolivia es el tercer país más pobre de América Latina después de Honduras y Nicaragua; al menos seis de cada diez bolivianos viven con ingresos por debajo de la línea de pobreza (dos dólares estadounidenses, US\$). Bolivia presenta elevados índices de desigualdad: el ingreso medio del 10% más rico de la población es 45 veces mayor que el del

10% más pobre (4). De la población del país, 64,4% vive en situación de pobreza moderada y 41,5% en situación de pobreza extrema (55% de la población rural y 22,3% de la urbana)(5).

Es notorio que las enfermedades parasitarias son entidades que con expresa las bajas condiciones de vida de nuestra población, como parte de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el niño en edad escolar. La consideración de y el enfoque adecuado de los factores tomados en cuenta en lo que llamamos riesgo en salud resulta esencial en el abordaje integral en salud, siendo así que las condiciones de saneamiento básico estarían estrechamente vinculados a la prevalencia en parasitosis.

2. Materiales y métodos

La comunidad de a Campo Grande se ubica en Cantón Porcelana al sur en el Municipio de Bermejo que constituye la capital de la segunda sección de la provincia Arce, ubicado al extremo sur del departamento de Tarija, rodeado en su parte sur-este y sur-oeste por el río Bermejo y Grande de Tarija. El lugar se caracteriza por población eminentemente dedica a la siembra y cosecha de caña de azúcar.

Geográficamente se encuentra ubicada entre los paralelos 22°35'24" 22°52'09" de latitud sur y 64°26'30" 64°14'16" de longitud oeste y una altitud media de 400 msnm.

La comunidad de Campo Grande se encuentra entre los dos Ríos Bermejo y Tarija al sur limita con la Comunidad de Naranjitos y al norte con la comunidad de Porcelana. Los límites del Municipio de Bermejo son los siguientes: al norte, con la serranía de San Telmo y la comunidad Colonia Ismael Montes (San Telmo Río Tarija), al sur con el río Bermejo y la

República Argentina, al este con el río Grande de Tarija y la República de Argentina y al oeste con la comunidad de San Telmo Río Bermejo y la República Argentina. Abarca una extensión territorial de 140 km². La extensión del municipio de Bermejo es de aproximadamente de 380.90 km² la que se divide en área urbana y rural.

Se llevo a cavo un estudio descriptivo de corte transversal en los niños en edad escolar y sus familias con residencia estable en la comunidad de Campo Grande del área rural de Bermejo en el Departamento de Tarija.

El tamaño de muestra se calculo en función al total de niños en edad escolar tomando en cuenta que estos niños pertenecen a 44 familias con residencia estable en la misma. Con un total de 95 niños en edad escolar, se trabajo con un total de 72 niños los que pertenecían a 37 familias. La población universo de este estudio fueron los niños en edad escolar entre los 6 y 11 años residentes de la comunidad de Campo Grande - Bermejo. El error de muestreo fue estimado en un 5% con un intervalo de confianza de 95%, una precisión de un 3% y un cálculo de pérdidas de un 10%.

Criterios de inclusión

Se seleccionó para integrar la muestra de estudio, aquellos niños que tuvieran las siguientes características:

- Tener la edad comprendida entre 6 a 11 años(edad escolar).
- Que las madres accedan a que sus niños participen en el estudio y la realización del Coproparasitológico Simple.

- Que los niños residan en la comunidad de Campo Grande.

Criterios de exclusión:

- Fueron excluidos aquellos cuyas madres rehusaron a la entrevista
- Aquellos niños que no residan en la comunidad de Campo Grande.

Las niños que accedieron al estudio fueron visitados para aplicar la encuesta. Este instrumento fue elaborado y diseñado en función a la EVALUACIÓN DE LOS DETERMINANTES RIESGO DE LA SALUD extractado de la **CARPETA FAMILIAR** implementada por el Ministerio de Salud y Deportes y el SEDES.

El puntaje de RIESGO EN SALUD clasifica a las familias en tres tipos de riesgo: RIESGO ALTO, BAJO Y MEDIO tomando en cuenta aspectos tales como; Material de construcción de la vivienda, Abastecimiento de agua, Grado de instrucción del jefe de familia, Tipo de techo de la vivienda, eliminación de la excretas, numero de miembros de la familia, Tenencia, Eliminación de Basura, Número de Personas por Habitación, Tenencia de Animales, Energía para Cocinar, Seguridad Comunitaria y el Entorno Ambiental. Este instrumento también evalúa y clasifica el resultado de coproparasitológico seriado, datos demográficos que contemplan la edad, sexo, residencia, procedencia.

Cada uno de estos aspectos evaluados otorga un puntaje entre el 1 al 5 dependiendo lo que se pueda encontrar y observar en la vivienda de la familia en estudio. Con todo esto se pretende evaluar los determinantes de la salud traducidos en un puntaje denominado RIESGO EN SALUD.

Cuadro 1. Evaluación de determinantes de salud

A. MATERIAL DE CONSTRUCCIÓN DE LA VIVIENDA		B. TIPO DE TECHO DE LA VIVIENDA		C. TENENCIA		D. TENENCIA DE ANIMALES	
1. De ladrillo con reboque		1. Techo calamina o teja con cielo raso		1. Propia		1. Sin animales en la vivienda	
2. De adobe con reboque		2. Techo calamina		2. Anticretico		2. Corral lejos de la vivienda	
3. De adobe/ladrillo sin reboque		3. Techo teja		3. Alquiler		4. Corral cerca de la vivienda	
4. De barro		4. Techo de paja / palma		4. Cuidador remunerado		3. Animales domesticos dentro de la vivienda	
5. De otros materiales		5. Techo de otros materiales		5. Cuidador no remunerado		5. Animales de granja dentro de la vivienda	
E. ABASTECIMIENTO DE AGUA		F. ELIMINACIÓN DE EXCRETAS		G. ELIMINACIÓN DE BASURA		H. ENERGIA PARA COCINAR	
1. Agua por cañería		1. Servicio higiénico en domicilio		1. Recojo domiciliario		1. Energia eléctrica	
2. Pileta Pública		2. Servicio higiénico público		2. Pozo ciego		2. Gas en red	
3. Pozo/Noria/Vertiente/Cisterna		3. Letrina		3. Via Publical/Campo abierto		3. Gas en garrafa	
4. Agua de acequia/rió		4. Pozo ciego		4. Río		4. Kerosene	
5. Agua de charcos/atajados		5. Aire libre		5. Patio		5. Leña	
I. GRADO DE INSTRUCCIÓN DEL JEFE DE FAMILIA		J. NUMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA		K. NUMERO DE PERSONAS POR CUARTO		L. SEGURIDAD COMUNITARIA	
1. Profesional Universitario		1. De 1 a 3 miembros		1. Una a dos personas		1. Posta policial	
2. Técnico		2. De 4 a 5 miembros		2. Tres personas		2. Seguridad privada, comunitaria, serenazgo	
3. Secundaria		3. De 6 a 7 miembros		3. Cuatro personas		3. Alumbrado publico	
4. Primaria		4. De 8 a 9 miembros		4. Cinco personas		4. Sin alumbrado publico	
5. Sin instrucción		5. De 10 o más miembros		5. Seis y más personas		5. Sin alumbrado publico ni vigilancia policial	
LL. ENTORNO MEDIO AMBIENTAL							
1. Contaminación ambiental mínima: tóxicos, CEM (Cuerpos electromagnéticos)							
2. Exposición a contaminación lejana							
3. Exposición a contaminación próxima							
4. Exposición a contaminación discontinua pero directa							
5. Exposición a contaminación continua y directa							

PUNTAJE DE RIESGO DE SALUD

RIESGO	RANGO	PUNTAJE
Riesgo alto	Entre 52 a 65 puntos	
Riesgo mediano	Entre 27 a 51 puntos	
Riesgo bajo	Entre 13 a 26 puntos	

Fuente : Carpeta Familiar - Ministerio de Salud y Deportes

El cuestionario diseñado contempla tres áreas una que se enfoca al los datos demográficos, otra que toma en cuenta el resultado del coproparasitologico seriado y otra que toma en cuenta el Riesgo en Salud. Durante fase de recolección de la información se procedió a realizar prueba piloto del instrumento de recolección de la información para mejorar la validez interna del estudio. Se realizó la coordinación respectiva con las autoridades y con el establecimiento de salud

C.S. Campo Grande par la realización del estudio al inicio se explicó a los participantes los objetivos del estudio; en el caso de los niños se les comunicó a los padres o tutores, de quienes se obtuvo el consentimiento informado verbal. No se realizó entrevista epidemiológica.

A cada padre o tutor se le entregó un frasco de plástico (50 cc) rotulado con su nombre, apellido y un número de identificación; se tomó una muestra de heces por

persona. Las muestras fueron recogidas el mismo día y se las conservó en formol al 10%, posteriormente fueron trasladadas al Laboratorio de Parasitología del Hospital Universitario de Segundo Nivel Virgen de Chaguaya, donde fueron procesadas mediante exámen coproparasitológico seriado - examen directo.

Dentro de las técnicas de procesamiento de información tenemos un análisis estadístico simple, en relación a pruebas de frecuencia simple y proporción las mismas que fueron contrastadas con pruebas de significancia estadística. Para el procesamiento de datos se usó el programa "R" versión para Windows y el paquete Excel Microsoft los cuales permitieron un mejor manejo de la información.

3. Resultados

La población total de niños en edad escolar era de 95 niños habiéndose efectuado el estudio en 72 de los mismos. La prevalencia de parasitosis fue del 80,56% (n=58) mostrando niños con uno o más parásitos entre helmintos y protozoarios.

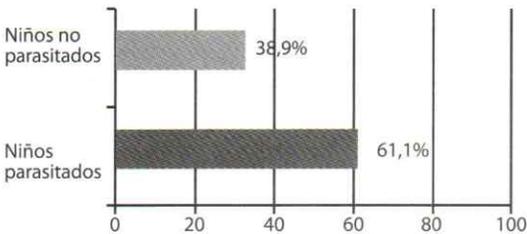


Gráfico 1. Prevalencia de parasitosis. Niños en edad escolar comunidad de Campo Grande, enero - febrero 2009

Fuente: Coproparasitológico -Cuestionario Diseñado - Parasitosis / Riesgo en Salud
Elaboración: Propia

En relación a la presencia o no de otras parasitosis, se observó que solo el 55,56% (n=40) de los niños presentaba un solo enteroparásito, mientras que el

16,67% (n=12) mostraron sociación y el 8,33%(n=6) presentaron tres tipos de especies parasitarias.

Cuadro 1. Prevalencia de parasitosis. Niños en edad escolar comunidad de Campo Grande, enero - febrero 2009

Número de parásitos	Casos(n)	Prevalencia
Mono parasitosis	40	55,56%
Biparasitosis	12	16,67%
Triparasitosis	6	8,33%
Sin parasitosis	14	19,44%

Fuente: Coproparasitológico -Cuestionario Diseñado - Parasitosis / Riesgo en Salud
Elaboración: Propia

En relación al sexo el 41,7% (n=30) correspondían al género masculino, mientras que el 58,3% (n=42) al género femenino. La edad promedio obtenida fue de 8 SD+/- 4,24 años, (cuadro 1, gráfico 2)

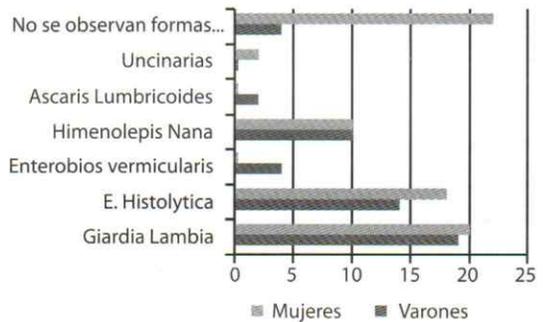


Gráfico 2. Frecuencia de formas parasitarias por sexo. Niños en edad escolar comunidad de Campo Grande, enero - febrero 2010

Fuente: Coproparasitológico -Cuestionario Diseñado - Parasitosis / Riesgo en Salud
Elaboración: Propia

En relación a la prevalencia por distribución de parasitosis encontradas se pudo evidenciar la presencia de 54,2% (n=39) de niños con *Giardia lamblia*, 44,4% (n=32) de niños con *Entamoeba Hystolitica* siendo evidente una alta prevalencia de protozoarios en relación a las helmintiasis que muestran un 27,8% (n=20) de niños con *Himenolepis nana*, el 5,6% (n=4) con *Enterobius vermicularis*, 2,8%

(n=2) con *Ascaris lumbricoides*, 2,8% (n=2) con *Uncinarias*, y finalmente el 19,44% (n=14) de los niños no presentaron formas parasitarias.

Cuadro 2. Prevalencia de formas parasitarias. Niños en edad escolar comunidad de Campo Grande, enero – febrero 2009

Formas Parasitarias	Casos	Prevalencia
<i>Giardia Lambia</i>	39	54,2
<i>E. Histolytica</i>	32	44,4
<i>Enterobios Vermicularis</i>	4	5,6
<i>Himenoalepis Nana</i>	20	27,8
<i>Ascaris Lumbricoides</i>	2	2,8
<i>Uncinarias</i>	2	2,8
No se observan formas Parasitarias	14	19,44

Fuente: Coproparasitológico -Cuestionario Diseñado - Parasitosis / Riesgo en Salud
Elaboración: Propia

En relación a la valoración del RIESGO EN SALUD tenemos que el 91,89 % de las familias de los niños sometidos al estudio se encuentran en un Riesgo Medio con puntajes ubicados entre los 27 a 51 puntos, 5,4% de las familias se ubicaron en el riesgo bajo y el 2,1% presento riesgo alto sin olvidar que este valor fue obtenido de los siguientes parámetros especificados en la CARPETA FAMILIAR.

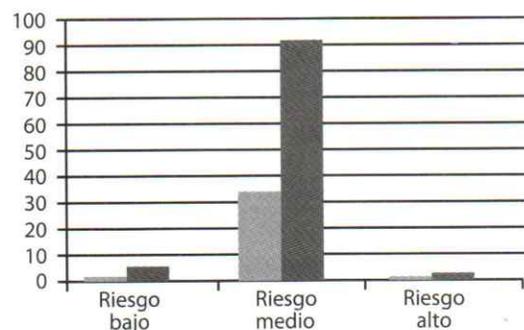


Gráfico 3. Valoración del riesgo en salud niños en edad escolar comunidad de Campo Grande, Bermejo Tarija, enero - febrero 2010

Fuente: Cuestionario Diseñado - PARASITOSIS / RIESGO EN SALUD
Elaboración: Propia

En relación al material de construcción de la vivienda el 62,5% (n = 45) y el 37,5% (n=27). En relación al tipo de techo de la vivienda tenemos a un 91,67% (n=66) de las viviendas de los niños que tienen techo de calamina y un 8,33% (n=6) que tiene techo de calamina y teja. En relación a la propiedad/ tenencia de las familias de los niños en estudio un 45,83% (n=33) tienen tenencia propia, un 4,4% (n=32) como cuidadores no remunerados y un 9,7% (n=7) la tienen en alquiler.

Con respecto a la tenencia de animales en las familias de los niños en estudio se puede observar que un 8,3% (n=6) no tiene animales dentro de la vivienda, pero un 66,67% (n=48) tienen animales domésticos dentro de la vivienda y un 25% (n=18) tiene animales de granja dentro de la vivienda.

En lo correspondiente al abastecimiento de agua tenemos que un 73,6% (n=53) tiene agua por cañería y un 26,4% (n=19) tiene acceso a un pileta pública.

Para la eliminación de excretas un 56,94% (n=41) corresponden a un pozo ciego, el 23,61% (n=17) tienen un servicio higiénico y el 19,4% (n=14) eliminan las excretas al aire libre. En relación a la eliminación de basura el 88,89% (n=64) la eliminan en vía pública y un 11,1% (n=8) entierran la basura.

En la parte de la energía para cocinar tenemos que un 61,11% (n=44) usan gas en garrafa en contraste a un 38,8% (n=28) que usan leña u otros métodos.

En relación al grado de instrucción del jefe de familia de cada uno de los niños del estudio tenemos que un 91% (n=66) llegaron hasta el nivel primario y tenemos un 8,3% (n=6) quienes no tuvieron instrucción.

Con respecto al número de miembros por familia tenemos que entre 4 a 5

miembros son un 50% (n=36), un 37,7% (n=25) tienen de 6 a 7 miembros, un 12,5% (n=9) tienen de 8 a 9 miembros y un 2,78% (n=2) tiene más de 10 miembros por familia. En relación al número de personas por habitación tenemos un 33,3% (n = 24) que tienen a 4 personas por habitación, un 29,17% (n=21) tienen a 5 personas y un 37,5% (n=27) tienen más de 6 o más personas por habitación.

En relación a la seguridad comunitaria tenemos un 56,94% (n=41) que tiene alumbrado público y un 43% (n=31) sin alumbrado público.

En relación al entorno ambiental el 100% de las familias tienen exposición a contaminación lejana.

4. Discusión

Cuando se pretende evaluar la prevalencia real de las parasitosis intestinales esta puede obtenerse mediante la realización de exámenes coproparasitológicos, ya que la mayoría las parasitosis cursan de manera asintomática.

En el estudio realizado se encontró una alta prevalencia (80,56%) de enteroparásitos; resultado que al ser comparado con los reportado por otros autores concuerda con estudios parecidos.

En relación a la distribución de las parasitosis encontradas se pudo evidenciar en una mayor porcentaje de protozoarios teniendo como representantes a la *Giardia lamblia* y con *Entamoeba Hystolitica* habiendo una aparente relación con el tipo de agua por cañería y por las condiciones de saneamiento de la comunidad. Estos enteroparásitos son responsables de diarreas, dolor abdominal, flatulencia, entre otros, y su presencia confirma que aun cuando existan condiciones sanitarias adecuadas, si no se practica una adecuada higiene personal,

estos enteroparásitos persisten, ya que su principal vía de transmisión es oro-fecal, mediante la ingestión de agua y alimentos contaminados con materia fecal donde se encuentran las formas evolutivas infectantes (6,7).

Existe una baja proporción de parasitosis como *Enterobius vermicularis* y *Ascaris lumbricoides* lo que llama la atención siendo esta una zona tropical que debería tener una alta prevalencia en los mismos. Dentro de los helmintos el más prevalentes en nuestro país es *A. lumbricoides*, confirmando ser la helmintiasis más frecuente en nuestro país.

Se conoce que estos parásitos están estrechamente asociados a la pobreza, desnutrición y en especial a malos hábitos higiénicos, dietéticos y culturales, que involucran en particular a la mayoría de las comunidades rurales de nuestro país entre los cuales los más afectados son los niños. Como se mencionó anteriormente la población escolar no cuenta con tratamiento antiparasitario adecuado, pues las actuales políticas de salud en nuestro país no tiene cobertura en el niño en edad escolar que cubra estos parásitos intestinales.

Varios estudios en niños reportan que la carga de la enfermedad producida por los parásitos intestinales se relaciona con efectos negativos en el crecimiento, el desarrollo motor y cognoscitivo. Además, el parasitismo crónico puede favorecer al desarrollo de anemia (15,16).

Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso hace un tiempo a todos los gobiernos la desparasitación masiva de todos los grupos de riesgo, mediante la administración de monodosis de benzimidazoles una vez cada 6 meses. Lo que nos llevaría a suponer que las campañas con antiparasitarios como el Mebendazol habrían tenido efectos favorables sin embargo la presencia que otros parásitos protozoarios se haría evidente.

Es evidente que las condiciones de vida en la que vive una familia son muy importantes para la valoración de estado de salud de la misma y estas condiciones son inversamente proporcionales a la aparición de determinadas enfermedades como son las enteroparasitosis que caracterizan a la pobreza.

No se encontró relación entre la evaluación de la prevalencia de parasitosis y la evaluación de los DETERMINANTES DE LA SALUD y el RIESGO EN SALUD. El 80,55% de niños en edad escolar mostraron uno o mas parásitos lo que no se relaciona con la valoración del riesgo en salud en el 91% de las familias evaluadas se ubican el RIESGO MEDIO siendo esta valoración totalmente subjetiva y probablemente no adecuada dejando claro que esta evaluación no refleja el riesgo en salud real de una familia en cuestión y que la Carpeta Familiar debería ser evaluada en relación a esta valoración.

La importancia de esta valoración este en entender una realidad de las condiciones de vida de la familia y relacionarla con el estado de su salud en la que se valoran los factores protectores y agresivos para la misma relacionadas con el proceso salud enfermedad siendo evidente la necesidad de contar con instrumentos que evalúen los DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD que influyen sobre la salud familiar desde un enfoque integral en salud.

La diseminación de parásitos intestinales en zonas rurales de Bolivia se debe a sus características geográficas, a la falta de disponibilidad de saneamiento básico y a factores socioeconómicos y culturales. El 79,5% de las poblaciones rurales en Bolivia son pobres. La educación de la madre en particular es determinante en la adecuada higiene, en las mejores prácticas de cuidado del niño y en el mejor conocimiento en salud. En zonas rurales

de Bolivia sólo el 22,5% de las madres acceden a la educación.

Con respecto al uso de letrinas o baños, el 39,1% en zonas rurales no tiene una deposición adecuada de heces (deposiciones a campo abierto/ríos, fuera del patio y/o en basurales). Otro factor importante, es el consumo de agua: el 22,9% toma agua de pozo abierto, el 25,3% agua de superficie, sólo el 27,9% tiene agua potable o por cañería de red.

Es evidente que las condiciones de vida influyen en relación a la presencia de algunas parasitosis en la que las campanas o lo esquemas de tratamiento profiláctico con fármacos antiparasitarios específicos no son suficientes para reducir la prevalencia de las entero parasitosis al nos estar acompañadas de medidas que cambien el entorno de la familia desde un enfoque social, económico, cultural y ambiental en la que se hace evidente la vulnerabilidad de nuestro sistema de salud. Algo importante que remarcar es la falta de estudios que validen esta valoración del riesgo en salud.

5. Conclusiones

Se evidencio la presencia poliparasitismo en los niños en edad escolar de la comunidad de Campo Grande a predominio de protozoarios y la curiosa presencia de relativa importancia de la *Himenolipis nana*.

No existe relación entre la prevalencia de parasitosis y la valoración del RIESGO EN SALUD(Determinantes de la Salud) que proporciona la Carpeta Familiar.

Si existe relación entre las condiciones de vida y saneamiento básico con la presencia de cierto tipo de parasitosis.

La diseminación de estos parásitos intestinales puede deberse a las características

geográficas y ecológicas propias del lugar y así como también por la inexistencia de saneamiento básico y por la poca accesibilidad a la educación de las familias de los niños en estudio pero esto también se relaciona a la falta de iniciativa de protección en salud a los niños en edad escolar. Esto puede deberse también a que estas comunidades representan grupos de población marginados del avance económico, social y tecnológico.

Es importante redireccionar las políticas de salud y se tomen medidas de promoción y prevención desde un enfoque integral priorizando todas las etapas de la vida además de mejorar la calidad de vida de las comunidades del área rural cubriendo necesidades básicas.

6. Referencias bibliográficas

- Mollinedo S, Prieto M. El enteroparasitismo en Bolivia. Memoria de la Investigación 1975-2004. Dirección Nacional de Servicios de Salud. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia. 2006. 42-4.
- Alvarado BE, Vásquez LR. Determinantes sociales, prácticas de alimentación y consecuencias nutricionales del parasitismo intestinal en niños de 7 a 18 meses de edad en Guapi, Cauca. *Biomedica* 2006;26:82-94.
- PAHO. First session of the subcommittee on program, budget, and administration of the executive committee. Washington: Pan American Health Organization world health organization; 2007.
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, Instituto Nacional de Estadística, Banco Mundial. Pobreza y desigualdad en municipios de Bolivia: estimación del gasto de consumo combinando el Censo de 2001 y las encuestas de hogares. 2.^a ed. La Paz: UDAPE; 2006.
- Heredia N. Equidad y determinantes sociales de la salud. 59.^a Asamblea de la OMS. Ginebra; OMS; 2006. Hallado en http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/bolivia.pdf.
- BOTERO D. Persistencia de Parasitosis Intestinales Endémicas en América Latina. *Bol Ofic Sanit Panam* 1981; 90: 39-46. 26.
- Homez J, Soto R, De Soto S, Méndez R, Mármol P. Parasitología. Editorial de la Universidad del Zulia. 8^a Edición. 1995; 23-267.
- Ministerio de Salud y Deportes. Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. Dirección General de promoción de la Salud. La Paz-Bolivia. 2007.
- Ministerio de Salud y Deportes. Manual de normas y Procedimientos para Vigilancia Epidemiológica. La Paz-Bolivia. 2004.
- Ministerio de Salud y previsión Social, OPS Bolivia. Índice de Salud Municipal 2000. La Paz-Bolivia. 2001.
- Ministerio de Salud y Previsión Social. Salud de las poblaciones Indígenas. La Experiencia de Bolivia. Dirección General de Epidemiológica. La Paz-Bolivia. 2001.
- Alvarado BE, Vásquez LR. Determinantes sociales, prácticas de alimentación y consecuencias nutricionales del parasitismo intestinal en niños de 7 a 18 meses de edad en Guapi, Cauca. *Biomedica* 2006;26:82-94.
- INE. Encuesta de Demografía y Salud. La Paz: Instituto Nacional de Estadística (INE), Ministerio de Salud y Deportes (MSD); 2003.
- Rivera Z, Acevedo C, Casanova I, Hernández S, Malaspina A. Enteroparasitosis in school children from two educational rural units of the municipality " la Cañada". *Zulia State Venezuela. Kasmera* 1996;24:151- 177.
- Stoltzfus RJ, Kvalsvig JD, Chwaya HM, Montresor A, Albonico M, Tielsch JM, et al. Effects of iron supplementation and anthelmintic treatment on motor and language development of preschool children in Zanzibar: double blind, placebo controlled study. *BMJ* 2001;323:1-8.
- Awasthi S, Bundy DAP, Savioli L. Helminthic infections. *BMJ* 2003;321:431-433.
- Scolari C, Torti C, Beltrame A, et al. Prevalence and distribution of soil transmitted helminth (STH) infections in urban and indigenous school-children in Ortiguera, State of Paraná, Brasil: implications for control. *Tropical Medicine and International Health* 2000; 5, 4: 302-7.
- Simoës M, Rivero Z, Carreño G, Lugo M, Maldonado A, Chacin I et al. Prevalencia de enteroparasitosis en una escuela urbana en el Municipio San Francisco, Estado Zulia-Venezuela. *Kasmera* 2000; 28: 27-43.

SISTEMATIZACIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Systematizing of patient pediatric

Quisbert Ticona, Sonia¹

Instituto de Investigación de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto, Villa Esperanza km 15, Ciudad de El Alto, Bolivia

1 Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

Abstract

The Application of a System of Triage been worth help to improve the quality and the effectiveness of the services of urgencies and it is demonstrated that the infirmery personnel this qualified to assume this competition, to have a tool consensuada with homogeneous, scientific and coherent approaches to be able to offer an attention appropriate .respuesta to the necessities of the pediatric patients. The objective of Triage consists on prioritizing the attention to the boy, according to the mediating graveness a first quick, exhaustive and rigorous valuation based on an established methodology as it is RAC. A competition in the realization of Pediatric Triage is the initial valuation to the boy that goes to the service, as well as to classify it and to distribute it based on its pathology and assistance necessities, to apply and/or to carry out if it proceeds technique and infirmery care and to guarantee its attention improving the quality of life or to improve the boy's social list taking into account the treatment of the pain, not forgetting the infirmery interventions, and the informed consent to the parents, the organization is vital of the personnel that works in that service. It is important to take into account to the boy's family that he/she waits to be answered to the servició of urgencies. The investigation work one carries out in the Boy's Hospital Dr. Ovid Aliaga, of the you take care of The Peace, it lacks carried out studies, the triaje is carried out based on signs and symptoms. The most excellent result was the ignorance of the word triaje for the personnel of infirmery of the service of urgencies. The infirmery personnel should have the specialty in pediatrics, to be upgraded in the triaje process. Triage in any urgency is indispensable for that guarantees an attention of in agreement quality to the grade of the pediatric patient's graveness.

Keywords: Systematizing, patient, pediatric

Resumen

La Aplicación de un Sistema de Triage valido ayuda a mejorar la calidad y la eficacia de los servicios de urgencias y está demostrado que el personal de enfermería esta cuali-

ficado para asumir esta competencia, tener una herramienta consensuada con criterios homogéneos, científicos y coherentes para poder ofrecer una atención –respuesta adecuada a las necesidades de los pacientes pediátricos. El objetivo del triaje consiste en priorizar la atención al niño, según la gravedad mediante una primera valoración rápida, exhaustiva y rigurosa basada en una metodología establecida como es el RAC. Una competencia en la realización del Triage Pediátrico es la valoración inicial al niño que acude al servicio, así como clasificarlo y distribuirlo en base a su patología y necesidades asistenciales, aplicar y/o realizar si procede técnica y cuidado de enfermería y garantizar su atención mejorando la calidad de vida o mejorar el rol social del niño tomando en cuenta el tratamiento del dolor, no olvidando las intervenciones de enfermería, y el consentimiento informado a los padres, la organización es vital del personal que trabaja en ese servicio. Es importante tomar en cuenta a la familia del niño que espera ser atendido por el servicio de urgencias. El trabajo de investigación se realizó en el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga, de la ciudad de La Paz, carece de estudios realizados, el triaje se realiza en base a signos y síntomas. El resultado más sobresaliente fue el desconocimiento de la palabra triaje por el personal de enfermería del servicio de urgencias. El personal de enfermería debe tener la especialidad en pediatría, estar actualizado en el proceso de triaje. El triaje en cualquier urgencia es imprescindible por que garantiza una atención de calidad acorde al grado de gravedad del paciente pediátrico.

Palabras clave: Sistematización, pacientes, pediátrico

1. Introducción

Hoy en día la definición más extendida de “emergencias”, propuesta por la Asociación Médica Americana y aceptado actualmente por la OMS, Consejo de Europa es “toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que toma la decisión, requiere una actuación médica inmediata”, mientras que se reserva el concepto de “urgencia” como “aquella situación urgente que necesita un mayor grado de complejidad para su resolución y un compromiso vital o riesgo de secuelas graves permanentes”.

En definitiva, podemos decir que Urgencias es aquella situación clínica en la que si no se hace algo en un periodo corto de tiempo (minutos, horas...) existe riesgo para la salud o incluso para la vida del paciente. Su definición tiene que ver con conceptos como gravedad y complejidad, pero no es equiparable a ninguno de ellos

(un cáncer es grave pero no tiene por qué ser urgente y una crisis de asma puede no ser grave pero ser más urgente que el primero). Además de gravedad y complejidad, la urgencia incluye conceptos como sufrimiento, necesidad de intervención o expectativas del paciente.

Actualmente la inadecuada utilización de los servicios de urgencias pediátricos por parte de la población provoca una asistencia masiva y un incremento de la demanda asistencial, de manera que aproximadamente el 75% de los niños que demandan nuestra asistencia podrían ser atendidos en atención primaria.

Muchas personas recurren a los servicios de urgencias hospitalarias, en especial en Pediatría, cuando no requieren dicha atención y en algunos casos, cuando no requieren ni siquiera asistencia médica, este fenómeno se ha venido a llamar utilización inadecuada de los servicios de

urgencias hospitalarias y debe existir una adecuada organización en los mismos.

Y en otras situaciones el uso a veces generalizado de las consultas de urgencias para ingresos desde consultas externas por demoras en pruebas complementarias, listas de espera, actividades programadas, derivación de otros hospitales, etc.

Se podría decir, sin equivocarnos que más de dos tercios de las consultas de la sala de urgencias podrían ser inadecuados y en muchos casos, se habrían tratado mejor fuera de dichos servicios, ya que la asistencia médica puntual que se presenta en las salas de urgencias impiden que, los pacientes reciban la asistencia primaria, continua y adecuada para tratar sus problemas no urgentes.

Es por eso que es de mucha importancia saber realizar el Triage de Pacientes, el triaje es un filtro para asegurar que las enfermedades no urgentes no interfieran en las de verdadera urgencia. Por tanto nuestro objetivo no es el diagnóstico sino priorizar el grado de urgencia y ubicar al niño en el lugar que le corresponda y en las condiciones adecuadas.

“Un triaje bien realizado es la clave de la unidad de urgencias”.

Considerando a la enfermería como elemento constante en la urgencia infantil es imprescindible su preparación para una buena tarea de selección, obteniendo enfermeras/os capacitados para priorizar a los pacientes pediátricos según su gravedad y brindarles la primera atención basada en protocolos establecidos.

2. Diseño metodológico - tipo de estudio

Es un estudio de observación descriptivo, analítico y prospectivo, los datos

asientan en el sistema informático del servicio y serán tabulados mediante el programa Microsoft Excel.

La clasificación se realizara según RAC (Recepción, acogida y clasificación): de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias.

Área de estudio

Se realizara en la ciudad de La Paz en el Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliga ubicado en la zona de Miraflores, de pacientes que acuden al servicio de urgencias de dicho nosocomio.

Universo y muestra

Población infantil que acude al Hospital del Niño al servicio de urgencias, 40 niños al azar, en el segundo trimestre del 2010.

Al personal de enfermería que trabaja en el servicio licenciadas en enfermería y el personal auxiliar en los diferentes turnos.

Procedimientos y técnicas para la recolección de información

Se emplearan:

- Observación directa.
- Entrevistas a los familiares
- Guías de evaluación al personal que trabaja en el servicio de urgencias de todos los turnos.

Para obtener el diagnóstico del trabajo de campo en la presente investigación se realizo en primera instancia una observación directa al personal de enfermería en los diferentes turnos (mañana, tarde, noche y fin de semana) el personal observado es 6 licenciadas en enfermería y 7 auxiliares de enfermería, se observo el

comportamiento, habilidades, destrezas, forma de evaluación al paciente pediátrico e informe a los familiares del estado de su niño.

Como segundo paso se aplicó un instrumento de recolección de datos, encuestas a 40 familiares, elaborando una serie de preguntas, los datos se orientan en el sistema informático y fueron tabulados mediante el programa Microsoft Excel

1.- Tiene transferencia y de qué centro viene para su atención.

El resultado obtenido fue que venían con transferencias de la ciudad de El Alto y de Provincias ya que el hospital es de tercer nivel y cuenta con especialidades y en algunas situaciones acudían directamente de sus hogares.

2.- Tiempo de espera para la atención.

La atención era de inmediato según la gravedad del niño, en algunas situaciones esperaban 10 minutos hasta 120 minutos, referían que los médicos no se encontraban en la unidad o por que existía mucha afluencia de pacientes.

3.- Información correcta de procedimiento que debe seguir los familiares para la atención.

EL resultado obtenido fue que un mayor porcentaje en todos los turnos explicaban los procedimientos que deben seguir.

4.- La Enfermera monitorizaba las constantes vitales.

En esta pregunta los resultados obtenidos fueron que no todas las constantes vitales son realizadas, nos informaron que no contaban con el equipo necesario el tiempo de la valoración al niño fue insuficiente por la mucha afluencia de niños y el personal reducido.

5.- La Enfermera informa inmediatamente al médico para su atención.

El porcentaje obtenido fue el 100%, la información es inmediata.

El siguiente instrumento que se aplicó para realizar el trabajo fue una "Guía de evaluación al personal que trabaja el servicio de urgencias del hospital"

Se elaboró un listado de preguntas, los datos se orientan en el sistema informático y fueron tabulados mediante el programa Microsoft Excel, se elaboró las siguientes preguntas:

1.- Cargo en el servicio de urgencias.

Trabajan 6 licenciadas en enfermería y 7 auxiliares de enfermería en los diferentes turnos.

2.- Horario en el que trabajan

Un mayor porcentaje de las evaluadas trabajan 12 horas y resto 6 horas diarias.

3.- Tiempo que trabajan.

Los resultados obtenidos se evidencia que el personal de enfermería en general el tiempo que trabaja en el servicio de urgencias es de menos de un año, un mínimo porcentaje trabajan 4 años, se puede evidenciar que no existe seguimiento del personal por los constantes cambios del personal.

4.- Conocimiento de la escala de triaje.

El personal de enfermería desconoce la palabra triaje menos el proceso el proceso del triaje, la clasificación lo realizan según los signos y síntomas que presenta el niño.

5.- Personal encargado para realización del RAC.

En el estudio realizado en un mayor porcentaje lo realiza el médico del

servicio, seguido por la licenciada en enfermería y posteriormente la auxiliar por la noches y en fin de semana, esto ocurre en todos los turnos.

6.- Existe curso de actualización y capacitación del personal de enfermería.

No existen cursos de actualización y capacitación sobre el triaje, indican que puede ser por desconocimiento del jefe de la unidad y del departamento de enfermería.

7.- Tiempo que utiliza para realizar el triaje.

El personal no realiza el triaje como proceso, se basa solamente en la gravedad del niño.

8.- Existe comunicación con los diferentes servicios del hospital.

Si existe la comunicación correspondiente, ya que es de mucha importancia para la admisión del paciente, también se basan en el parte diario de camas que se realiza a diario.

Cuadro 1. Atención de pacientes que acuden al Hospital del Niño con transferencia. Turno mañana

Transferencia	Nº	Porcentaje (%)
Si	4	40
No	6	60
TOTAL	10	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa que un alto porcentaje que vienen para su atención no tienen transferencia 60% y el 40% si tienen transferencia.

Cuadro 2. Pacientes que acuden para su atención de diferentes centros. Turno mañana

Centro del que vienen	Nº	Porcentaje (%)
Pro Salud	1	10
Villa Nueva Potosí	2	20
Bella Vista	1	10
Domicilio	6	60
TOTAL	10	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa que un alto porcentaje vienen de su domicilio para su atención 60 % y el 40 % son transferidos de los diferentes centros hospitalarios.

Cuadro Nº 3. Tiempo de espera para su atención en el Hospital del Niño. Turno mañana

Tiempo de espera para la atención	Nº	Porcentaje (%)
10 Minutos	1	10
15 Minutos	1	10
20 Minutos	2	20
30 Minutos	2	20
1 Hora	2	20
2 Horas	1	10
Desconoce	1	10
TOTAL	10	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro muestra que el tiempo de espera para su atención es de 20, 30 y 60 minutos con un porcentaje 20% y el de 10 minutos, 15 minutos, dos horas es el 10% y desconocen los familiares el tiempo de espera

Cuadro 4. Explicación del procedimiento a seguir para la atención del niño. Turno mañana

Explicación de procedimiento	Nº	Porcentaje (%)
Si	7	70
No	3	30
TOTAL	10	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- En la explicación de los procedimientos que debe seguir el niño para su atención, se pudo evidenciar que el 70% reciben una explicación minuciosa del proceso de atención y un 30% no reciben.

Cuadro 5. Procedimientos realizados para su debida atención. Turno mañana.

Monitorización de constantes vitales	Si	Porcentaje (%)	No	Porcentaje (%)
Peso	9	17,64	1	5,26
Talla	8	15,68	2	10,52
Temperatura	10	19,60	0	0
Frecuencia cardiaca	9	17,64	1	5,26
Frecuencia respiratoria	9	17,64	1	5,26
Presión arterial	4	7,84	6	31,58
Oxímetro de pulso	2	3,92	8	42,11
TOTAL	51	100 %	19	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa que no todas las constantes vitales son tomadas por el personal de enfermería, toman más prioridad por la temperatura 19,60%, F.C. 17,64%, F. R. 17,64%, peso 17,64% y las demás constantes vitales toman ocasionalmente o según la gravedad del niño.

Cuadro 6. Coordinación con el médico de urgencias para la atención turno mañana

Informo; inmediatamente al médico de turno	Nº	Porcentaje (%)
Si	7	70
No	3	30
TOTAL	10	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro nos muestra que existe comunicación inmediata con el médico de

Urgencias para la atención del niño con un 70% y un 30% no existe porque no se encuentra o se encuentra en visita médica.

Cuadro 7. Atención de pacientes que acuden al Hospital del Niño con transferencia. Turno tarde

Transferencia	Nº	Porcentaje (%)
Si	3	30
No	7	70
TOTAL	10	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa que un alto porcentaje que vienen para su atención no tienen transferencia 70 % y el 30 % si tienen transferencia.

Cuadro 8. Pacientes que acuden para su atención de diferentes centros. Turno tarde

Centro del que viene	Nº	Porcentaje (%)
Domicilio	7	70
Hospital La Paz	1	10
Río Seco Mercado Carmen	1	10
Cotahuma	1	10
TOTAL	10	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa que un alto porcentaje vienen de su domicilió para su atención 70% y el 30% son transferidos de los diferentes centros hospitalarios.

Cuadro 9. Tiempo de espera para su atención en el Hospital del Niño. Turno tarde

Tiempo de espera para la atención	Nº	Porcentaje (%)
10 Min.	1	10
15 Min.	3	30
20 Min.	1	10
30 Min.	3	30
1 Hrs.	1	10
2 Hrs.	0	0
Desconoce	1	10
TOTAL	10	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro muestra que el mayor tiempo de espera para su atención es de 30 y 15 minutos con un porcentaje 30% y el de 10 minutos, 20 minutos, una hora es el 10% y otros familiares desconocen el horario de espera.

Cuadro 10. Explicación del procedimiento a seguir para la atención del niño. Turno tarde

Explicación del procedimiento a seguir	Nº	Porcentaje (%)
Si	7	70
No	3	30
TOTAL	10	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- En las observaciones de la explicación de los procedimientos que debe seguir el niño para su atención, se pudo evidenciar que el 70% reciben una explicación minuciosa del proceso de atención y un 30% no reciben.

Cuadro 11. Procedimientos realizados para su debida atención. Turno tarde

Monitorización de constantes vitales	Si	Porcentaje (%)	No	Porcentaje (%)
Peso	7	14	3	15
Talla	7	14	3	15
Temperatura	10	20	0	0
Frecuencia cardiaca	10	20	0	0
Frecuencia respiratoria	10	20	0	0
Presión Arterial	4	8	6	30
Oxímetro de pulso	2	4	8	40
TOTAL	50	100 %	20	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa que no todas las constantes vitales son tomadas por el personal de enfermería, toman más prioridad en la temperatura 20%, F.C. 20%, F. R. 20%, peso y talla 14% y las demás constantes vitales toman ocasionalmente o según la gravedad del niño.

Cuadro 12. Coordinación con el médico de urgencias para la atención. Turno tarde

Informe inmediatamente al médico de turno	Nº	Porcentaje (%)
Si	7	70
No	3	30
TOTAL	10	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro nos muestra que existe comunicación inmediata con el médico de urgencias para la atención del niño con un 70% y un 30% no existe porque no se encuentra o se encuentra en visita médica.

Cuadro 13. Atención de pacientes que acuden al Hospital del Niño con transferencia. Turno nocturno (grupos a, b y c)

Transferencia	Nº	Porcentaje (%)
Si	7	46.67
No	8	53.33
TOTAL	15	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa que un alto porcentaje vienen para su atención sin transferencia 53,33% y el 46,67% si tienen transferencia.

Cuadro 14. Pacientes que acuden para su atención de diferentes centros. Turno nocturno (grupos a, b y c)

Centro del que viene	Nº	Porcentaje (%)
Domicilio	8	53.33
Centro de Salud Achacachi	1	6.67
Hospital Los Andes	3	20
Centro Virgen de Fátima	2	13.33
Centro de Salud Patacamaya	1	6.67
TOTAL	15	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa que un alto porcentaje vienen de su domicilió para su atención 53,33% el 20% de la ciudad de El Alto 20%, el 13,33% de área periférica

y el 13,34 del área rural son transferidos para su atención.

Cuadro 15. Tiempo de espera para su atención en el Hospital del Niño. Turno nocturno (grupos a, b y c)

Tiempo de espera para la atención	Nº	Porcentaje (%)
Inmediatamente	1	6.67
10 Min.	2	13.33
15 Min.	2	13.33
20 Min.	2	13.33
30 Min.	4	26.67
1 Hrs.	2	13.33
2 Hrs.	1	6.67
Desconoce	1	6.67
TOTAL	15	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro muestra que el mayor tiempo de espera para su atención es de 30 con un 26,67%, 10, 15, 20 minutos y una hora de espera con 13,33%, la atención inmediata, dos horas y el desconocimiento de los familiares es de 6,67%

Cuadro 16. Explicación del procedimiento a seguir para la atención del niño. Turno nocturno (grupos a, b y c)

Explicación del procedimiento a seguir	Nº	Porcentaje (%)
Si	13	86.67
No	2	13.33
TOTAL	15	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- En las observaciones de la explicación de los procedimientos que debe seguir el niño para su atención, se pudo

evidenciar que el 87% reciben una explicación minuciosa del proceso de atención y un 13% no reciben.

Cuadro 17. Procedimientos realizados para su debida atención. Turno nocturno (grupos a, b y c)

Monitorización de constantes vitales	Si	Porcentaje (%)	No	Porcentaje (%)
Peso	15	24.19	0	0
Talla	0	0	15	34.88
Temperatura	15	24.19	0	0
Frecuencia cardiaca	15	24.19	0	0
Frecuencia respiratoria	15	24.19	0	0
Presión arterial	1	1.61	14	32.56
Oxímetro de pulso	1	1.61	14	32.56
TOTAL	62	100 %	43	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa que no todas las constantes vitales son tomadas por el personal de enfermería, toman más prioridad en la temperatura 24,19%, F.C. 24,19%, F. R. 24,19%, peso 24,19% y las demás constantes vitales toman ocasionalmente o según la gravedad del niño.

Cuadro 18. Coordinación con el médico de urgencias para la atención. Turno nocturno (grupos a, b y c)

Informó inmediatamente al médico de turno	Nº	Porcentaje (%)
Si	12	80
No	3	20
TOTAL	15	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro nos muestra que existe comunicación inmediata con el médico de urgencias para la atención del niño con un 80% y un 20% no existe porque no se encuentra o se encuentra en visita médica.

Cuadro 19. Atención de pacientes que acuden al Hospital del Niño con transferencia. Turno de fin de semana

Transferencia	Nº	Porcentaje (%)
Si	4	80
No	1	20
TOTAL	5	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa que un alto porcentaje vienen para su atención sin transferencia 80% y el 20% si tienen transferencia.

Cuadro 20. Pacientes que acuden para su atención de diferentes centros. Turno de fin de semana

Centro del que viene	Nº	Porcentaje (%)
San Francisco de Asís	1	20
Hospital La Paz	1	20
Hospital Corea	1	20
Cota Cota	1	20
Domicilio	1	20
TOTAL	5	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa en el cuadro que un porcentaje es igual con 20%, vienen de la Ciudad de El Alto, área periférica y de la zona Sur 13,34 son transferidos para su atención.

Cuadro 21. Tiempo de espera para su atención en el Hospital del Niño. Turno de fin de semana

Tiempo de espera para la atención	Nº	Porcentaje (%)
Inmediatamente	1	20
10 Min.	0	0
15 Min.	3	60
20 Min.	1	20
30 Min.	0	0
1 Hrs.	0	0
2 Hrs.	0	0
Desconoce	0	0
TOTAL	5	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro muestra que el mayor tiempo de espera para su atención es de 15 minutos con un 60%, 20 minutos atención inmediata con 20%.

Cuadro 22. Explicación del procedimiento a seguir para la atención del niño. Turno de fin de semana

Explicación del procedimiento a seguir	Nº	Porcentaje (%)
Si	5	100
No	0	0
TOTAL	5	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- En las observaciones de la explicación de los procedimientos que debe seguir el niño para su atención, se pudo evidenciar que reciben una explicación minuciosa del proceso de atención con un 100%.

Cuadro 23. Procedimientos realizados para su debida atención. Turno de fin de semana

Monitorización de constantes vitales	Si	Porcentaje (%)	No	Porcentaje (%)
Peso	5	25	0	0
Talla	0	0	5	33,33
Temperatura	5	25	0	0
Frecuencia cardiaca	5	25	0	0
Frecuencia respiratorio	5	25	0	0
Presión arterial	0	0	5	33,33
Oxímetro de pulso	0	0	5	33,33
TOTAL	20	100 %	15	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se observa que no todas las constantes vitales son tomadas por el personal de enfermería, toman más prioridad en la temperatura 25%, F.C. 25%, F. R. 25%, peso 25% y las demás constantes vitales toman ocasionalmente o según la gravedad del niño.

Cuadro 24. Coordinación con el medico de urgencias para la atención. Turno de fin de semana

Informó inmediatamente al médico de turno	Nº	Porcentaje (%)
Si	5	100
No	0	0
TOTAL	15	100 %

Fuente: Elaboración propia

Datos obtenidos de guía de entrevistas a los familiares que acuden al servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro nos muestra que existe comunicación inmediata con el médico de urgencias para la atención del niño con un 100%.

Cuadro 25. Guía de evaluación al personal que trabaja en el servicio de urgencias del Hospital del Niño

Cargo que ocupa	Nº	Porcentaje (%)
Licenciadas	6	46.15
Auxiliares	7	53.85
TOTAL	13	100 %

Fuente: Elaboración propia

Guía de evaluación al personal que trabaja en el servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro de muestra que existe mayor porcentaje de personales auxiliares de enfermería que trabaja en urgencias con 53,85% y un 46,15 de licenciadas en los todos los turnos correspondientes.

Cuadro 26. Horarios de trabajo del personal de enfermería

Horario de trabajo	Nº	Porcentaje (%)
6 Horas	5	38.46
12 Horas	8	61.54
TOTAL	13	100 %

Fuente: Elaboración propia

Guía de evaluación al personal que trabaja en el servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro de muestra que existe 8 personas que trabajan doce horas en urgencias con 61,54%, y 5 personas trabajan 6 horas con 38,46 % en los diferentes turnos.

Cuadro 27. Años de antigüedad que trabaja el personal de enfermería en urgencias

Tiempo que trabaja	Nº	Porcentaje (%)
1 Año	6	46,15
2 Años	4	30,77
4 Años	3	23,07
TOTAL	13	100 %

Fuente: Elaboración propia

Guía de evaluación al personal que trabaja en el servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro nos muestra que el personal que trabaja es de un año con un mayor porcentaje de 46%, seguido por dos años de trabajo con 30,77%, y cuatro años con 23,07.

Cuadro 28. Conocimiento de la escala del triaje

Conocimiento	Nº	Porcentaje (%)
Si	3	23.07
No	10	76.93
TOTAL	13	100 %

Fuente: Elaboración propia

Guía de evaluación al personal que trabaja en el servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Un 23,07% nos muestra en el cuadro que si conocen la escala de triaje de pacientes y un 76,93% desconocen esta escala.

Cuadro 29. Personal encargado para la realización del R.A.C.

Quien realiza el triaje	Nº	Porcentaje (%)
Medico	6	46,15
Lic. Enfermería	4	30,77
Auxiliar de enfermería	3	23,07
TOTAL	13	100 %

Fuente: Elaboración propia

Guía de evaluación al personal que trabaja en el servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Se puede observar en este cuadro que el médico es el encargado de la realización del R. A. C. con 46%, seguido por la licenciada en enfermería con 31%, y un 23% por la auxiliar de enfermería.

Cuadro N° 30: Cursos de actualización y capacitación a la personal de enfermería (triaje)

Existe cursos de actualización	N°	Porcentaje (%)
Si	0	0
No	13	100
TOTAL	13	100 %

Fuente: Elaboración propia

Guía de evaluación al personal que trabaja en el servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Este cuadro nos demuestra que en el Hospital del niño no existen cursos de actualización para el personal de enfermería con un alto porcentaje de 100.

Cuadro 31. Tiempo que se utiliza para realizar el triaje

Tiempo	N°	Porcentaje (%)
Inmediatamente según patología	10	76,92
10 Minutos	2	15,38
15 Minutos	1	7,69
30 Minutos	0	0
TOTAL	13	100%

Fuente: Elaboración propia

Guía de evaluación al personal que trabaja en el servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- Este cuadro nos muestra que el tiempo que se utiliza para la realización del triaje es inmediata según la patología del niño con un 76,92%, 10 minutos con 15,38% y 15 minutos con 7,69%.

Cuadro 32. Comunicación con los diferentes servicios del hospital para la internación del niño

Comunicación previa	N°	Porcentaje (%)
Si	13	100
No	0	0
TOTAL	13	100%

Fuente: Elaboración propia

Guía de evaluación al personal que trabaja en el servicio de Urgencias del Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga.

Análisis.- El cuadro nos muestra que si existe comunicación oportuna con los servicios del hospital para su internación del niño con un porcentaje del 100.

3. Conclusiones

El triaje en cualquier urgencia es imprescindible para garantizar una atención de calidad acorde al grado de gravedad del paciente pediátrico.

El triaje da respuesta a criterios de validez y fiabilidad necesaria para la atención, por ello que la aplicación de una metodología del triaje permite diferenciar los casos realmente urgentes de aquellos que no lo son, es de beneficio tanto para el paciente y el personal que trabaja en el servicio de urgencias.

Contando con el personal actualizado y capacitado en el proceso de triaje, disminuirá la ansiedad del paciente y familia, ya que la enfermera tendrá una guía de validez y fiabilidad que permitirá la valoración al paciente pediátrico, unificara criterios en la intervención de enfermería y el tiempo de espera disminuirá.

La propuesta que se implementara es con el objetivo de mejorar la calidad de atención, son frecuencia son valorados los resultados a través del impacto técnico (eficacia) el impacto social (efectividad) y el impacto económico (eficiencia)

4. Recomendación

Esta sistematización de pacientes pediátricos es de mucha importancia para la calidad de atención, este de proceso de clasificación debe considerar como un proceso continuo y seguir reevaluando los niveles asignados, ya que puede existir variaciones durante la espera y necesitar una nueva asignación de nivel.

Se recomienda el uso de sistema de clasificación estructurado, validados y que cuenten con fiabilidad inter observador.

- El personal de enfermería debe estar actualizado en el proceso de triaje y poseer competencias y formación adecuada.
- Monitorización completa de los signos vitales, con estos resultados se realizara el RAC.
- Determinar los recursos personales necesarios, que deben formarse específicamente en la metodología de la clasificación de pacientes pediátricos y en los criterios que determinan los diferentes niveles de urgencia.
- Aplicación de las carpetas con los colores asignados, una vez que haya pasado por el triaje.
- Trabajo de manera activa y permanente con la comisión de triaje.
- Permanencia del personal de enfermería en el servicio de urgencias (conocimiento del proceso de triaje)
- Brindar atención de calidad y calidez al niño y familia, con los conoci-

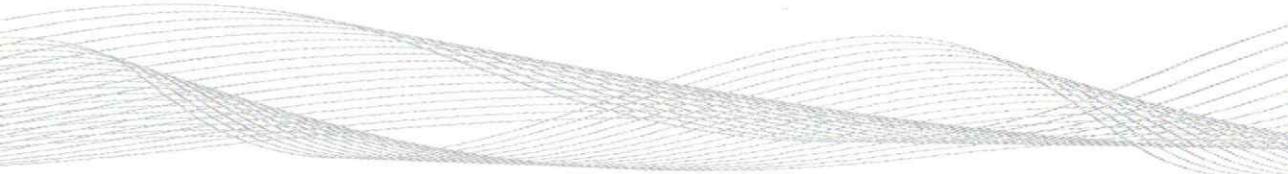
mientos adquiridos del proceso de sistematización de pacientes.

5. Referencias bibliográficas

- American College of Emergency Physicians. Policy Statements: Triaje y Escala Estandarización.
- Bullard M. j, Unger B., Spence J., Grafsteion. Revisión Canadiense Emergencia Departamento Triaje.
- Martin JM. Dolor en Pediatría. Torremolinos: XX Congreso Español de Pediatría; 1998.
- Morales Asensio JM et al. I Conferencia de consenso. Estándares de cuidados para la recepción y atención enfermera inicial a pacientes de urgencias. 2002
- Maya Mejía JM. Ética en la Adaptación Neonatal: 2004. Acceso el 22 de abril del 2004
- Pellegrino ED. La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Bol. Of Sanit Panamá. 2001; 108:379-94.
- Riaño I. Opinión de los Pediatras sobre el dolor infantil. An Esp Pediatr. 2004; 49:597-92.
- Recomendaciones científicas SEEUE. 03/o1/o6 Registro del proceso enfermero en el área de Urgencias y Emergencias. .
- Rodríguez A, Martinon JM. El consentimiento informado en pediatría .Cuad Bioet. 1995,22: 188-9.
- Sánchez TF. Temas de Ética Médica. Santa Fe de Bogotá: Giro edit.; 1995 .pp. 45-87.
- Warren, D. W., M Jarvis A., LeBlanc. Revisión de triaje en sala de pediatría.

SALUD MENTAL





PROGRAMA PSICOEDUCATIVO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
FARMACOLÓGICO ANTIPSICÓTICO (ESQUIZOFRENIA) INTERVENCIÓN
DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DE PSIQUIATRÍA
Psychoeducational program adhesion antipsychotic drug treatment
(schizophrenia) nursing intervention in Psychiatric Hospitals

Plata Amarro, Gladys Beatriz¹

*Instituto de Investigación de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto, Villa
Esperanza km 15, Ciudad de El Alto, Bolivia*

1 Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

Abstract

This paper attempts to improve adherence to drug treatment of patients with schizophrenic disorder, whose purpose is to achieve greater patient reintegration into society, through which they wish to avoid abandonment of treatment and hence the constant relapses the patient. The methodology is the type of qualitative and quantitative research study, according to the depth of research that addresses the object is a descriptive study, the research design adopts the non-experimental, transactional, the research method is the deductive analytical, which was applied questionnaire-based surveys, providing the following results: Over 50% of patients do not accept treatment, do not care and never take your medicines. So also do not know almost nothing of his illness or medication side effects. Only 2% always take your medications. 22% of the families know the importance of medicines. Be necessary to implement a psychoeducational program for adherence to anti psychotic drug treatment - nursing student intervention in patients with schizophrenia in psychiatric hospitals, educating, should help reduce the constant recurrence of the patient.

Keyword: Adherence

Resumen

El presente trabajo procura la mejora de la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con trastorno esquizofrénico, cuyo propósito es lograr la mayor reinserción del paciente a la sociedad, a través de la misma se pretende evitar el abandono del tratamiento y por ende las constantes recaídas del paciente. El diseño metodológico corresponde al tipo de estudio investigación cualitativa y cuantitativa, según la profundidad de la investigación con que se aborda el objeto, es un estudio descriptivo, el diseño de la investigación adopta el no experimental y transaccional, el método de

investigación es el deductivo y analítico, donde se aplicó encuestas basadas en cuestionarios, proporcionando los siguientes resultados: Más del 50% de los pacientes no acepta el tratamiento, no le dan importancia y nunca toma sus medicamentos. Así también no conocen casi nada de su enfermedad ni efectos colaterales del medicamento. Solo un 2% siempre toma sus medicamentos. El 22% de los familiares conocen la importancia de los medicamentos. Siendo necesario implementar un programa psicoeducativo de adherencia al tratamiento farmacológico anti psicótico – intervención de estudiantes enfermería en los pacientes con esquizofrenia en los hospitales de psiquiatría, educando, se logrará reducir las constantes recaídas del paciente.

Palabra clave: Adherencia

1. Introducción

El presente programa psicoeducativo basado en el modelo de Dorotea Orem, que se adecua a la aplicación de una terapia individual y grupal, con un enfoque del auto cuidado, implica impartir información con propósito educacional, debiendo ser socializado con el paciente, familia quien puede actuar sobre la adhesión al tratamiento modificando la actitud del paciente y aumentando sus expectativas de mejorar su estado, recordándole cuando debe llevar determinada tarea, para que le sea más fácil seguir las indicaciones terapéuticas e incorporar en su rutina diaria. La adherencia al tratamiento es la medida del grado de conciencia entre el comportamiento del paciente y el cumplimiento del tratamiento farmacológico, uno de los factores que más interfiere en la adhesión es la falta de información respecto al tratamiento farmacológico, una amplia información con el uso de trípticos, gráficos incrementa la retención de la indicación verbal, lo importante es que la educación sea clara, para que el paciente lo comprenda, habiéndose constatado con algunos de 24 a 92 % después de un programa psicoeducativo. Ley Jaén (2005), para lograr la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes esquizofrénicos se debe identificar los problemas por los que atraviesa el paciente.

Magnitud del problema

OMS en su sitio web, 10 de octubre del año 2006 día mundial de la Salud Mental indica que cada año se suicidan más de 800.000 personas. El 90% de estos están relacionados con trastornos mentales tales como la depresión y esquizofrenia, los cálculos para el año 2020 son alarmantes 1 de 3 personas padecerá depresión. 450 millones de personas de todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental. La esquizofrenia es un trastorno mental que afecta al 1% de la población y se encuentra entre las diez enfermedades más incapacitantes para las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 44 años. En Bolivia se registraron 16.000 personas que padecen algún tipo de enfermedad mental,

La revista de salud mental sociedad Psiquiatría La Paz año 2003, registra de enero 1996 a diciembre del 2000. 2.456 pacientes internados en el Hospital de Psiquiatría Caja Nacional de Salud, el promedio de internaciones mensuales fue de 41 pacientes, 38% por consumo del alcohol, seguido por la esquizofrenia con el 17%.

Trascendencia

En el Hospital de Psiquiatría Caja Nacional de Salud el año 2009. 22.207

pacientes. Atendidos en la consulta externa, 615 pacientes. Se internaron con diferentes patologías, de estos el 28% tenían diagnóstico de esquizofrenia.

Pregunta de la investigación

¿Cómo se puede elevar la adherencia al tratamiento farmacológico anti psicótico en los pacientes con trastorno esquizofrénico con la intervención de los estudiantes de enfermería durante su rote en los hospitales de Psiquiatría?

Objetivo general

Implementar un programa psicoeducativo de adherencia al tratamiento farmacológico anti psicótico, mediante las intervenciones de los estudiantes de enfermería, durante su práctica hospitalaria, a pacientes esquizofrénicos para evitar el abandono del tratamiento y las constantes re internaciones en los hospitales de psiquiatría

Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico a los familiares y pacientes con esquizofrenia sobre la adherencia al tratamiento farmacológico anti psicótico durante su hospitalización.
- Diseñar un programa psicoeducativo en adherencia al tratamiento farmacológico anti psicótico aplicado a pacientes con esquizofrenia.

2. Diseño metodológico

Tipo de Estudio

Enfoque de la Investigación

Según el enfoque que adopta la investigación, el presente trabajo es de tipo cualitativo y cuantitativo. Es cualitativo porque se realiza el análisis de la adhe-

rencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con trastorno esquizofrénico, con el objetivo de identificar los procedimientos que se establecen en el programa psicoeducativo propuesto

Sin embargo, también es un estudio de tipo cuantitativo porque es importante considerar la relevancia estadística de las encuestas realizadas a pacientes y la familia para determinar el conocimiento del tratamiento farmacológico anti psicótico que impliquen un accionar de buenos hábitos y disminuir las constantes recaídas de los pacientes con trastorno esquizofrénico.

Profundidad de la investigación

Según la profundidad con que aborda el objeto de estudio la presente investigación es un estudio descriptivo o de desarrollo ya que busca la enumeración y exposición de las necesidades más relevantes de la adherencia al tratamiento farmacológico anti psicótico de los pacientes con trastorno esquizofrénico de los Hospitales de Psiquiatría determinando el programa psicoeducativo a realizarse para evitar las constantes recaídas de los pacientes.

Diseño de la investigación

El Diseño de la presente investigación adopta el diseño no experimental y transaccional.

Diseño no Experimental

Según, (Hernández Sampieri, 2003): "La investigación no experimental se define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de investigación donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en

su contexto natural, para después analizarlo”.

Tomando como referencia la anterior definición, la presente investigación es no experimental ya que no se modifican ni se manipulan ninguna de las variables intervinientes en el problema.

Diseño Transaccional

Según, (Hernández Sampieri, 2003): “Los diseños de investigación transaccional o transversal, recolectan datos a en un solo momento, en un momento único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”. Por tanto, la presente investigación es transaccional ya que describe las variables de objeto de estudio y analiza su incidencia e interrelación en un momento dado.

Método de investigación

La presente investigación hace uso de la combinación del Método Deductivo y Método Analítico, para el logro de sus objetivos:

Método deductivo

Por que, partiendo del análisis de los conceptos y teorías de gestión de empresas del cual se desprende como instrumento el programa psicoeducativo se aplica a un caso particular como es el caso del Hospital Psiquiátrico para evitar las constantes recaídas de los pacientes esquizofrénicos a través de su estructuración para las practicas hospitalarias de los estudiantes de enfermería.

Método analítico

Por que se descompone el problema de investigación planteado en elementos

más básicos, como son las necesidades específicas a satisfacer de los pacientes que luego de ser identificados y ponderados, son considerados en su interacción en la determinación del resultado que es la elaboración de un programa psicoeducativo.

Determinación del universo

En la presente investigación se identifican a dos universos: el primero constituido por los pacientes esquizofrénicos que en total son 98 personas.

El segundo los familiares de los pacientes con diagnostico de esquizofrenia un total de 85 personas.

Sin embargo la unidad de análisis de esta investigación se constituyen los pacientes que se re internaron más de dos veces, con una estadía de más de 15 días en el momento de la investigación.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Observación, Entrevistas, Encuestas. Revisión documental de libros, revistas especializadas, reportes de enfermería y bases de datos del Hospital tanto para el marco teórico como para el trabajo de campo.

Plan de análisis e interpretación de los datos

Cuestionario a los familiares y pacientes esquizofrénicos después de su etapa crítica.

3. Resultados y discusión

Cuestionario de adherencia al tratamiento farmacológico antipsicótico durante su hospitalización en el Hospital Psiquiátrico CNS La Paz - Bolivia

Pregunta al familiar



Gráfico 1. Aceptación del tratamiento

Fuente: Elaboración Propia

Casi un 50% de los pacientes no acepta el tratamiento indicado y por tanto nunca toman sus medicamentos. Solo un 2% de los pacientes siempre toman su medicamento.



Gráfico 2. Conocimiento de la importancia de medicamentos

Fuente: Elaboración Propia

Solo el 22,4% de los familiares conocen la importancia del medicamento y el 77,6% no conoce.

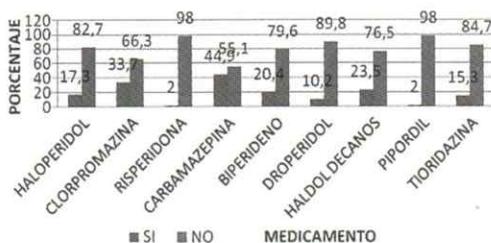


Gráfico 3. Conocimiento de efectos de medicamentos

Fuente: Elaboración propia

De todos los medicamentos menos del 50% de los familiares conocen los efectos adversos de los medicamentos indicados al paciente en su respectivo tratamiento.



Gráfico 4. Importancia del medicamento

Fuente: Elaboración propia

El 51% de los pacientes no dan importancia a los medicamentos, el 29,6% le da poca importancia, el 13,5% regular importancia, solo el 6% piensa que son importantes.

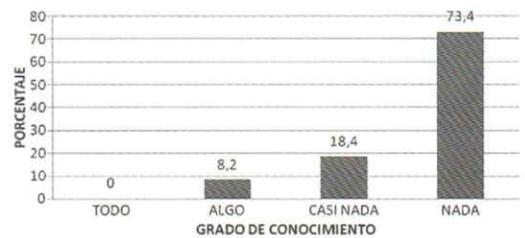


Gráfico 5. Conocimiento de la enfermedad

Fuente: Elaboración propia

Sólo el 8,2% de la familia conoce la enfermedad del paciente, desconoce la enfermedad del paciente el 73,4%.

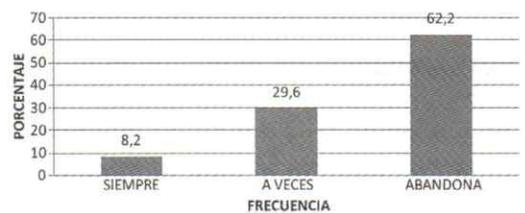


Gráfico 6. Frecuencia en la toma de medicamentos

Fuente: Elaboración propia

Según los propios pacientes, más del 60% abandonan su tratamiento, el 29% toman a veces sus medicamentos. El 8.2% toman siempre la medicación indicada.

CONOCIMIENTO DEL MEDICAMENTO

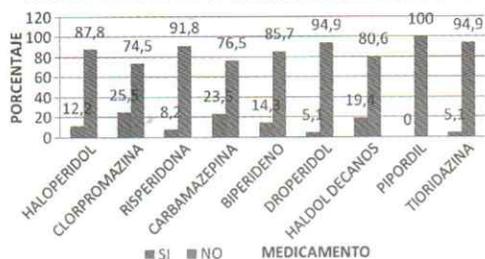


Gráfico 7. Conocimiento del medicamento

Fuente: Elaboración propia

En todos los casos menos 26% de los pacientes conocen los medicamentos que toman.



Gráfico 8. Persona que administra la medicación

Fuente: Elaboración propia

En más del 50% de los casos es la madre la persona que administra los medicamentos, seguida por el padre en un 12%, 8% hermanos y 10% los abuelos, 10%. Solo un 8% de los pacientes se lo administran ellos mismo.

Análisis de los resultados

Los pacientes abandonan su tratamiento farmacológico, por la falta de conciencia y conocimiento sobre su enfermedad y tratamiento farmacológico que reciben, además la poca colaboración por parte de los familiares del paciente en relación a la adherencia al tratamiento del paciente.

4. Conclusión

En base al trabajo realizado y los resultados obtenidos, se elaboró un programa psicoeducativo de adherencia al tratamiento farmacológico anti psicótico, bajo el modelo de la precursora Dorotea Oren, para las intervenciones de los estudiantes de enfermería durante su rote hospitalario. (Educación al paciente hospitalizado). El presente programa beneficiara tanto a los pacientes psiquiátricos con al estudiante de enfermería que le servirá de guía en todo el proceso terapéutico.

5. Referencias bibliográficas

- Hernández, Sampieri; R. Et.al. (1998). *Metodología de la Investigación*. 2 Ed. Editorial. Mc. Graw Hill. México D.F.
- Gerlach, J. (2003). *Motivos de Incumplimiento del Tratamiento en Pacientes Esquizofrénicos*. Copenhagen: Actas Del Simposio Lund Beck.
- Kaplan, Harold I. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. En: *Ciencias de la Conducta Psiquiátrica Clínica*. 7 editorial Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires. pag. 506
- Valencia, Marcelo (2002). *Tratamiento Psicossocial en Pacientes Esquizofrénicos*. En revista México de Salud Mental. Volumen 32 pág. 40-49.
- Proyecto ADHES en España. *Estrategias para Mejorar la Adherencia en La Esquizofrenia*. F. CAÑAS (Spain)
- Pineda, E.B. Et. al. (1999). *Metodología de la Investigación*. Editorial. O.P.S. E.U.A.
- Protocolo y educación a grupos: pacientes con trastornos esquizofrénicos. Atención Primaria de Mallorca. INSALUD. Baleares.
- Recomendaciones de la OMS (2001). Informe sobre la salud en el Mundo.
- Sociedad de Psiquiatría (2003). Revista Salud Mental, Vol. 1. La Paz - Bolivia.
- Ward, Martín F. (1992). *Enfermería Práctica de Atención del Paciente Psiquiátrico*. 1ª. ed. Editorial Limusa; México. Pag.11 - 20.
- Zorrilla, S. (1992). *Guía para Elaborar la Tesis*. 1 ed. Editorial. Mc. Graw Hill, México.
- Zorrilla, S. Et. (1999). *Metodología de la Investigación*. Editorial. Mc. Graw Hill, México.

PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ANTIPSICÓTICO

1. Consecuencias médicas del incumplimiento

- Imposibilidad de controlar o erradicar la enfermedad
- Posibilidad de desarrollo de complicaciones de la enfermedad
- Posibilidad de muerte
- Disminución de la calidad de vida

2. Incumplimiento

- Debido a sus consecuencias. ¿Cómo podemos evitarlo?
- Conocer las barreras que dificultan el cumplimiento
- Saber cómo eliminar esas barreras

3. Barreras que dificultan el cumplimiento

Conocimiento insuficiente sobre:

- Enfermedad y sus consecuencias.
- Tratamiento y sus efectos (beneficiosos y adversos).
- Consecuencias del incumplimiento.
- Capacidad limitada para comprender las instrucciones (visión, audición, cognoscitiva) o para administrarse correctamente el tratamiento.

Además son barreras:

- Inquietudes no resueltas de los pacientes

- Percepciones de los pacientes
- Comunicación deficiente
- Complejidad del régimen
- Formas farmacéuticas
- Costo del tratamiento

4. Conocimiento insuficiente

El paciente (o quien tiene la responsabilidad de cuidarlo) debe ser educado para que comprenda:

- Los aspectos esenciales sobre su enfermedad
- Complicaciones, evolución y efectos de los tratamientos.
- Por ejemplo ¿cuántos fumadores dejan de fumar porque saben que los cigarrillos producen cáncer?

5. Capacidad limitada para comprender instrucciones

- La educación y las informaciones destinadas a los pacientes deben construirse y darse tomando en cuenta la capacidad del paciente para comprenderlas.

6. Capacidad limitada para administrarse los medicamentos

- Hay veces que los medicamentos no son administrados aún cuando el paciente desee hacerlo.
- Por ejemplo ¿puede un anciano con enfermedad de Parkinson usar adecuadamente un inhalador o un jarabe?

- Asegurar que el paciente sabe cómo usar los medicamentos y pedir que explique cómo lo hace.
- Siempre dar o repetir las instrucciones para lograr el uso correcto. Y si es imposible buscar solución, como por ejemplo, conversar con el médico para cambiarlo.

7. Inquietudes no resueltas de los pacientes

- A veces los pacientes no cumplen con los tratamientos pues tienen alguna preocupación frente a él y:
- Los profesionales de la salud no le dan posibilidad de hacer preguntas
- Por timidez o respeto excesivo, no se atreven a hacer las preguntas
- Los farmacéuticos, siempre deben estimular a los pacientes para que pregunten.
- Además, deben ofrecer la posibilidad de consultar en otro momento.
- Siempre deben conocer las preocupaciones e inquietudes de los pacientes que podrían afectar el cumplimiento de los tratamientos

8. Percepciones y creencias de los pacientes

- Importancia de cuidar su salud
- Poca credibilidad en los profesionales que lo atienden
- Poca credibilidad en los beneficios del tratamiento
- Temor o mala comprensión de los efectos adversos de la terapia
- Lenta desaparición de los síntomas

- Inexistencia de síntomas de la enfermedad y beneficios tardíos del tratamiento

9. Complejidad del régimen

- Por número de medicamentos
- Por número de administraciones diarias
- Por horarios de administración

10 ¿Cómo ayudar a simplificar el régimen de administración y facilitar el cumplimiento?

- Se debe asesorar respecto a medicamentos de efectos de larga duración, que causen pocos efectos adversos, que se presentan en formas farmacéuticas aceptables para el paciente y de costo razonable
- Crear, adaptar o emplear instrumentos que ayuden al paciente a recordar los horarios de administración
- Calendarios.
- Organizadores de medicamentos.
- Folletos informativos.

12. Acciones para mejorar el cumplimiento de los tratamientos profesionales de la salud

Informar sobre:

- Enfermedad
- Importancia y duración del tratamiento
- Modo y hora de administración de los medicamentos
- Efectos adversos que pueden desarrollarse durante el tratamiento y qué hacer si así ocurre.

- Qué hacer si se omite una dosis.

13. ¿Cómo se debe hacer frente a la enfermedad?

Se destacan técnicas cognitivo conductuales, el entrenamiento en habilidades sociales, la psicoeducación de la familia, etc. Hay que intentar conseguir una conciencia aceptable de la enfermedad para facilitar el interés del paciente por mejorar diferentes aspectos entorno a la adaptación.

14. ¿Cómo se debe hacer frente a la enfermedad? - Familia y entorno

Cuando el paciente esquizofrénico presenta el primer episodio de la enfermedad suele estar conviviendo en el ámbito familiar. Es posible que los familiares hayan ido observando ciertos cambios en su comportamiento, que no saben a qué atribuir, de manera que es fácil que se sientan desconcertados e incluso atemorizados por la situación.

Tiene que existir una buena comunicación con los familiares para poder aportarles la información y la educación necesarias para que entiendan la enfermedad, y así compartir las necesidades del paciente para poder ayudarlo.

- En un primer momento, y para poder realizar una intervención precoz, es importante que cuando se observe que un familiar presenta conductas extrañas, dice incoherencias o tiende poco a poco al aislamiento, se consulte a un médico o a un especialista, a un centro de salud mental o a un hospital para poder valorar si podría ser el inicio de una patología psiquiátrica.
- Si un familiar es diagnosticado de esquizofrenia, pida información sobre la enfermedad a los profesionales y huya de «antiguos tabúes» y de informaciones tergiversadas.
- Deberían intentar evitarse en lo posible las situaciones de conflicto en la familia para reducir así los factores estresantes que influirían de forma contraproducente en la evolución del paciente. No es recomendable ni una sobreprotección excesiva ni una conducta pasiva ante el enfermo.
- Debe motivar al paciente para que tome la medicación y siga los controles psiquiátricos y psicológicos.
- Intente hacer un esfuerzo por entender lo que le pasa al enfermo y su comportamiento, sin recriminarle ni burlarse de él, ya que nadie es culpable de esta enfermedad.
- Al aparecer los síntomas psicóticos no se trata de darle la razón ni de negarle lo que está diciendo; hay que explicarle que entendemos cómo se siente y que por este motivo queremos ayudarlo. Después sería importante contactar con su médico, o si el trastorno psiquiátrico del enfermo está muy descompensado, avisar al servicio de urgencias para que lo visiten rápidamente en un centro hospitalario.
- Las familias que logran ayudar con éxito al paciente son las que saben aceptar la enfermedad, con sus consecuencias, y la ayuda ofrecida. También desarrollan una esperanza realista para el paciente y para sí mismos, entendiendo que es posible hacer frente a la enfermedad y vencerla.

15. Habilidades Sociales

Fomentar o reactivar las conductas no verbales de las situaciones sociales de la vida diaria

- Ayudar al individuo a utilizar los elementos paralingüísticos adecuados

al contexto: voz, ritmo, tono, emisión...

- Animar al individuo a buscar: distancia y postura interpersonal, movimientos corporales, contacto ocular y expresiones faciales, adecuados al contexto de la situación.

Fomentar o reactivar los aspectos manifiestos en las situaciones sociales de la vida diaria

- Fomentar los elementos receptivos (lo que el otro recibe): atención, interpretación, conocimiento de factores culturales y del contexto...
- Apoyar el equilibrio interactivo: momento de respuesta, turnos de conversación, refuerzo social al responder de manera adecuada...

Mejorar las capacidades cognitivas

Romper el círculo vicioso entre autorefor-

zamiento negativo y conductas evitativas, mediante:

- Modificar conductas para resolver problemas (buscar respuestas adaptativas).
- Fomentar autoverbalizaciones positivas.
- Promover una imagen positiva de sí mismo.

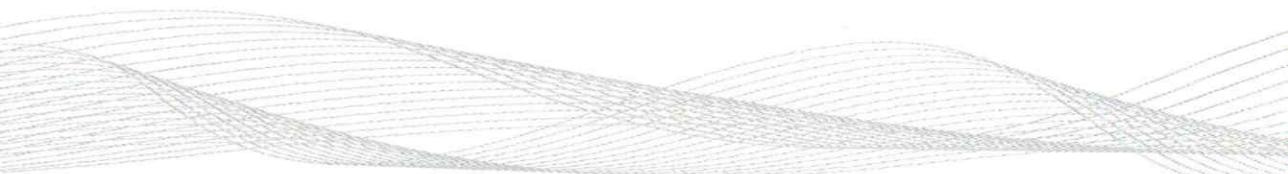
En la práctica, las técnicas de intervención en este subprograma son:

- Pre-estructuración cognitiva de adquisición de habilidades.
- Role-play (juego de roles).

El contenido terapéutico está constituido por situaciones de diferentes ámbitos sociales (en casa o en el centro, búsqueda de trabajo, contactos sociales en tiempo libre, etc.).

NOTAS CIENTÍFICAS





CONSENTIMIENTO INFORMADO

Informed consent

Quisbert, Amparo¹

Instituto de Investigación de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto, Villa Esperanza km 15, Ciudad de El Alto, Bolivia

¹ Docente de la Carrera de Enfermería, Universidad Pública de El Alto

Abstract

The informed consent is a procedure that is carried out in the area of the health, being constituted in a legal medical document, being able to present as a form or registered being in the clinical history that verifies that the patient or participant of the study has received and expert the information facilitated by the doctor or in personal consequence of health in charge of the diagnostic, therapeutic procedure or of investigation. The beginnings of the informed consent go back to the previous century, at the moment in several countries he/she already has their regulation for their obligatory use, in Bolivia this regulated being their obligatory use, to absence of this it can be used against the responsible for health. They exist today in day specific formats of informed consent to be used by the personnel of health according to the requirement that one has and the pathology that exists.

Keywords: Informed consent

Resumen

El consentimiento informado es un procedimiento que se realiza en el área de la salud, constituyéndose en un documento médico legal, pudiéndose presentar como un formulario o ser registrado en la historia clínica que verifica que el paciente o participante del estudio ha recibido y entendido la información facilitada por el médico o en consecuencia personal de salud encargado del procedimiento diagnóstico, terapéutico o de investigación. Los inicios del consentimiento informado se remontan al siglo anterior, actualmente en varios países ya tiene su reglamentación para su uso obligatorio, en Bolivia esta reglamentado siendo su uso obligatorio, a ausencia de este puede ser utilizado en contra del responsable de salud. Existen hoy en día formatos específicos de consentimiento informado para ser utilizado por el personal de salud según el requerimiento que se tenga y la patología que exista.

Palabras clave: Consentimiento, informado

1. Introducción

El consentimiento informado consiste en recibir información suficiente sobre algún procedimiento terapéutico o sobre el diagnóstico establecido, se debe entender esa información ya que debe ser dada en forma clara, al entender esta información el paciente o sujeto de estudio esta libre de aceptar o rechazar tales procedimientos ya que esa es su voluntad. Es así que las características de un consentimiento informado son, voluntariedad, información y comprensión.

En pacientes menores de edad, aquellos que tienen impedimento físico o mental para dar por sí mismos el consentimiento informado, será el familiar o el tutor responsable quien lo dé, previamente teniendo la información precisa explicada como para los demás pacientes. Siendo una de las reglas éticas dentro de la responsabilidad médica.

Los progenitores tienen autoridad y responsabilidad siempre que la ejerzan en beneficio de los pequeños, en la práctica actual se habla de una responsabilidad compartida entre los padres y los profesionales. Los profesionales responsables del área salud tienen la obligación ética de no dañar al paciente, que toda acción involucre menor riesgo y mayor beneficio para los niños.

En esta decisión influyen varios factores, cuestiones de valores, autoridad moral de los padres y el asesoramiento correcto de los padres por parte de los médicos y personal de salud. En caso de ser rechazado y que tal caso ponga en riesgo la vida del niño es oportuno solicitar asesoramiento del Comité de ética y solicitar el visto bueno por una autoridad judicial.

Historia

En la historia de la obtención del consentimiento informado tenemos como primer

antecedente un caso que data de 1914 y fue dictado en la causa "Schoendorff vs. Society of New York Hospital".

En este caso judicial se sostuvo que "todo ser humano adulto y sano mentalmente, tiene derecho a determinar qué es lo que el hará con su propio cuerpo, debiendo responsabilizarse al cirujano que practique una operación sin el consentimiento de su paciente".

Actualmente se lo considera un deber de los médicos y profesionales de salud y también es considerado un derecho de los pacientes.

El consentimiento informado en Bolivia

En nuestro país, mediante la Ley 3131 del ejercicio profesional médico, de 08 de agosto de 2005, y del Decreto Supremo 28562, de 22 de diciembre de 2005, el consentimiento informado es considerado una obligación.

Se tienen varias resoluciones, de obtención del consentimiento informado en diferentes casos como ser:

- En 1996 la entonces Secretaria Nacional de Salud emitió la Resolución Secretarial N° 0660 para la prevención y vigilancia del VIH / SIDA en Bolivia, Donde se hace referencia al consentimiento informado para la realización de la prueba.
- La Resolución Ministerial N° 0711, de 27 de noviembre de 2002, ratifica lo anterior, de forma más clara.
- El 17 de agosto de 2001, el Ministerio de Salud y Previsión Social aprueba la Normas, Reglas y protocolos de Anticoncepción. Mediante la Resolución Ministerial N° 0381. En esta se toma en cuenta el consentimiento informado para la anticoncepción quirúrgica voluntaria tanto para mujeres como para varones.

- El 21 de junio de 2006, Ministerio de Salud y Deportes, se emite la Resolución Ministerial N° 0377, en la cuál se pone en vigencia el Manual de Procesos para la Enfermedad del Chagas, y se consigna un formato específico de consentimiento informado.

Existe jurisprudencia internacional sobre la no obtención del consentimiento informado, habiéndose encontrado sanciones a médicos tratantes e instituciones al no encontrar tal instancia y ser comprobado la mala praxis denunciada.

Por tal motivo, es importante conocer la importancia que tiene la obtención del consentimiento informado en instituciones, en hospitales y verificar que esto se cumpla, el procedimiento de verificación será la auditoría interna.

Existen algunos formatos disponibles, para la obtención de consentimiento informado y el responsable de tomarlo deberá elegir el adecuado, entre estos tenemos:

- Ficha básica de consentimiento informado para hospitalización.
- Ficha Específica de consentimiento informado para intervenciones quirúrgicas.
- Ficha de consentimiento informado para procedimientos diagnósticos.
- Consentimiento informado para tratamiento de la enfermedad de Chagas.
- Consentimiento informado para transfusión sanguínea segura.
- Consentimiento informado para ligadura de trompas.
- Consentimiento informado para vasectomía.

El consentimiento informado en la investigación científica tiene los siguientes

antecedentes. En 1931, el Ministerio de Sanidad del Reich alemán, promulgó estrictas normas sobre la experimentación con seres humanos y la aplicación de productos terapéuticos en medicina.

De esta manera estas normas constituyen el primer código ético sobre ensayos clínicos. Tiene catorce artículos, de estos cuatro están relacionados al consentimiento informado.

Se entiende que el consentimiento informado en investigación es un proceso de comunicación e información entre el investigador y el participante del estudio durante todas las etapas que involucre la investigación.

Son partes del consentimiento informado en investigación, la descripción de la investigación, sus riesgos (previsibles, físicos, sociales y psicológicos), sus beneficios (esperados, reales, sin exageración), las alternativas, la confidencialidad, la indemnización, la duración del estudio, la explicación de la aleatorización o placebo. El sujeto de estudio es libre de aceptar o rechazar su participación.

2. Referencias bibliográficas

- Gaceta Oficial: Ley del Ejercicio Profesional Médico – Ley 3131
- OPS. Experimentos humanos, La Salud y los derechos humanos. Aspectos Éticos y morales. Publicación científica N° 574. OPS – OMS Washington D.C. 1999
- Estatuto Orgánico del Colegio Médico de Bolivia, 2004. Disponible en http://www.colegiomedicobolivia.org.bo/documentos/ESTATUTO_ORGANICOAmarro. M., Problemas éticos y bioéticos en enfermería. Ciencias Médicas; 2005. La Habana Cuba; 28
- Colegio Médico de Bolivia, Estatuto Orgánico y reglamentos del Colegio Médico de Bolivia, normas del código de ética y deontología médica, 2008: Trinidad Beni; 274-275.
- Ministerio de Salud y deportes. "Obtención del consentimiento informado. Publicación 65. La Paz Bolivia.; 2008

NECESIDAD DE UNA REFORMA UNIVERSITARIA EN EL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL

Need for University Reform in the National Public System

Vega Zenteno, Soraya¹

Instituto de Investigación en Enfermería y Ciencias de la Salud (IIEC), Universidad Pública de El Alto, Villa Esperanza km 15, Ciudad de El Alto, Bolivia

¹ Profesora de Anatomía y Fisiología Humana, Universidad Pública de El Alto, Bolivia,

Abstract

The university reform is an issue that becomes current from the perspective of change supposedly living our country since 2006, known envelope way, the role that should be played by the University system in our human development, also, while the earlier criticism they were centered in the withstood neoliberal model that we were still, currently though there were no decisive changes in the economic part, the role of universities should be changed according to the new social and cultural proposals contained within the New Political Constitution of the State and and the new way of understanding our own society.

Keywords: University reform, National Public System

Resumen

La reforma universitaria es un tema que se hace actual desde la perspectiva de cambio que supuestamente vive nuestro país a partir del año 2006, se conoce de sobre manera, el papel que debería jugar el sistema universitario dentro de nuestro desarrollo humano, sin embargo, si bien antes las criticas estaban centradas en el resistido modelo neoliberal que seguíamos, actualmente aunque no hubieron cambios decisivos en la parte económica, el rol de las universidades deberían cambiar de acuerdo a las nuevas propuestas sociales y culturales incluidas dentro de la nueva constitución política del estado y la nueva forma de entender a nuestra propia sociedad.

Palabras clave: Reforma universitaria, Sistema Público Nacional

1. Introducción

El tema de la reforma universitaria es un tema que se hace actual desde la perspectiva de cambio que supuestamente vive nuestro país a partir del año 2006, se conoce de sobre manera, el papel que debería jugar el sistema universitario dentro de nuestro desarrollo humano, sin embargo, si bien antes las críticas estaban centradas en el resistido modelo neoliberal que seguíamos, actualmente aunque no hubieron cambios decisivos en la parte económica, el rol de las universidades deberían cambiar de acuerdo a las nuevas propuestas sociales y culturales incluidas dentro de la nueva constitución política del estado y la nueva forma de entender a nuestra propia sociedad dentro la plurinacionalidad que se enarbola.

En ese sentido se debe considerar que muchos de los argumentos para la existencia del sistema público de universidades están escritos en las normas que los rigen, sin embargo no se los cumplen a cabalidad, y por el contrario se puede ver que la universidad es nada más que el reflejo de las antiguas políticas globales tanto económicas como culturales. Es por esto, que se propone una readequación de la normativa, la misión y visión de lo que vienen a significar las universidades públicas en nuestro nuevo Estado Plurinacional y quizás más aún, no la readequación de la normativa sino más bien, poner en práctica todo lo que dicen los mencionados documentos que presentan la misión y visión de la universidad, que de alguna manera tienen enunciados interesantes.

De esta manera, se presentan algunas reflexiones, además del análisis de la propuesta del Estatuto Orgánico de la Universidad Boliviana, tomando también en cuenta la experiencia encontrada en las universidades donde nos profesionalizamos y ahora desarrollamos nuestras

actividades académicas. A partir de una pequeña reseña histórica de la esencia que dio lugar a la existencia de las universidades, su papel, sus transformaciones y sus misiones. Se deben tomar en cuenta las propuestas de cambio que se consideren, justamente por la problemática encontrada en el desarrollo de las actividades académicas, administrativas, investigativas y de interacción social que se pudieron observar en las diferentes universidades públicas.

Debemos también mencionar que existen limitaciones para realizar el presente trabajo, y una de estas es ciertamente, la falta de debate interno en las diferentes instituciones de formación, y tal vez el no poder recoger opiniones diversas en los distintos estamentos de la comunidad universitaria; sin embargo se debería considerar el punto de partida para iniciar una discusión y análisis que englobe a todo el sistema con miras de mejorar la verdadera función de nuestras Casas Superiores de estudio.

2. Desarrollo

Todo el adelanto científico que se dio a partir del siglo XX y más aún en el nuevo siglo en el que estamos, nos ha llevado a pensar en la formación profesional a partir de una buena base de información que deberá ser transmitida y manipulada por los nuevos profesionales para lograr constituir una sociedad eficiente y excelente dentro de los parámetros del manejo tecnológico.

Sin embargo si no nos reducimos al simple hecho de manejo de información, conocimiento de la nueva tecnología, y obtención del poder; debemos comenzar a pensar desde un punto de vista más humano, mas social y mas objetivo; ver si en realidad la sociedad boliviana solo precisa de profesionales tecnológica-

mente capacitados o de aquellos que mencionamos muchas veces "profesionales capaces de resolver la problemática de su realidad" y ser contestatarios a los requerimientos propios de nuestra población.

Consideramos que la universidad desde la creación de su primera institución (San Francisco Xavier) en el año 1624, tuvo un origen de necesidad social, aunque por esos tiempos solo una élite ingresaba en ella, fue tornándose en el semillero contestatario al sistema gobernante de entonces, es en esta universidad donde se desarrollan las ideas libertarias para luego revelarse por una autonomía de la corona española. Con el pasar de los años justamente el papel contestatario se fue haciendo mucho más fuerte, al mismo tiempo que se pretendía lograr una autonomía de gobierno interno en cada una de las universidades a nivel latinoamericano; es a partir de las luchas de Córdova del año 1918 que se busca dicha autonomía en todas las universidades de América latina, justamente, para realzar lo que en esencia significa su denominación: "lugar autónomo de reflexión, investigación y difusión del saber" (1), todo este proceso de búsqueda de "autonomía" se refleja más que todo en el estamento estudiantil que buscaba además fortalecer su formación, que hasta entonces había estado siendo manejada con gran influencia de la iglesia católica.

Esa misma búsqueda de la autonomía, en los años treinta en nuestro País también contemplaba una reforma universitaria en relación a la forma como se gobernaba la institución, como se impartía la enseñanza y **como se formaban los profesionales**, es claro que en ese entonces, se dieron algunos adelantos importantes con la participación de los estudiantes y algunos docentes de avanzada, además del apoyo de algunos gobernantes; sin embargo no existió una verdadera

reforma en el hecho de hacer partícipe a la universidad en la relación clara con la sociedad, sea esto tal vez, debido a que la composición de la población universitaria era elitista y solo ésta podría aspirar a su profesionalización. Aunque en la reforma constitucional de 1938 se dan ya las pautas para el funcionamiento de las universidades del País, es a partir de la conformación del CEUB el año de 1982 que se comienza a pensar en una reforma educativa a nivel de las universidades, conformando la universidad boliviana y teniendo como ente matriz justamente al CEUB. Una vez conformada la universidad boliviana, se redacta su ESTATUTO ORGÁNICO, que resume su misión, principios, fines y objetivos, tomando en cuenta sin embargo las características propias de cada universidad así como el derecho a su autonomía.

Dentro la misión de la universidad pública boliviana nos menciona que: "...su misión es formar profesionales idóneos de reconocida calidad y excelencia académica con conciencia crítica y capacidad de crear, adaptar, transformar la ciencia y la tecnología universal para el desarrollo y progreso nacional...." (2) (subrayado nuestro)

Es a partir de este enunciado de la misión del estatuto orgánico que vamos a empezar a desarrollar el tema de la necesidad de una nueva reforma universitaria; que como se dijo muestra algunos artículos muy acertados en relación a lo que la universidad debería hacer con su sociedad, los mismos no se cumplen a cabalidad aún después de 30 años de habérselos manifestado.

Para esto podríamos empezar haciéndonos algunas interrogantes:

- Es realmente la universidad boliviana "la herramienta privilegiada para el desarrollo humano a través del conocimiento" (3)?

- Es la universidad boliviana la institución formadora de profesionales que nuestra sociedad requiere?
- Es la universidad boliviana la institución contestataria que nuestra sociedad solicita?
- No debería la universidad boliviana como ente institucional adaptarse a todo proceso de cambio de nuestra sociedad?
- Es necesaria una reforma educativa del sistema universitario que vaya acorde a los cambios que se tienen actualmente a partir de el denominado Estado Plurinacional y la nueva Constitución Política?

Si partimos del hecho de que la formación profesional debe estar dirigida a formar personas que respondan a las necesidades sociales pero además sean individuos capaces de enfrentar los problemas de esa sociedad y más que todo sepan solucionarlos, podríamos decir que nuestro sistema universitario no lo está haciendo, como tampoco hemos podido sentir a la universidad como aquel ente que nos dote de profesionales que ayuden al desarrollo del país por medio de sus conocimientos, parecería que la universidad se ha convertido nada mas en un ente a manera de “colegio superior de formación profesional y una empresa económica como cualquier otra” tal cual lo menciona el texto de A. Pena Vega. El papel social, cultural y político de las universidades se ha visto disminuido, desde que se mira a la universidad como un ente que tiene eficacia técnica y rentabilidad económica, pero que no juega ningún rol de valorización cultural y mirada crítica de los saberes, a partir de la mercantilización de los profesionales en absolutamente todas las carreras, debemos decir que la universidad se conforma con egresar profesionales que supuestamente el

“mercado laboral” requiere, no tomando en cuenta las verdaderas necesidades de nuestro País, tal es el caso de profesionales en salud que de hecho se menciona que no tienen espacio para ejercer, mientras que el área rural no cuenta con los servicios en salud necesarios y requeridos en la población, mucho menos el contar con infraestructura y equipamiento. Muchos de nuestros profesionales no logran ni siquiera prestar servicios a nuestra sociedad, por el contrario la fuga de ellos al exterior se hace necesaria debido a la falta de fuentes laborales, el menosprecio, la falta de valoración y las pocas expectativas que restan en nuestro medio.

Los momentos actuales dentro el contexto nacional y también internacional, nos muestran la necesidad de realizar un gran reforma universitaria en todo nuestro sistema desde el hecho de considerarnos actualmente un Estado Plurinacional donde tendrían que tomarse en cuenta la inclusión de valores culturales totalmente diferentes convirtiendo o retornando así a los principios de lo que significa la verdadera universidad, la formación relacionada con las verdaderas necesidades sociales, incurriendo en la reorganización académica con nuevas formas de pensar los modelos curriculares, con una renovación pedagógica acorde a las inclusiones culturales. La Inclusión cultural no necesariamente significa el querer valorar nuestra cultura con la vestimenta que podamos tener o el subtítulo que podamos utilizar para nombrar cualquier elemento académico, por el contrario, significa un VERDADERO RESCATE de nuestro pasado uniendo a los adelantos científicos y realizando la construcción de saberes actuales; creemos que esto sí nos otorgaría la diferencia. Asimismo debemos pensar en que la universidad necesita fortalecer la reflexión crítica y garantizar frente a todos los gobiernos la autonomía de pensamiento, hemos visto en el

pasado y también actualmente que existe intromisión política de los gobiernos de turno, esperando que nuestra institución sirva a intereses de grupo o partidarios dejando de lado lo que significa el ser netamente contestatario en defensa de los intereses de la sociedad, actualmente, no podemos negar que aún el gobierno "popular" actual realiza una intervención no directa en nuestras casas superiores de estudio, mediante algunas autoridades que simplemente buscan beneficios personales al querer quedar bien con la representación gubernamental o también el caso de recibir mayor apoyo económico si es que se tienen "buenas relaciones" con el gobierno, esto de alguna manera mella la denominada autonomía universitaria porque para pagar favores no se deben discutir temas que de hecho critican al gobierno.

En ese sentido la palabra "autonomía" queda reducida a un concepto de autonomía administrativa simplemente, no mostrando ninguna autonomía en la forma de expresar las ideas y concepciones que deberían regir a las distintas universidades logrando ser las instituciones que luchen en base a verdaderas capacidades y conocimientos para la defensa de todos los requerimientos y necesidades de nuestro pueblo, que hasta el momento no ha vislumbrado cambio alguno.

Cuando hablamos de una universidad pluricultural, debemos tomar en cuenta que los valores culturales deberán también ser rescatados, por lo tanto la universidad deberá dejar de ser una institución donde solo se tome en cuenta la instrumentalización del estudiante, la comercialización de las profesiones y la muy manejada lógica de la rentabilidad institucional, se debería poner en alto la nueva formación ética, debería darse lugar a una formación INTEGRAL del estudiante que se forma, La universidad debería transformarse totalmente

en un ente que conjugue pensamientos, que conjugue el saber, la enseñanza, la reflexión, la educación, pero además debe ser la institución donde el estudiante efectivamente pueda aprender a observar, escuchar, apreciar, criticar y proponer. Aunque en discurso la Universidad maneja la propuesta de una formación integral, en la realidad no se la cumple, algunos estudiantes en su estadía dentro las Universidades dicen ser conocedores de su realidad y francamente luchadores por mejorarla, sin embargo al profesionalizarse olvidan todos los preceptos adquiridos en ella y se transforman en profesionales ajenos a su realidad.

Es evidente que se hace necesaria una reforma universitaria tanto por el cambio de contexto nacional, como por los problemas internos que han surgido dentro de nuestro sistema universitario, existen propuestas de avanzada como el hecho de un NUEVO MODELO ACADÉMICO presentado por la confederación de docentes universitarios, sin embargo deberá realizarse un mayor análisis en la forma de impartir la formación en pre grado, deberán señalarse los problemas estructurales para lograr formar profesionales críticos y proponentes para solucionar el subdesarrollo de nuestro país. También se debe considerar que no es solo la parte académica la que debe sufrir una reforma sino toda la composición institucional, desde el manejo del gobierno universitario que muchos problemas ha enfrentado hasta el momento, los avances que se puedan dar o los cambios que se deban dar, no deben significar restricciones o lamentos de ninguno de los estamentos de la comunidad universitaria, por el contrario deberán mostrar el camino hacia una mejora institucional, las reformas en la parte administrativa, también deberán ser sustanciales debido al gran problema económico que esto significa y que en muchos casos hacen pensar en un malgastar de recursos que

supuestamente van en contra de la formación de los estudiantes.

Vamos a coincidir con las propuestas de la reforma universitaria a nivel de Latinoamérica cuando se menciona que la universidad deberá integrarse a la educación secundaria para poder posteriormente recibir a estos jóvenes dentro de sus aulas, deberá considerarse a la universidad no como un ente autónomo en el sentido de apoyo económico social y cultural. En base a esto la universidad boliviana debe preguntarse si en algún momento se la ha dejado ser partícipe de la discusión sobre la "nueva" ley de la educación o si por lo menos se ha podido dar algunas directrices para fortalecer la misma; estamos consientes que aquello no ha ocurrido, sin embargo las universidades somos los receptores mayoritarios de toda aquella población estudiantil que llega a profesionalizarse luego de la secundaria, entonces porque el aislamiento de las universidades en el análisis de los problemas de la educación tanto primaria como secundaria?, Acaso un aporte institucional no nos llevaría a repensar la nueva forma de formar bachilleres?

La universidad también tiene la obligación de fortalecer sus relaciones de interacción con la sociedad, si bien se tiene la interacción como un elemento importante dentro las funciones universitarias no se ven resultados impactantes, la mayoría de investigaciones que se realizan en nuestro País deberían estar dirigidos a esta interacción con la sociedad, a solucionar los verdaderos problemas que tenemos, por lo tanto la ligazón entre la interacción, investigación y solución de problemas debería estar más fortalecido, de esta manera la universidad se convertiría en un verdadero ente de referencia para el desarrollo humano de nuestro País.

3. Conclusiones

Como se puede ver, en un artículo es difícil realizar un análisis exhaustivo sobre todas las interrogantes planteadas sobre la problemática de la Universidad, no solo en nuestro País sino en toda América Latina, asimismo, consideramos que los puntos de vista pueden ser diversos y la discusión enriquecedora, el problema es cuando empezamos y a partir de quienes.

Es importante plantearse el tema de reforma universitaria dentro de nuestro sistema pero deberán tomarse en cuenta las diferentes necesidades estamentarias así como también las diversas propuestas que nos lleven a la discusión y el debate genuino y racional incluyendo todos los aspectos mencionados anteriormente. Una revolución universitaria no significa el poder en manos de un estamento como antes se pensaba ya que la concepción de poder ha cambiado, tenemos una universidad del sistema donde el "poder" está en manos de los estudiantes pero hasta el momento no se visualiza ninguna diferencia con las otras universidades, hemos caído en la prebenda mucho más rápido que las otras casas superiores de estudio, existe tanto dinero en manos de los estudiantes que hasta "se paga" para ser dirigentes, por lo tanto estamos marcando la verdadera diferencia y rescatando lo que significaba la frase de la universidad para el pueblo?

Tenemos un ente matriz que es el CEUB; que supuestamente está destinado a organizar todo el sistema universitario público, aunque en la realidad lo que hace son funciones netamente burocráticas, el CEUB debería proponer el debate interno en cada una de las universidades que conforman el sistema, tenemos los medios necesarios para mostrar a nuestra sociedad que el sistema universitario está dispuesto a ponerse al lado de los diferentes cambios y necesidades sociales,

supuestamente van en contra de la formación de los estudiantes.

Vamos a coincidir con las propuestas de la reforma universitaria a nivel de Latinoamérica cuando se menciona que la universidad deberá integrarse a la educación secundaria para poder posteriormente recibir a estos jóvenes dentro de sus aulas, deberá considerarse a la universidad no como un ente autónomo en el sentido de apoyo económico social y cultural. En base a esto la universidad boliviana debe preguntarse si en algún momento se la ha dejado ser partícipe de la discusión sobre la "nueva" ley de la educación o si por lo menos se ha podido dar algunas directrices para fortalecer la misma; estamos consientes que aquello no ha ocurrido, sin embargo las universidades somos los receptores mayoritarios de toda aquella población estudiantil que llega a profesionalizarse luego de la secundaria, entonces porque el aislamiento de las universidades en el análisis de los problemas de la educación tanto primaria como secundaria?, Acaso un aporte institucional no nos llevaría a repensar la nueva forma de formar bachilleres?

La universidad también tiene la obligación de fortalecer sus relaciones de interacción con la sociedad, si bien se tiene la interacción como un elemento importante dentro las funciones universitarias no se ven resultados impactantes, la mayoría de investigaciones que se realizan en nuestro País deberían estar dirigidos a esta interacción con la sociedad, a solucionar los verdaderos problemas que tenemos, por lo tanto la ligazón entre la interacción, investigación y solución de problemas debería estar más fortalecido, de esta manera la universidad se convertiría en un verdadero ente de referencia para el desarrollo humano de nuestro País.

3. Conclusiones

Como se puede ver, en un artículo es difícil realizar un análisis exhaustivo sobre todas las interrogantes planteadas sobre la problemática de la Universidad, no solo en nuestro País sino en toda América Latina, asimismo, consideramos que los puntos de vista pueden ser diversos y la discusión enriquecedora, el problema es cuando empezamos y a partir de quienes.

Es importante plantearse el tema de reforma universitaria dentro de nuestro sistema pero deberán tomarse en cuenta las diferentes necesidades estamentarias así como también las diversas propuestas que nos lleven a la discusión y el debate genuino y racional incluyendo todos los aspectos mencionados anteriormente. Una revolución universitaria no significa el poder en manos de un estamento como antes se pensaba ya que la concepción de poder ha cambiado, tenemos una universidad del sistema donde el "poder" está en manos de los estudiantes pero hasta el momento no se visualiza ninguna diferencia con las otras universidades, hemos caído en la prebenda mucho más rápido que las otras casas superiores de estudio, existe tanto dinero en manos de los estudiantes que hasta "se paga" para ser dirigentes, por lo tanto estamos marcando la verdadera diferencia y rescatando lo que significaba la frase de la universidad para el pueblo?

Tenemos un ente matriz que es el CEUB; que supuestamente está destinado a organizar todo el sistema universitario público, aunque en la realidad lo que hace son funciones netamente burocráticas, el CEUB debería proponer el debate interno en cada una de las universidades que conforman el sistema, tenemos los medios necesarios para mostrar a nuestra sociedad que el sistema universitario está dispuesto a ponerse al lado de los diferentes cambios y necesidades sociales,

cambios que se quedan en discursos cuando no existe un verdadero trabajo que muestre hacia donde debemos apuntar, tenemos la capacidad de demostrar a la sociedad que así como somos capaces de formar profesionales capacitados tanto técnica como socialmente para dar respuesta a la problemática de nuestro País.

Si bien existen muchos problemas que restan por mejorar y discutir en los diferentes niveles del Sistema Universitario Público y deberá hacérselo con todos los estamentos universitarios, se tiene que ser enfático cuando se menciona que los problemas universitarios deben ser solucionados también por la población universitaria y no así con la intromisión de ningún ente gubernamental o de cualquier otro origen, consideramos que somos capaces de realizar estas reformas que solo mejoraran la profesionalización de nuestros estudiantes y coadyuvarán al desarrollo nacional.

4. Referencias bibliográficas

- CEUB (2003). X Congreso Nacional de universidades, Cobija Pando.
- Flecha Ramón; Iolanda Tortajada. Retos y salidas educativas en la entrada del siglo. Universidad de Barcelona.
- Pena Vega A.; Morin A. Archiche; García G. Pensar la reforma de la universidad. Cuadernos de propuesta por el siglo XXI. Ediciones Charles Leopold Mayer, Capítulo I al V
- Serrudo, O. Maruja (2006). Historia de la universidad boliviana. UMSA Bolivia,

Citas Bibliográficas

- Pensar la Reforma de la Universidad; Pena Vega A.; Morin A. Archiche; García G. pág. 11
- Documentos del X Congreso Nacional de Universidades; Estatuto orgánico de la universidad boliviana pág. 121
- Pensar la Reforma de la Universidad Pena Vega A.; Morin A. Archiche; García G, pág. 9



UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO

CREADA POR LEY 2115 DEL 5 DE SEPTIEMBRE DEL 2000

AUTÓNOMA POR LEY 2556 DEL 12 DE SEPTIEMBRE DEL 2003

¡LA UNIVERSIDAD PÚBLICA DE EL ALTO AL SERVICIO DE SU PUEBLO!

- | | | | |
|----|--------------------------------------|----|----------------------------------|
| 1 | Administración de Empresas | 18 | Medicina |
| 2 | Arquitectura | 19 | Medicina Veterinaria y Zootecnia |
| 3 | Ciencias de la Educación | 20 | Odontología |
| 4 | Ciencias del Desarrollo | 21 | Sociología |
| 5 | Comunicación Social | 22 | Trabajo Social |
| 6 | Contaduría Pública | 23 | Ingeniería Textil |
| 7 | Derecho | 24 | Ingeniería Ambiental |
| 8 | Economía | 25 | Ingeniería Eléctrica |
| 9 | Enfermería | 26 | Ingeniería Autotrónica |
| 10 | Historia | 27 | Física y Energías Alternativas |
| 11 | Ingeniería en Producción Empresarial | 28 | Artes Plásticas |
| 12 | Ingeniería Agronómica | 29 | Ciencias Políticas |
| 13 | Ingeniería Civil | 30 | Educación Parvularia |
| 14 | Ingeniería de Gas y Petroquímica | 31 | Gestión Turística y Hotelera |
| 15 | Ingeniería de Sistemas | 32 | Comercio Internacional |
| 16 | Ingeniería Electrónica | 33 | Nutrición y dietética |
| 17 | Lingüística | 34 | Zootecnia e Industria Pecuaria |
| | | 35 | Psicología |

DICyT

Dirección de Investigación
Ciencia y Tecnología

Dirección:

Avenida Sucre (Villa Esperanza) s/n

Teléfono: (591-2) **2844177**

Fax: (591-2) 2845800

Sitio web: www.upea.edu.bo