



CREADA EN 2014  
UNIVERSIDAD MAYOR, REAL Y PONTIFICIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
Dir.: Zona Santa Bárbara s/n Telf. Fax. (591)(4)6447756 www.usfx.info/enfermeria/ e.mail: fceo@usfx.info

RECTOR U.M.R.P.S.F.X.CH.  
Ing. Walter Arízaga Cervantes

VCERRECTOR U.M.R.P.S.F.X.CH.  
Ing. Eduardo Rivero Zurita

DECANA FACULTADA Cs. ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
Lic. Nancy Manjón Calvimontes

DIRECTORA CARRERA DE ENFERMERÍA  
Lic. Riosed Paredes Avilés

COORDINADORA CARRERA DE ENFERMERÍA OBSTETRIZ  
Lic. Zulema Rodríguez Bejarano

COORDINADORA PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES DE ENFERMERÍA  
Lic. Mary Aguilar Córdova

DIRECTOR ENFERvida  
Lic. Nancy Manjón Calvimontes

RESPONSABLE EDITORIAL ENFER vida  
Lic. Scarley Martínez Pérez

#### COMITÉ EDITORIAL

- Lic. Riosed Paredes Avilés
- Lic. Zulema Rodríguez Bejarano
- Lic. Judith Cisneros Dávalos
- Lic. Luisa Orellana Salas

#### COMITÉ CIENTÍFICO

Lic. Haydeé Padilla ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Lic. Rosa Francisca Jimenez UNIVERSIDAD DE ALMERÍA  
Lic. Margarita Cárdenas UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

ENFERvida es una publicación semestral de la Facultad de Ciencias de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca, publica contribuciones originales relacionadas con la educación y la práctica de la salud en general y de la Enfermería en particular, en cualquiera de sus campos de desempeño y sus aportes al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de las poblaciones y al desarrollo institucional y de los sistemas de salud.

#### DECLARACIÓN DE DERECHOS

La Facultad de Ciencias de Enfermería y Obstetricia y los editores, no son responsables por consecuencias devenidas del uso de información contenida en ésta revista. La opinión expresa de los autores, no corresponde necesariamente con la posición de la Facultad, o de la Revista. Los artículos son de propiedad de la revista y su reproducción solo está autorizada, citando la fuente original.

#### FORMATOS

ENFERvida, se encuentra disponible en formato físico, con tiraje de 250 ejemplares y en formato virtual

#### FUENTES DE INDEXACIÓN

Revistas Bolivianas

D.L.: 3-3-29-12P.O. ISSN: 2225-7934 Vol.1, n.1. junio 2014  
Sucre, Bolivia, 2014  
Publicación semestral

## EDITORIAL

Las condiciones de surgimiento y desarrollo del quehacer científico en Enfermería, sugieren un diálogo de un modo de hacer ciencia, o sea, aquel basado específicamente en el constructo positivista del objeto de la profesión, el ser, cuya atención y cuidados, han estado encargados a enfermería fuera de toda duda, desde mediados del siglo XIX.

La revisión somera de la producción disponible en torno a la investigación en Enfermería, sugiere a la academia, una nueva manera de enfocar la formación, pues este quehacer, está lejos de ser un conjunto unificado de principios promulgados por grupos de académicos relacionados, vale decir que este campo se define a partir de una serie de tensiones esenciales, contradicciones y dudas, pues los temas y preocupaciones de la investigación en enfermería son completamente diferentes a los de la medicina o la antropología, aún cuando tratan de salud y estudian al hombre y su comportamiento.

Enfermería concibe el método científico como algo instituyente, dinámico y dialéctico, con un orden no necesariamente lineal, que aun cuando puede emplear diseños y técnicas establecidos y utilizados por otros investigadores, requiere una gran creatividad y una toma de decisiones constante, cuidando de no asumir la flexibilidad como ausencia de organización y planeación científica, con rigor científico más no con rigidez y con una relación permanente de reflexividad frente al contexto a nivel del objeto de estudio y el método.

Finalmente, resulta importante recordar, que hasta hace unos cuantos años era práctica común escuchar en el medio académico que la única forma de aprendizaje de la investigación, era incorporándose al trabajo de un investigador ya formado. Dicha apreciación dista de ser aceptada por unanimidad en la actualidad, pues a pesar de las numerosas críticas formuladas sobre el proceso de formación de los recursos humanos, múltiples alternativas han aparecido, de modo tal que se han diversificado los procesos y mecanismos de formación de los profesionales interesados en el tema y los productos así lo demuestran.

La novel Facultad de Ciencias de Enfermería y Obstetricia, comprende, valora y reconoce los avances de la ciencia enfermera y asume el reto de aportar a su construcción y difusión desde el abordaje de modernos paradigmas y teorías disciplinares de avanzada.

Lic. Nancy Manjón Calvimontes

**DECANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

## CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL SUMI. SUCRE 2006

RIOSED Paredes Avilés, SCARLEY Martínez Pérez

Recibido en 12/ 2013

Acceptado en 01/ 2014

### RESUMEN

*El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), es la estrategia más importante de la política nacional de salud, sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, el impacto que ha tenido en la población todavía no es el esperado. El presente estudio se centra en la importancia de averiguar los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en general y personal de salud respecto al SUMI. El diseño es cuantitativo, transversal y observacional. Con el fin de coleccionar la información, se diseñó una encuesta para usuarios externos, otra para usuarios internos, y una guía de observación que se aplicó durante la interacción del personal con los usuarios. Los resultados muestran que los conocimientos de la población son escasos, confusos y hasta contradictorios. A la vez, hay actitudes positivas para informarse más sobre el SUMI pero no hay acciones prácticas que puedan dar como resultado una buena información de la población. Asimismo, el personal de salud ha demostrado un conocimiento suficiente, sobre la normativa, bases conceptuales y de aplicación práctica del SUMI, pero escasas actividades que fomenten la difusión y participación de la población en el mismo, siendo necesario establecer canales de comunicación e información con la población para poder dotar de información comprensible, clara y precisa sobre el SUMI, así como brindando además las condiciones satisfactorias al personal de salud para que ejerza su labor informativa con la población.*

### SUMI - SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL

#### INTRODUCCIÓN

En el marco de aplicación de la Ley de Participación Popular y como política pública, el 21 de noviembre de 2002 se promulga la Ley 2426 del SEGURO UNIVESAL MATERNO INFANTIL "SUMI" con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto, a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad, este seguro es una prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza y son los Gobiernos Municipales, los responsables de implementarlo.

Complementariamente, se introduce el nuevo modelo de gestión compartida en salud conformando los Directorios Locales de Salud (DILOS), que instancia de autoridad local en cada municipio.

La participación ciudadana en el ejercicio de su derecho a la salud, se ha visto incrementada a partir de la intensificación de la difusión, tanto de las prestaciones como de las condiciones para filiación de niños menores de 5 años y de mujeres embarazadas, surge por ello el problema que motiva la investigación ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de clientes internos y externos del SUMI de los hospitales Santa Bárbara, San Pedro Claver, Poconas y Jaime Sánchez Pórcel de la ciudad de Sucre?

Para cuyo efecto se ha planteado como objetivo general, el Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas más relevantes, de clientes internos y externos del SUMI en los 4 hospitales de Sucre, durante la gestión 2006

Si bien, no existen datos de investigaciones anteriores en este sentido, asumimos como hipótesis que los conocimientos del SUMI no son los suficientes para conseguir actitudes y prácticas satisfactorias y favorables a sus beneficiarios.

## DISEÑO METODOLÓGICO

El tipo de investigación es cuantitativo – cualitativo, transversal y observacional.

Las áreas de estudio estuvieron representadas por 4 hospitales del municipio de Sucre en donde se prestan atenciones del SUMI, a saber: Hospital Gineco-Obstétrico “Dr. Jaime Sánchez Pórcel”, Hospital Universitario Santa Bárbara, Hospital de Poconas, Hospital San Pedro Claver de Lajastambo.

Básicamente se utilizaron tres instrumentos para la recolección de datos: un cuestionario semiestructurado para entrevistas a usuarios externos del SUMI (Beneficiarios), un cuestionario estructurado para encuesta a usuarios internos del SUMI (Personal de salud) y la guía de observación.

Para este estudio, se calculó una muestra poblacional teniendo como referencia la afluencia de pacientes a las áreas de influencia y el número de personal que trabaja en dichos centros.

En cada área de influencia se procedió a calcular el tamaño de la muestra con el software STATS TM con tres datos básicos: el tamaño del universo, la proporción asumida de CAP, en este caso 50% y el peor valor esperado del 25%. El tamaño de muestra obtenido fue escogido para un nivel de significación del 95% haciéndose los cálculos para cada centro sanitario.

El proceso de atención en consultorio a beneficiarios del SUMI fue registrado en la guía de observación.

## RESULTADOS

### USUARIOS EXTERNOS

- 78% de los informantes, identifican a los menores de 5 años y mujeres embarazadas hasta 6 meses de puerperio como los beneficiarios del SUMI, en tanto que 17% no sabe quiénes pueden ser beneficiarios.
- Hay una actitud eminentemente positiva hacia el recibir información en relación al SUMI y todo lo relacionado al mismo. Solo un pequeño porcentaje (5%) ha indicado

que no está interesado en informarse al respecto.

- La mayor parte de la población (68%), aunque tiene una actitud positiva en querer informarse acerca del SUMI, no busca medios para hacerlo.

### USUARIOS INTERNOS

- La mayoría del personal de salud, no conoce cuál es la Ley del SUMI, promulgada en noviembre del 2002 y de aplicación a partir del 1 de enero de 2003, que es la Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil.
- Todos los profesionales que trabajan en los centros hospitalarios estudiados, coinciden en que estarían dispuestos a prestar información a los pacientes acerca del SUMI y las reglamentaciones que este otorga a sus beneficiarios, así como los derechos y deberes de los usuarios. A excepción de una pequeña minoría (2%), el resto del personal tiene una actitud positiva hacia la información.
- Hay una relativa minoría (32%) que informa y busca informar a los pacientes sobre sus derechos y deberes en el SUMI y todo lo relacionado a él. La restante mayoría relativa, no lo hace.
- No hay una participación evidente del personal en la promoción del SUMI, sin embargo hay una participación de la mayoría en su simple difusión. El medio más común para esto es la conversación.

### DISCUSIÓN

Hay una disparidad visible entre el pensar y el actuar, los pacientes afirman querer informarse, sin embargo, en la práctica no se demuestra dicho interés, por tanto, podemos inferir que la falta de preocupación de informarse, a pesar del interés que se plantea, no depende de las instituciones, ni del personal de salud solamente, sino que pueden ser atribuidas específicamente a la población.

El personal sanitario se encuentra familiarizado con la normativa y aplicación práctica del SUMI y conoce a cabalidad sus alcances.

Sin embargo, hay cierta brecha de desconocimiento del marco legal que respalda al SUMI, puesto que un buen porcentaje no conoce la Ley 2426 del mismo.

Por otra parte, se pudo evidenciar que el personal de apoyo que presta servicios en los hospitales, no ha accedido a la información necesaria respecto del SUMI, situación que alarma, pues es evidente el contacto que éste tiene con los pacientes. Le sigue el grupo de los Administrativos, con menor riesgo pero iguales implicancias.

Igual que en los usuarios externos, hay una desigualdad entre el querer y el actuar, con respecto al brindar información a los pacientes respecto al SUMI y lo relacionado con el mismo.

Los hospitales de Poconas, Santa Bárbara y Gineco-Obstétrico son los que se muestran más dispuestos a informar a la población.

San Pedro Claver demuestra poca importancia del personal hacia prácticas informativas a la población, aunque supuestamente hay el deseo de hacerlo. Quizás también por ello, la población que asiste a este centro es la menos motivada a la información, pero la más satisfecha con la atención de acuerdo a lo expresado por ellos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GARCÍA, A. *Enfermería Comunitaria Bases Teóricas*, Editor: DAE, SL Segunda Edición 2002. Madrid España
- GACETA OFICIAL. *Ley de Participación Popular*. Abril 1994.
- GACETA OFICIAL. *Reglamento de la Ley de Participación Popular*. Julio 1994
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. *Manual de Procesos Administrativos del SUMI*. Tercera Edición 2006. La Paz – Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. *Paquetes y Prestaciones del SUMI*. Tercera Edición 2006. La Paz – Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. *Libro Marco Legal Seguro Universal Materno Infantil*. Segunda Edición 2006. La Paz Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. *Protocolos del SUMI*. Tercera Edición 2006. La Paz Bolivia.
- RAMOS, Enrique. *Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas*. Editor: DAE, SL. Segunda Edición 2002. Madrid España.
- RUIZ, Ma. Dolores. *Enfermería del Niño y Adolescente*. Editor: DAE, SL. Segunda Edición, 2003.
- SAN MARTÍN, Hernán "Salud y Enfermedad" Editorial Copilco 1999. 4ta. Edición.
- UNICEF. *La Niñez y la Mujer en Bolivia (Análisis de la Situación 1999)*
- [www.sns.gov.bo/bolsns/principal.htm](http://www.sns.gov.bo/bolsns/principal.htm)
- [www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&SE=SNI](http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&SE=SNI)
- [www.bvsp.org.bo/](http://www.bvsp.org.bo/)

## CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL ADULTO MAYOR EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD EN SUCRE, 2006

FIDELIA Reyes Llanque, MARIA E. Santos Párraga

Recibido en 11/ 2013  
Aceptado en 01/ 2014

### RESUMEN

*La presente investigación, nace de una inquietud generada por la observación de la atención que se brinda en los establecimientos de salud a los adultos mayores por parte de las profesionales enfermeras. En este sentido nos planteamos como objetivo principal de la investigación, el determinar la calidad del Cuidado de Enfermería que se brinda al Adulto Mayor en los diferentes niveles de atención de salud del municipio de Sucre.*

*El estudio fue cuali – cuantitativo, transversal descriptivo, la técnica utilizada fue la entrevista a través del cuestionario semi - estructurado que se aplicó en el primer, segundo y tercer nivel de atención de salud, donde acuden este grupo etario para su atención de salud.*

*Los resultados encontrados en el análisis de las diferentes variables, muestran que un gran porcentaje de las licenciadas no brindan cuidados de calidad por varias razones que amerita sean atendidas por las autoridades sanitarias. De la misma forma los adultos mayores manifiestan su insatisfacción con los cuidados de enfermería recibidos.*

*Finalmente podemos mencionar que la investigación realizada confirma que los cuidados de enfermería no están acordes a las necesidades de salud del adulto mayor y que sobretodo no existen servicios de salud especializados para dar atención de salud en forma calificada, situación que requiere ser atendida para dar respuesta a las necesidades identificadas.*

ADULTO MAYOR - CUIDADO DE ENFERMERÍA - CALIDAD

### INTRODUCCIÓN

En los últimos treinta años del siglo XX, la dinámica demográfica se modificó por el intenso descenso de la fecundidad y por consecuencia la estructura de las edades de la población. Estamos en una época en que el mundo comienza su destino demográfico al envejecimiento; ahora, la preocupación por el cambio poblacional apunta a considerarlo como uno de los problemas socioeconómicos más trascendentes del siglo XXI.

En el año 2005 la población mundial reunía el 29.9% en edades infantiles y el 6.9% en edades avanzadas; al año 2050 el grupo infantil disminuirá al 21% y el de 65 y más se incrementa notablemente a 15.6%. En síntesis, el próximo medio siglo el envejecimiento del mundo se representará con un aumento de 1,041 millones de habitantes de 65 años y más, de los cuales 14% corresponden a países desarrollados, 77% en vías de desarrollo y solo el 9% a los de bajo desarrollo social y económico, se requerirá un cambio gradual en el perfil de recursos físicos y humanos en la educación, la salud y el empleo.

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etario, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores.

En Bolivia uno de los beneficios que se crea el gobierno es “El Seguro Médico Gratuito de Vejez” que no llega al área rural por lo que solamente la mitad de quienes deberían estar asegurados lo están. La mitad de las personas de edad trabajan en la agricultura, crianza de animales y pesca y la cuarta parte en labores domésticas del hogar. Solamente el 20% de los mayores de 60 años en el país cuenta con una renta. Siendo beneficiarios de ésta, sobre todo los hombres del área urbana, las mujeres y los campesinos en una proporción mucho menor, reciben también rentas muy bajas. Debido a la penosa situación económica que viven los ancianos y ancianas bolivianos, el Bono-dignidad es un ingreso complementario

esencial, en la mayor parte de los casos, la mayor parte de este es gastado para satisfacer necesidades elementales de subsistencia.

En este contexto, la calidad de cuidado de enfermería se basa en una concepción integral del individuo anciano, sea cual fuere su situación en el proceso salud / enfermedad. Preservando el derecho del anciano a salvaguardar su autonomía, su dignidad, su autoestima y a participar en las decisiones que le afecten, tendientes a mejorar su calidad de vida.

Trabajar con el anciano en la identificación y aceptación de sus limitaciones y dependencias y en la elección del soporte necesario para superarlas facilita la participación del anciano en la toma de decisiones con respecto a la satisfacción de sus necesidades.

En el estado de salud de un adulto mayor influyen distintos factores tales como: influencia genética, habilidades cognitivas, edad, sexo, ambiente, estilos de vida, localización geográfica, cultura, religión, estándar de vida, creencias y prácticas de salud, experiencias previas de salud, sistemas de apoyo, entre otras dimensiones.

Al valorar a un adulto mayor es necesario hacerlo en una perspectiva integral para identificar los problemas físicos, psicológicos y sociales que presentan ellos y sus cuidadores.

El envejecimiento es parte del continuo del hombre en el ciclo vital, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse en forma paulatina y en un momento determinado mostrar sólo algunas características. La enfermedad no debe considerarse como un fenómeno de envejecimiento, sin embargo, cuando se identifica una desviación de salud es importante sospechar la asociación con otros trastornos, ya que la interacción constituye una característica de este proceso; la clasificación del envejecimiento ha cambiado en los últimos años y en nuestro país se considera adulto mayor al que tiene 65 años y más, sin diferenciación con las edades más avanzadas.

## MÉTODOS

Estudio fue cuali – cuantitativo, transversal descriptivo, se calculó una muestra poblacional, teniendo como referencia la afluencia de pacientes a los servicios de salud y el número de personal de enfermería que trabajan en los servicios de salud de 1º y 3er. lugar.

La muestra fue calculada en STATS. TM, considerando un 50 % de probabilidad de que los entrevistados adultos mayores, tengan o no las variables de estudio, considerando como universo 400 adultos mayores. A la muestra calculada se adicionó un 5% ante posibles descartes por deterioro, falta de colaboración y aspectos técnicos.

Para la elección del personal de enfermería a ser involucrado en el estudio, se procedió de la misma manera que para las personas internadas y ambulatorias, siendo el total del universo 176 enfermeras de los tres niveles.

La selección del personal de enfermería se realizó al azar simple de acuerdo a listas de funcionarios y las elegidas serán parte de estudio de cada establecimiento de salud.

La técnica principal para la colecta de datos, fue la entrevista con cuestionarios semi estructurados, siendo el cuestionario aplicado a la población adulta por encuestadores en forma directa. En el caso del personal de enfermería se realizó utilizando la misma técnica de recolección de datos.

La muestra se calculó en Software EpiInfo 2003, SPSS, Visual Basic y EXCEL, Software EpiInfo está orientado a la evaluación estadística específicamente de cuestionarios.

El SPSS se usó como apoyo en algunas evaluaciones numéricas más que todo y como graficador se utilizó el EXCEL por la calidad de gráficos que se pueden obtener.

El Visual Basic se creó para la interfase de datos para la introducción de datos, ahorrando tiempo en la introducción de datos.

## RESULTADOS

- El 88% de las Lic. No tiene formación en cursos de formación continua y sobre todo

el post-grado en el cuidado del adulto mayor.

- Las causas que señalan por las que no recibieron actualización fue por falta de interés, falta de recursos y principalmente porque que el tema no se prioriza el tema.
- El 73.02 % de los servicios visitados en el presente estudio no cuenta con la prestación del Seguro de Vejez.
- Un 85.71%, refiere conocer el tema de calidad en la atención de pacientes en general y un 57.14% conoce sobre la calidad total en el cuidado del adulto mayor.
- El 87.30 % de las instituciones visitadas no cuenta con ambiente apropiado, medicamentos e necesarios, recursos humano suficiente para la atención del adulto mayor.
- Más de 50% de los adultos mayores que recibieron atención en los servicios de 1er. 3er. nivel muestran insatisfacción con las atenciones recibidas.

## REFERENCIAS

- PIETRA DE INCOLA "Geriatría" Edición Moderna, S.A.deC.U,Editorial Manual Moderno 2000 México, D.F. - Santa fe de Bogota
- M GARCÍA HERNÁNDEZ-MARIA PILAR TORRES AGEA-ESPERANZA BALLESTEROS PÉREZ "Enfermería Geriátrica" 2da Edición 2004 Editorial Masson Barcelona – Madrid
- INE: Bolivia, Situación de la Tercera Edad. pg.43. 2005
- Base de Datos Internacionales: Centro de Programas Internacionales, oficina de censos de EEUU. OPS/OMS 2004.

## DISCUSIÓN

Si bien se aprecian algunos porcentajes representativos en la importancia de dar el cuidado de enfermería con calidad a los adultos Mayores, existen algunas variables que muestran serias deficiencias en cuanto a la formación, actualización de contenidos dirigidos a los adultos mayores en las licenciadas de enfermería, careciendo también de la infraestructura, equipos, materiales e insumos para el cuidado. Por otra parte los adultos mayores si bien indicaron que están contentos con la atención en los diferentes establecimientos de salud, solicitan que esta atención sea por personal calificado y que además sean especialistas en el área.

En la actualidad no existe investigaciones acerca de la calidad de cuidados de enfermería, solo se cuenta con indicadores sociodemográficos y culturales de la población adulta mayor publicada por la Organización Internacinacional de Helpach.



## ENFOQUE INTERCULTURAL EN EL CURRÍCULO DE LA CARRERA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA. SUCRE, 2007.

JOSE L. Hurtado Zambrana; LUISA Orellana Salas; NANCY Manjón Calvimontes;  
ROSARIO Pérez Mendoza

Recibido en 12/ 2013  
Aceptado en 02/ 2014

### RESUMEN

*Bolivia es un país multicultural, con grandes brechas de acceso a los servicios básicos; una gran barrera de atención en salud, que genera exclusión y discriminación social, es la inadecuación de los servicios a la cultura del usuario. El personal de salud, agente clave de cambio social, debe estar formado en la perspectiva del enfoque intercultural; los currículos deben ser respuestas concretas a la demanda social en la formación del profesional. La presente investigación tiene como objetivo indagar si el currículo de la Carrera de Enfermería considera y desarrolla el enfoque intercultural en la formación de sus alumnas. Se efectuó una investigación descriptiva transversal de enfoque cualicuantitativo. Los resultados indican que el componente de interculturalidad no está explícitamente incluido en el currículo de la carrera; se advierte algunas iniciativas esporádicas y aisladas sobre el tema; la alumnas no tienen una formación en el enfoque intercultural, los prestadores de servicios no coadyuvan en el logro de este propósito, existe una insatisfacción de los usuarios con la atención de las alumnas; las autoridades universitarias consideran urgente la inclusión de este tema en el currículo.*

CURRÍCULO, INTERCULTURALIDAD, ENFERMERÍA.

### INTRODUCCION

La Interculturalidad entendida como la relación entre personas o grupos sociales de diversas culturas, se dá prácticamente en cualquier encuentro entre los prestadores de servicios de salud y usuarios (1); el encuentro médico paciente es per se intercultural.

La interculturalidad en salud se define: "como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas." (2) . La interculturalidad en salud es el conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud.

La Universidad como parte integrante de la sociedad, tiene la alta función y responsabilidad de formar profesionales idóneos, acordes con la realidad nacional y suficientemente preparados para solucionar los problemas propios de su ámbito laboral, con excelencia, ética y compromiso social.

El currículo es un proyecto de enseñanza intencional en la que mezclan elementos de

arte, oficio y ciencia, y donde se deja delimitado lo que se pretende hacer para lograr el perfil profesional propuesto. (3)

Los profesionales formados en las universidades deben estar preparados para ejercer en un ámbito intercultural, el éxito de su desempeño y la solución de los problemas de salud dependen de esta condición. La pertinencia social de la universidad se debe expresar en la preparación de los profesionales con las capacidades, condiciones, aptitudes y actitudes, coherentes con la realidad nacional. La principal riqueza y fortaleza de Bolivia es la pluralidad de culturas, el profesional debe formarse y actuar siempre con mentalidad intercultural. (4)

El objetivo general del Trabajo fue: Evaluar si el diseño curricular de la Carrera de Enfermería de la Universidad de San Francisco Xavier considera y desarrolla el Enfoque intercultural en la atención de salud, se consideraron los siguientes objetivos específicos:

- Indagar si el objeto, objetivos, contenidos mínimos del plan curricular de la carrera de Enfermería considera el enfoque intercultural.

- Verificar si los docentes de la Carrera de Enfermería conocen y aplican el enfoque intercultural.
- Indagar el conocimiento, actitud y práctica del enfoque intercultural de los estudiantes de Enfermería.
- Averiguar la opinión de los prestadores de servicios sobre la preparación intercultural de las alumnas de la Carrera.
- Evaluar el grado de satisfacción del usuario de los servicios donde los estudiantes realizan la practica laboral.
- Valorar la opinión de autoridades académicas, sanitarias y políticas sobre el enfoque intercultural.

## METODOS

Estudio descriptivo, exploratorio, de corte transversal. Enmarcado en el enfoque cuali cuantitativo. Se efectuó una revisión documental, de los planes de estudio de la Carrera. Posteriormente; se realizó dos grupos focales con los docentes de la Carrera, el primero conformado por 8 docentes enfermeras; el segundo por 6 docentes de otras profesiones, los investigadores se constituyeron en facilitadores, poniéndose en discusión preguntas generales de análisis, apoyándose con una grabadora para registrar las intervenciones. Se efectuaron entrevistas estructuradas a autoridades académicas y de salud. Sobre la base del cálculo muestral respectivo se efectuó una encuesta a 125 alumnas de la Carrera de Enfermería y a 100 usuarios de los servicios de salud donde las alumnas desarrollan las prácticas. Se encuestó a 30 enfermeras de los servicios, muestra por conveniencia. Para la tabulación y análisis de la información se recurrió al programa EPI INFO 2000, se recurrió a la estadística descriptiva, proporción en su variedad de porcentaje..

## RESULTADOS

### Revisión documental:

El perfil profesional de la enfermera no contempla el componente intercultural. El objeto, objetivos, contenidos mínimos del

nuevo plan curricular de la Carrera de Enfermería no considera el enfoque intercultural en forma explícita.

### Grupos Focales:

Las docentes de la Carrera de Enfermería conocen la importancia del enfoque intercultural, reconocen que es un contenido pendiente en el currículo de la Carrera, su aplicación es muy limitada y está circunscrita a la iniciativa del docente; manifiestan su compromiso de incluir estos contenidos en todas las asignaturas y recomiendan desarrollar estrategias para practicar la interculturalidad al interior de la carrera.

### Encuestas a las alumnas:

**Tabla 1**  
**Características de las alumnas de la Carrera de Enfermería Participantes en el Estudio.**

Variable	Porcentaje
<b>Sexo:</b>	
Varón	7%
Mujer	93%
<b>Procedencia:</b>	
Sucre	41%
Dpto. de Chuquisaca	29%
Resto del País	28%
Exterior	2%
<b>Idioma</b>	
Castellano	41%
Bilingüe Castellano quechua	48%
Bilingüe Castellano aimara	1%
<b>Autoidentificación Étnica</b>	
Quechua	50%
Mestizo	40%
Blanco	8%
Otro	2%

Predomina el Sexo femenino y la procedencia mayoritaria es de la ciudad de Sucre, un porcentaje significativo de las alumnas son bilingües castellano quechua y se identifican con la etnia.

**Tabla 2**  
**Conocimientos y actitudes de las alumnas de la Carrera de Enfermería participantes en el estudio sobre interculturalidad**

Variable	Porcentaje
----------	------------

<b>Conocimiento del concepto de interculturalidad:</b>	
Sabe	53%
No sabe	47%
<b>Conocimiento del concepto de interculturalidad en Salud:</b>	
Sabe	35%
No Sabe	65%
<b>Opinión de las alumnas sobre contenidos interculturales en las materias:</b>	
En algunas	45%
En todas	32%
En ninguna	22%
<b>Opinión de las alumnas sobre dificultades en la atención a los usuarios:</b>	
Idioma	36%
Desconfianza	52%
Costumbres	12%
<b>Opinión de las alumnas sobre frustración en la atención a los pacientes:</b>	
Si	65%
No	35%
<b>Opinión de las alumnas sobre inclusión de contenidos interculturales en el currículo:</b>	
Si	99%
No	1%

La mayoría de las alumnas no conocen aspectos teóricos de la interculturalidad, indican que llevan estos contenidos en algunas materias, respecto a su relación con los usuarios, son obstáculos la desconfianza y el idioma, no se sienten satisfechas con la atención brindada a los pacientes y consideran importante la inclusión de los contenidos interculturales en los currículos.

### Encuestas a prestadores de servicios:

**Tabla 3**  
**Opinión de las enfermeras de los servicios sobre la interculturalidad y preparación de las alumnas sobre este tema**

Variable	Porcentaje
<b>Opinión sobre adecuación cultural en sus servicios:</b>	

Existe	47%
Parcialmente	30%
No existe	23%
<b>Conocimiento de las Enfermeras sobre La R. M. 496 (Prácticas Interculturales)</b>	
No conoce	100%
Conoce	0%
<b>Opinión de las enfermeras sobre si la Universidad responde a las exigencias sociales:</b>	
Si	27%
No	40%
Parcialmente	27%
No sabe	6%
<b>Opinión de las enfermeras sobre la preparación de las alumnas:</b>	
Buena	33%
Regular	57%
Mala	10%
<b>Opinión de las enfermeras sobre la preparación de las alumnas en interculturalidad:</b>	
Si	23%
No	30%
Parcialmente	44%
No sabe	3%
<b>Opinión de las enfermeras sobre dificultades de las alumnas en la atención:</b>	
No hay apoyo docente	33%
No entienden la cultura del usuario	30%
No saben quechua	23%
No se interesan en los pacientes.	13%

Los prestadores de servicios, principales referentes de las alumnas, tienen una opinión desfavorable sobre la preparación general y de interculturalidad de las alumnas; sin embargo su preparación en el tema también es muy limitado. Reconocen que el principal factor restrictivo de las alumnas es la falta de apoyo docente en las prácticas.

### Encuestas a usuarios:

**Tabla 4**  
**Opinión de los usuarios de los servicios**  
**sobre la atención brindada por las**  
**alumnas de la carrera**

Variable	Porcentaje
<b>Comprensión de las indicaciones de las alumnas</b>	
Entiende Bien	43%
Entiende poco	42%
No entiende	15%
<b>Respeto a la privacidad del paciente</b>	
Si	82%
No	18%
<b>Percepción de actitudes discriminatorias por parte de la alumna</b>	
Si	18%
No	82%
<b>Confianza en la atención de las alumnas</b>	
Si	62%
No	38%
<b>Satisfacción de los usuarios con la atención de las alumnas</b>	
Mucho	66%
Poco	22%
Nada	12%

Más de la mitad de los usuarios manifiestan dificultades en la comprensión de la información dada por la estudiante, la mayoría de los usuarios indican que las alumnas respetan su privacidad y que no les discriminan. Poco más de un tercio de los usuarios no confían en las alumnas y no están satisfechos con la atención que les brindan.

### Entrevistas a autoridades universitarias:

Las autoridades universitarias, indican que el tema de interculturalidad es un tema muy importante y necesario en la formación de los profesionales, reconocen que no está inmerso en los objetivos y contenidos de la universidad; se debe tratar el tema en las instancias correspondientes, en forma integral, sistemática y estratégica.

### Entrevistas a autoridades de salud:

Las autoridades de salud consideran a la interculturalidad como una política de Estado y recomienda que el ejercicio de la interculturalidad debería ser desarrollada desde e inicio y a lo largo de todas su formación.

### DISCUSION

No obstante estar en un proceso de cambio curricular iniciado hace 3 años; no se considera en el nuevo currículo de la Carrera de Enfermería los contenidos y enfoques de la interculturalidad; aspectos que deberían se aprovechados son los modelos de enfermería que enfatizan la interculturalidad y profundizar la propuesta pedagógica en el marco del constructivismo, con la finalidad de consolidar un aprendizaje intercultural a partir de la realidad de la alumna.

Las docentes enfermeras manejan y conocen el concepto de salud enfermedad, como un proceso, consideran a los determinantes de salud, en las que está la cultura, este enfoque contribuye a la adecuada interpretación de la realidad por parte de las estudiantes. Reconocen que los servicios de salud en general no propician el desarrollo de la interculturalidad en la práctica cotidiana de los servicios. Manifiestan que el tema es de su interés, pero que no lo desarrollan explícitamente en los currículos; algunos temas sobre interculturalidad son iniciativas esporádicas que no se concretan en los contenidos, entendiéndose que son manejados dentro de un currículo oculto. Es opinión generalizada de que se debe incluir el componente de interculturalidad en el currículo y están dispuestas a participar en el proceso.

La Carrera de enfermería es un centro de Formación profesional heterogéneo, en los últimos años se ha visto un incremento de la matrícula de varones, como el ingreso de estudiantes del área rural de pollera; mas de la mitad de las alumnas conocen el quechua; una aspecto interesante es la auto identificación étnica quechua y mestiza, aspectos a tomar en cuenta en el

tratamiento de la interculturalidad. Los conocimientos sobre interculturalidad son en general deficientes, lo que significa que el tema de interculturalidad es tratado en las materias sin el énfasis necesario; aspecto corroborado con la opinión de más de la mitad de las alumnas de que no se trata el tema en todas las materias.

La relación de las alumnas con los usuarios es interesante, señalan que las barreras más frecuentes en la atención son la falta de confianza a los servicios de parte de los usuarios, seguramente por la falta de calidad, calidez y adecuación cultural; otra barrera a tomar en cuenta es el idioma, no obstante que más de la mitad de las alumnas hablan el quechua; esta situación hace que un porcentaje alarmante de las alumnas se sientan frustradas en la atención al paciente. La opinión de las alumnas sobre la utilidad y necesidad de incluir temas de interculturalidad en las materias es unánime; situación que privilegia y favorece la inclusión de esta temática en el currículo. La extracción social y cultural de las alumnas permitiría partir de sus propias experiencias para abordar el tema de interculturalidad.

Los servicios de salud donde las alumnas efectúan sus prácticas, son los primeros referentes de la futura profesional: lo que ven y hacen en esos servicios determina su actitud y formación en el desempeño profesional.

Se ha evidenciado que las prestadoras de servicio, en este caso enfermeras profesionales en actual ejercicio, tampoco tienen una formación adecuada en el enfoque intercultural, es llamativo que nadie conozca la Resolución Ministerial No 496. (Ministerio de Salud y Deportes). Las prestadoras opinan que la Universidad no está respondiendo a las demandas sociales, se advierte cierta frustración hacia las entidades formadoras; la opinión que tienen sobre la formación técnica e intercultural de las alumnas no es favorable. Las prestadoras advierten de que la principal

dificultad que afrontan las alumnas en las prácticas es la falta de apoyo docente. Hay una reticencia marcada de las prestadoras a brindar un apoyo docente en la formación de las alumnas. La Carrera debería revisar sus programas y estrategias de prácticas.

Los usuarios confían en las alumnas, pero no están del todo satisfechos con la atención que brindan, situación que confirma las limitaciones que tiene la estudiante para ofertar un mejor servicio, justificándose plenamente, la necesidad de abordar el enfoque intercultural en la formación de las alumnas.

Las autoridades Universitarias entiende perfectamente que es la interculturalidad y reconocen que es indispensable su inclusión en el currículo universitario, señala algunos avances aislados que se han hecho en la operativización de la interculturalidad, concretamente relacionan la apertura de algunas carreras en el área rural como decisiones dirigidas a concretizar la interculturalidad, aunque también reconocen que esto no es suficiente. Los obstáculos a la inclusión de la interculturalidad son el excesivo tecnicismo de algunas carreras. Señalan que el tema de interculturalidad es un tema pendiente y urgente que debe formar parte de los objetivos y contenidos de la Universidad; para tal efecto debe ser incluido en los procesos e instancias propias de la universidad para su tratamiento: Consejo Universitario, Congreso Universitario, etc.

Las autoridades Sanitarias indican la interculturalidad es un nuevo paradigma en el Sistema de Salud, cuenta con el apoyo político y técnico para su operativización; de manera que está incluida en las políticas de salud, como una estrategia transversal, respondiendo a las exigencias sociales, en el marco de derechos y responsabilidades, por lo tanto su inclusión en el currículo es insoslayable.

## REFERENCIAS

- Albó X. *Interculturalidad y Salud*, en Fernández Juárez. Coord. *Salud Interculturalidad en América Latina*. Quito: Abyla Yala; 2004.
- Ibacache J. *La salud, el desarrollo en un contexto intercultural*. Servicio de Salud Araucaria Sur. (Contactado abril 2007). Disponible en : <http://www.xs4all.nl/~rehue/art/iba1.html>
- Armanza, R. *Módulo III: Diseño Curricular, Unidad I: Introducción al estudio del Currículo*. Sucre. Diplomado en Educación Superior Versión 6. UMSFXCH; 2006.
- Baixeras, J.L. *Salud e Interculturalidad en Bolivia a inicios del Tercer Milenio*. La Paz: Cooperación Española; 2006.
- Breil, J, *Epidemiología, Medicina y Cultura*. 3ª Ed. México: Fontamara; 1986.
- Castellón I. *Abril en tiempos de Kharisirio*. 2ª Ed. Cochabamba: Serrano; 2007

## ESTUDIO DE LAS RELACIONES ENTRE FORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE HOSPITALES DE SUCRE, 2007

JUDITH Cisneros Dávalos, SCARLEY Martínez Pérez, LUISA Orellana Salas,  
MARÍA ESTHER Santos Párraga

Recibido en 01/ 2014  
Aceptado en 02/ 2014

### RESUMEN

*El estudio de las relaciones entre formación, motivación y satisfacción laboral del personal de enfermería de los hospitales Santa Bárbara, San Pedro Claver y Cristo de las Américas ha sido realizado a partir de la observación efectuada a través de la comunicación establecida con algunos profesionales de enfermería sobre la necesidad de establecer diferentes incentivos para promover la satisfacción laboral y la inquietud de poder orientar el establecimiento de estrategias motivacionales en relación a las teorías humanísticas que conciben al hombre como un ser que requiere que sus necesidades sean satisfechas para lograr una actitud mental positiva y experimentar el estímulo de adquirir experiencia y gusto en el trabajo que se desempeña.*

*Las definiciones operacionales de las variables: formación y satisfacción laboral, ha permitido ubicar los indicadores y categorías en cada uno de ellos.*

*La variable formación se ha definido como proceso de aprendizaje continuo que se da a lo largo de la vida profesional y que conlleva a un cambio de actitudes, participación, recualificación ocupacional y competencias.*

*La variable motivación ha sido entendida como un impulso o fuerza interna que induce a la persona a realizar una acción, a trabajar en un determinado sentido.*

*La variable satisfacción laboral se ha definido como la actitud del trabajador frente a su propio trabajo, actitud que está basada en las creencias y valores que el trabajador desarrolla en su propio trabajo.*

*A partir de éstas variables se han definido los indicadores y categorías consignados en los cuestionarios. La aplicación de los cuestionarios se ha realizado en setenta y dos enfermeras de un total de ciento veinte profesionales de enfermería.*

*A partir de los resultados obtenidos, se ha podido determinar que los factores motivacionales que influyen en la satisfacción laboral de las profesionales enfermeras son extrínsecos e intrínsecos y se hallan en relación a los sistemas organizacionales de las instituciones; de la misma manera, se ha establecido que el comportamiento en el trabajo está en relación a las necesidades o factores motivacionales que tienen relación con la formación en pregrado, posgrado y permanente.*

*La investigación se considera trascendente en razón de haber abarcado un área que permitirá a los profesionales de enfermería promover que una de las formas más importantes de lograr satisfacción en el trabajo y lograr el bienestar de los profesionales de enfermería, es satisfacer sus necesidades de forma adecuada.*

### SATISFACCIÓN LABORAL – FORMACIÓN – MOTIVACIÓN

### INTRODUCCIÓN

La profesión de enfermería tiene la responsabilidad de enfrentar cada vez con mayor énfasis, las exigencias impuestas por el perfil cambiante de la salud de la población, por lo que es necesario mirar el desempeño profesional de las enfermeras, considerando además que los profesionales de enfermería constituyen el eje principal del equipo de salud,

y una fuerza laboral muy grande dedicada la atención de salud.

La atención de salud ha ido evolucionando a fin de satisfacer las necesidades sanitarias.

Cambiantes en relación a los postulados de las políticas tienen derecho a una atención sanitaria de alta calidad, económicamente asequible, reconociendo cada vez más que el modo de vida influye en la salud y que la salud

es una cuestión que atañe a todos y consecuentemente al personal de enfermería. El cumplimiento de éstos postulados demanda que los recursos humanos sean suficientes, eficientemente utilizados y que su acción produzca impactos en el nivel de salud de la población, lo cual depende De la satisfacción laboral que logra la profesional de enfermería en el ámbito de su ejercicio profesional.

La profesión de enfermería tiene la responsabilidad de enfrentar cada vez con mayor énfasis, las exigencias impuestas por el perfil cambiante de la salud de la población, por lo que es necesario mirar el desempeño profesional de las enfermeras, considerando además que los profesionales de enfermería constituyen el eje principal del equipo de salud, y una fuerza laboral muy grande dedicada la atención de salud.

La atención de salud ha ido evolucionando a fin de satisfacer las necesidades sanitarias.

Cambiantes en relación a los postulados de las políticas tienen derecho a una atención sanitaria de alta calidad, económicamente asequible, reconociendo cada vez más que el modo de vida influye en la salud y que la salud es una cuestión que atañe a todos y consecuentemente al personal de enfermería.

La profesión de enfermería tiene la responsabilidad de enfrentar cada vez con mayor énfasis, las exigencias impuestas por el perfil cambiante de la salud de la población, por lo que es necesario mirar el desempeño profesional de las enfermeras, considerando además que los profesionales de enfermería constituyen el eje principal del equipo de salud, y una fuerza laboral muy grande dedicada la atención de salud.

La atención de salud ha ido evolucionando a fin de satisfacer las necesidades sanitarias.

Cambiantes en relación a los postulados de las políticas tienen derecho a una atención sanitaria de alta calidad, económicamente asequible, reconociendo cada vez más que el modo de vida influye en la salud y que la salud es una cuestión que atañe a todos y consecuentemente al personal de enfermería.

La Enfermera ayuda al individuo, familia y grupos, a determinar y alcanzar su capacidad potencial, física, mental y social, y a lograrlo dentro del desafiante contexto del ámbito en el que trabaja; a ese fin, la enfermera necesita ser competente para desarrollar y realizar funciones que promuevan y mantengan la salud y prevengan las enfermedades

## INTRODUCCIÓN

El cumplimiento de éstos postulados demanda que los recursos humanos sean suficientes, eficientemente utilizados y que su acción produzca impactos en el nivel de salud de la población, lo cual depende

De la satisfacción laboral que logra la profesional de enfermería en el ámbito de su ejercicio profesional.

La Enfermera ayuda al individuo, familia y grupos, a determinar y alcanzar su capacidad potencial, física, mental y social, y a lograrlo dentro del desafiante contexto del ámbito en el que trabaja; a ese fin, la enfermera necesita ser competente para desarrollar y realizar funciones que promuevan y mantengan la salud y prevengan las enfermedades

## INTRODUCCIÓN

El cumplimiento de éstos postulados demanda que los recursos humanos sean suficientes, eficientemente utilizados y que su acción produzca impactos en el nivel de salud de la población, lo cual depende

De la satisfacción laboral que logra la profesional de enfermería en el ámbito de su ejercicio profesional.

La Enfermera ayuda al individuo, familia y grupos, a determinar y alcanzar su capacidad potencial, física, mental y social, y a lograrlo dentro del desafiante contexto del ámbito en el que trabaja; a ese fin, la enfermera necesita ser competente para desarrollar y realizar funciones que promuevan y mantengan la salud y prevengan las enfermedades

El cumplimiento de éstos postulados demanda que los recursos humanos sean suficientes, eficientemente utilizados y que su acción



produzca impactos en el nivel de salud de la población, lo cual depende

De la satisfacción laboral que logra la profesional de enfermería en el ámbito de su ejercicio profesional.

La Enfermera ayuda al individuo, familia y grupos, a determinar y alcanzar su capacidad potencial, física, mental y social, y a lograrlo. La profesión de enfermería tiene la responsabilidad de enfrentar cada vez con mayor énfasis, las exigencias impuestas por el perfil cambiante de la salud de la población, por lo que es necesario mirar el desempeño profesional de las enfermeras, considerando además que los profesionales de enfermería constituyen el eje principal del equipo de salud, y una fuerza laboral muy grande dedicada a la atención de salud.

La atención de salud ha ido evolucionando a fin de satisfacer las necesidades sanitarias.

Cambiantes en relación a los postulados de las políticas tienen derecho a una atención sanitaria de alta calidad, económicamente asequible, reconociendo cada vez más que el modo de vida influye en la salud y que la salud es una cuestión que atañe a todos y consecuentemente al personal de enfermería.

El cumplimiento de éstos postulados demanda que los recursos humanos sean suficientes, eficientemente utilizados y que su acción produzca impactos en el nivel de salud de la población, lo cual depende

De la satisfacción laboral que logra la profesional de enfermería en el ámbito de su ejercicio profesional.

La Enfermera ayuda al individuo, familia y grupos, a determinar y alcanzar su capacidad potencial, física, mental y social, y a lograrlo dentro del desafiante contexto del ámbito en el que trabaja; a ese fin, la enfermera necesita ser competente para desarrollar y realizar funciones que promuevan y mantengan la salud y prevengan las enfermedades

La profesión de enfermería tiene la responsabilidad de enfrentar cada vez con mayor énfasis, las exigencias impuestas por el perfil cambiante de la salud de la población, por lo que es necesario mirar el desempeño profesional de las enfermeras, considerando además que los profesionales de enfermería

dentro del desafiante contexto del ámbito en el que trabaja; a ese fin, la enfermera necesita ser competente para desarrollar y realizar funciones que promuevan y mantengan la salud y prevengan las enfermedades

## INTRODUCCIÓN

El cumplimiento de éstos postulados demanda que los recursos humanos sean suficientes, eficientemente utilizados y que su acción produzca impactos en el nivel de salud de la población, lo cual depende

De la satisfacción laboral que logra la profesional de enfermería en el ámbito de su ejercicio profesional.

La Enfermera ayuda al individuo, familia y grupos, a determinar y alcanzar su capacidad potencial, física, mental y social, y a lograrlo dentro del desafiante contexto del ámbito en el que trabaja; a ese fin, la enfermera necesita ser competente para desarrollar y realizar funciones que promuevan y mantengan la salud y prevengan las enfermedades

El cumplimiento de éstos postulados demanda que los recursos humanos sean suficientes, eficientemente utilizados y que su acción produzca impactos en el nivel de salud de la población, lo cual depende

De la satisfacción laboral que logra la profesional de enfermería en el ámbito de su ejercicio profesional.

La Enfermera ayuda al individuo, familia y grupos, a determinar y alcanzar su capacidad potencial, física, mental y social, y a lograrlo dentro del desafiante contexto del ámbito en el que trabaja; a ese fin, la enfermera necesita ser competente para desarrollar y realizar funciones que promuevan y mantengan la salud y prevengan las enfermedades

## INTRODUCCIÓN

constituyen el eje principal del equipo de salud, y una fuerza laboral muy grande dedicada a la atención de salud.

La atención de salud ha ido evolucionando a fin de satisfacer las necesidades sanitarias.

Cambiantes en relación a los postulados de las políticas tienen derecho a una atención

sanitaria de alta calidad, económicamente asequible, reconociendo cada vez más que el modo de vida influye en la salud y que la salud es una cuestión que atañe a todos y consecuentemente al personal de enfermería. El cumplimiento de éstos postulados demanda que los recursos humanos sean suficientes, eficientemente utilizados y que su acción produzca impactos en el nivel de salud de la población, lo cual depende

De la satisfacción laboral que logra la profesional de enfermería en el ámbito de su ejercicio profesional.

La Enfermera ayuda al individuo, familia y grupos, a determinar y alcanzar su capacidad potencial, física, mental y social, y a lograrlo dentro del desafiante contexto del ámbito en el que trabaja; a ese fin, la enfermera necesita ser competente para desarrollar y realizar funciones que promuevan y mantengan la salud y prevengan las enfermedades

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GARCÍA, A. *Enfermería Comunitaria Bases Teóricas*, Editor: DAE, SL Segunda Edición 2002. Madrid España
- GACETA OFICIAL. *Ley de Participación Popular*. Abril 1994.
- GACETA OFICIAL. *Reglamento de la Ley de Participación Popular*. Julio 1994
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. *Manual de Procesos Administrativos del SUMI*. Tercera Edición 2006. La Paz – Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. *Paquetes y Prestaciones del SUMI*. Tercera Edición 2006. La Paz – Bolivia.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. *Libro Marco Legal Seguro Universal Materno Infantil*. Segunda Edición 2006. La Paz Bolivia.

## PROGRAMA EDUCATIVO EN HIGIENE Y SANEAMIENTO BÁSICO. LAJAS SICCLA, CHUQUISACA 2006

AURORA Pereira Calvimontes, BLANCA Muraña Cruz, SILVIA Arias Cayo

Recibido en 12/ 2013  
Aceptado en 02/ 2014

### RESUMEN

*La presente intervención se fundamenta en una línea de base, en la cual se contempla a 60 familias de la comunidad de Lajas Siclla del municipio de Tarabuco, realizando un diagnóstico socioeconómico y de salud, a través de la utilización de la carpeta familiar (Salud Familiar y Comunitaria-2005) y una guía de observación para la identificación y priorización de problemas.*

*Como resultado del diagnóstico, se pudo detectar una de las falencias principales: la falta de prácticas higiénicas y las condiciones de saneamiento básico, por lo que se propuso un programa educativo en temas de higiene y saneamiento básico, con el fin de educar y concientizar a la comunidad sobre la importancia de hábitos y prácticas saludables, con un enfoque de promoción de la salud.*

*Este programa se ejecutó en las fechas 30 de abril a 16 de mayo 2006 a través de una capacitación de 6 horas utilizando metodologías interactivas, reflexivas, experiencias de vida demostrativas, reforzando en forma posterior con visitas domiciliarias continuas. Para el efecto, se utilizaron como medios educativos las viviendas, rotafolios, láminas educativas y fotografías.*

*Con el objeto de verificar los resultados se realizó un seguimiento esmerado en la comunidad donde se pudo verificar cambios favorables en las prácticas higiénicas en un 30% de una muestra de 20 familias tomadas al azar. Sin embargo, el cambio que se quiere lograr en las familias demanda un tiempo largo para ver su transformación a través del seguimiento que el personal de salud de esa comunidad debe realizar.*

### CARPETA FAMILIAR - SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA - PROMOCIÓN DE LA SALUD - DETERMINANTES

#### INTRODUCCIÓN

La intervención, se desarrolló, como parte del Internado Rotatorio Comunitario, en la ejecución de funciones pre-profesionales en provincias de Chuquisaca y propiamente en comunidades que no cuentan con servicios de salud, donde existe una convivencia muy estrecha con la gente de la comunidad por un periodo de tres meses en el marco del Programa de Atención Integral de Salud con Enfoque de Salud Familiar Comunitaria (PAISEFCO), con el objetivo de realizar promoción de salud y prevención de enfermedades de las personas, familias y comunidad, se efectuó el diagnóstico para posterior análisis, presentación y socialización de los resultados a la comunidad, así como la identificación de posibles soluciones conjuntas para el logro de la participación y compromiso de trabajo de los implicados.

La comunidad donde se desarrolló el trabajo

es “Lajas Siclla” que se encuentra ubicada sobre la carretera troncal entre Tarabuco y Zudañez, a 65 km. de la capital de Sucre, con una población de 1.036 habitantes diseminadas en 7 ranchos con una densidad de 18 hab. por km., en la que se aplicó la apertura del 100% de carpetas familiares (60 familias), con la aceptación de los líderes comunales y la participación activa de los mismos.

La carpeta familiar estaba dirigida a todos los acápites de un diagnóstico socioeconómico y de salud, se usó, de igual forma, una guía observacional dirigida a los estilos de vida sobre higiene y saneamiento básico, corroborando los resultados al planteamiento de problema propuesto como: “Poco Conocimiento de los padres de familia sobre prácticas higiénicas y de saneamiento Básico, los cuales determinan la presencia de enfermedades infecciosas y parasitarias en los niños y los habitantes de la comunidad”.

La metodología de la investigación fue prospectiva-descriptiva con escala cuantitativa, se utilizó el método analítico con el objeto de estudiar las variables, examinarlas por separado y ver las relaciones entre las mismas. El sintético con el fin de reunir racionalmente varios elementos dispersos en una nueva totalidad y el método deductivo, que permitió la inferencia de conclusiones para orientar el análisis de los datos colectados. La utilización de método empírico como la entrevista estructurada fue fundamental, con un conjunto de preguntas normativizadas en la carpeta familiar aplicada a los padres de familia de cada vivienda y al mismo tiempo, la guía de observación, que se aplicó durante una semana aprovechando más las horas de la madrugada y la noche con la compañía inseparable y participativa de los líderes comunales, en su propio idioma “quechua”.

El procesamiento de la información se realizó al 100% de las carpetas y guías de observación para determinar si estos estaban completos y guardaban coherencia con las respuestas, con el fin de garantizar la calidad de los datos. La información se trata, con ayuda del paquete informático Excel y se confeccionan cuadros y gráficos estadísticos de acuerdo a las variables y resultados obtenidos, con un análisis lógico y estadístico, llegando a los siguientes resultados:

- 100% de familias se encuentran en alto riesgo socioeconómico.
- El 98% de los jefes de familia, realiza labores independiente, siendo su principal actividad la agricultura, con un ingreso económico menor a Bs. 300.
- Un 74.5% de madres de familia tienen nivel bajo de instrucción.
- El 71.7 de las viviendas no cuentan con revoque y el 79% no cuenta con cielo raso.
- El 35% de las familias se encuentran en hacinamiento (más de 4 personas por dormitorio).
- El 86.7% de las viviendas se posee los corrales al lado de las viviendas evacuando focos de infección.
- 70% de los corrales están en condiciones deficientes, lo que implica un tráfico

constante de animales hacia las viviendas.

- 98.3% de las viviendas se encuentran infestados de vectores: Triatomas-vinchucas, piojos, pulgas, garrapatas y otros.
- El 80% de las familias se abastecen de agua del río, de las cuales un 85% consumen el agua sin realizar ningún tratamiento.
- El 96.7% de las familias eliminan sus excretas a campo abierto.
- 100% de las familias tienen malos hábitos de higiene personal y de vivienda.
- 64% de niños menores de 5 años se encuentra en algún grado de desnutrición.

Ante estos resultados se realizó una reunión de socialización con la comunidad y la participación de instituciones como: Dirección y profesores de la escuela, personal de salud de Tarabuco, responsable de Sub-Alcaldía de Tarabuco, Plan Internacional y otros, en la que se unieron esfuerzos y como resultado de ello se propuso la elaboración y ejecución de un programa educativo sobre práctica de higiene y saneamiento básico para la prevención de enfermedades infecto contagiosas, Este programa, como respuesta solo se podía dar a través de la promoción de la salud recayendo esta actividad al 100% en las internas de enfermería pero con la participación y compromiso de cambio de actitudes del 100% de la comunidad y el compromiso de apoyo de las autoridades mencionadas anteriormente.

Al realizar el diseño del programa educativo se priorizó la capacitación en temas de Saneamiento Básico, con el fin de educar e inculcar hábitos higiénicos (vivienda y personal), a través de prácticas demostrativas, orientar en el tratamiento de agua y la manipulación correcta de los alimentos; orientación en el tratado de basuras, de excretas humanas y animales; orientación sobre las causas y consecuencias de Enfermedades Diarreicas Agudas, cólera, fiebre tifoidea, parasitosis, sarcoptosis y las formas de prevención, todo esto a través de metodologías interactivas, demostrativas, reflexivas, explicativo con la utilización de múltiples técnicas educativas y sobre todo con

el actuar de sus propios recursos, refrendado con planes educativos sobre los acápites desarrollados a través de un proceso claramente estructurado, el proceso educativo. Esta capacitación fue coordinada por la Docente académica de la Carrera de Enfermería: Lic. Aurora Pereira; Docente Adscrita de Tarabuco: Lic. Asunta Patricio; Líder comunal: León Yucra; Responsable de Salud: Enrique Quito, y la participación de 60 familias de la comunidad. Debiendo destacar la contribución económica y de materiales educativos por Plan Internacional (Institución No Gubernamental).

El programa educativo elaborado para la comunidad de Lajas Siclla, se ejecutó de acuerdo a cronograma establecido, realizando la retroalimentación a través de sesiones educativas en visitas domiciliarias.

Para la obtención de resultados del programa educativo se tomó una muestra al azar del 33% de las familias carpetizadas que corresponde a 20 familias, para la verificación correspondiente de los objetivos, llegando a los siguientes resultados:

- El 30% de las familias mejoraron sus hábitos higiénicos intra y peridomiciliarios, de manera notable.
- El 50% de las familias continúan en las mismas condiciones higiénicas de siempre.
- El 20 % mejoraron su higiene personal.
- El 25% de las familias realizan el enterramiento de excretas.
- El 15% de las familias están en miras de construir letrinas o pozo ciego.
- El 35.2% de las familias alejaron sus corrales de su viviendas
- El 40% utilizan agua tratada, de ellas el 25.6% realizan la ebullición y el 14.4% exponen el agua en botellones al sol del día (SODIS).
- El 33% realizan el tratamiento de basuras por incineración y relleno sanitario.

De acuerdo a todo lo mencionado anteriormente se concluye que:

- Al existir un bajo grado de instrucción de las madres del sector, continúa la deficiente higiene intra y peri domiciliaria.
- Una de las causas para la existencia de malos hábitos higiénicos de los niños, hombres, y mujeres de este sector se debe a la falta de agua, predisponiendo a riesgos de enfermar con diarreas continuas, parasitosis, cólera, etc.
- Muchos de los corrales de los animales se encuentran a una distancia no adecuada de las viviendas, las mismas que tienen mayor posibilidad de contaminar las viviendas.
- El inadecuado tratamiento de excretas, basuras, agua y la deficiente forma de manipulación de los alimentos, que son prácticas muy enraizadas en la comunidad, ubican a sus habitantes en un riesgo constante de contraer diversas enfermedades.
- Existe escasa educación en salud en el sector, probablemente por el reducido personal de salud de Tarabuco.

Ante estas conclusiones se recomienda trabajar en los siguientes aspectos:

- Fortalecer los conocimientos y habilidades educativas sobre saneamiento básico y hábitos de higiene a los dos Responsables Populares de Salud (capacitados en esta oportunidad), para continuar el trabajo en coordinación con los profesores de la escuela y personal de salud.
- Se ve la necesidad de mejorar la atención de calidad y calidez del personal de salud con la población del sector, y lograr el apoyo continuo y participativo de las autoridades de este.
- Los responsables de salud del Municipio de Tarabuco, líderes de la zona de Lajas Siclla deben gestionar programas dirigidos a instalación de agua y construcción de letrinas y se efectivizar su desarrollo con las organizaciones comunales.

## BIBLIOGRAFÍA

- *Barnard, Bernard; La salud de sus hijos; La Paz, 2000, 1, Páginas 38- 143*
- *Cisneros, Judith; Enfermería y Salud Comunitaria I; Sucre, Elaboración Propia, 2000, 1, Páginas 15 – 40*
- *De Toto, Teresa; Enfermería y Salud Comunitaria II; Sucre, Elaboración Propia, 2001, 1, Páginas 18 – 19*
- *Diagnóstico de Municipio de Tarabuco; 2003 – 2004, Plan de Desarrollo Municipal*
- *Fernández, Elvira; Salud Comunitaria III; Sucre, Elaboración Propia, 2002, 1, Páginas 120 – 131*
- *Flores, Elizabeth; Nutrición y Dietética; Sucre, Elaboración Propia, 2001, 1, Páginas 5 – 30*
- *Frías, Antonio; Salud Pública y Educación para la salud; La Paz, 2000, 1, Páginas 5 – 51.*

## PINCELADAS DE VIDA INSTITUCIONAL

### FEBRERO

Inicio de las labores académicas

#### CARRERA DE ENFERMERÍA

(Sucre)

98 años, 764 estudiantes, crecimiento vegetativo anual de 15%

### MARZO

#### PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA TUBERCULOSIS

##### OBJETIVO

Sensibilizar a la población general sobre los alcances y manejo de la tuberculosis

##### PARTICIPANTES

280 Estudiantes de 1º, 2º y 3º curso de la carrera de Enfermería

##### ALGUNOS RESULTADOS

Sensibilización a estudiantes, Diseño de materiales educativos, Farándula de sensibilización a la población de Sucre

##### BENEFICIARIOS

Población general de Sucre



### ABRIL

#### PARTICIPACIÓN EN EL FESTIVAL DE CUIDADO INTEGRAL A LA SALUD DEL NIÑO

##### OBJETIVO

Difundir mensajes educativos de salud dirigidos a padres de familia y población general, referente al cuidado del niño, para mejorar la calidad de vida de las familias

##### PARTICIPANTES

122 Estudiantes de 4º curso de la carrera de Enfermería

##### BENEFICIARIOS

Niños, adolescentes y padres de familia



### JUNIO

#### PARTICIPACIÓN EN LA 6º FERIA DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN "SAN FRANCISCO XAVIER 2014"

##### OBJETIVO

Generar conocimientos con base científica disciplinar y difundir sus resultados en espacios de validación técnica.

##### PARTICIPANTES

17 Docentes y 51 estudiantes de la Facultad

##### ALGUNOS RESULTADOS

9 investigaciones desarrolladas por grupos de estudiantes y docentes de la Carrera de Enfermería y 3 investigaciones desarrolladas por grupos de estudiantes y docentes de la Carrera de Enfermería Obstetrix

2 Investigaciones premiadas con el 1º y 2º lugar del área de salud



### CARRERA DE ENFERMERÍA OBSTETRIZ (Muyupampa)

4 años, 79 estudiantes, crecimiento vegetativo anual de 5%

#### FEBRERO

Inicio de las labores académicas

#### MARZO

##### FERIA EDUCATIVA MULTIPROGRAMÁTICA EN SALUD

###### OBJETIVO

Sensibilizar a la población general sobre la necesidad de ejercer cuidados responsables de la salud personal, de la familia y comunidad, con énfasis en el binomio madre-niño

###### PARTICIPANTES

Estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera

###### ALGUNOS RESULTADOS

Coordinación intensa con la H.A.M. y el Hospital Leo Schwarz Participación interactiva de estudiantes de unidades educativas, vecinos y autoridades del municipio

###### BENEFICIARIOS

Población general de Villa Vaca Guzmán



#### ABRIL

##### PARTICIPACIÓN EN LA FERIA EDUCATIVA EN SALUD "Derechos de los niños"

###### OBJETIVO

Concienciar a padres de familia, autoridades y población general, en la importancia del cuidado del niño, sobretodo en cuanto a la atención de sus necesidades y al respeto de sus derechos durante las diversas etapas de su desarrollo.

###### PARTICIPANTES

Estudiantes de 1º, 2º y 3º año de la carrera

###### BENEFICIARIOS

Niños, adolescentes y padres de familia



PRÁCTICA CLÍNICA OBSTETRICA NEONATAL



### PROGRAMA DE FORMACIÓN DE AUXILIARES DE ENFRMERÍA (Padilla)

3 años, 43 estudiantes

#### ENERO A JUNIO

- Participación en ferias de:
  - ✓ Promoción de la salud
  - ✓ Nutrición
  - ✓ Derechos y ciudadanía
- Prevención de enfermedades emergentes y re emergentes (Gripe AH1N1)
- Participación en campañas del Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI
- Coordinación con H.A.M, Hospital Municipal, ONGs de la zona y otras instituciones, personas y organizaciones sociales del municipio y de municipios aledaños





## INSTRUCCIONES PARA AUTORES

1a) \*Título del trabajo\*. (en letras mayúsculas). El título debe ser conciso pero informativo, ya que es frecuentemente usado para hacer índice por materias. No debe incluir abreviaciones o formulas químicas.

1b) \*Nombres de los autores\*. (en letras mayúsculas y minúsculas). Todos los autores listados deben haber participado directamente y substancialmente en el estudio divulgado. Los autores deben ser enumerados por su primer nombre completo en mayúsculas, la inicial del segundo, y por su apellido completo (ej: JUAN C. Aguilar Salame).

1c) \*Institución(es)\*. Donde la investigación fue llevada (laboratorio, instituto, carrera o facultad, universidad, hospital, ciudad, país). Cuando los autores estén afiliados a diferentes departamentos o instituciones, use números en superíndices después del apellido de cada autor

### RESUMEN

Un párrafo simple que no exceda las 200 palabras, debe indicar clara y brevemente el propósito de la investigación, de los procedimientos básicos, de los resultados principales y de las conclusiones más importantes. Debe ser evidente para alguien que no ha leído el texto.

\*TERMINOS CLAVES\*. 2 a 4 términos claves para permitir que el manuscrito sea puesto en un índice apropiadamente. Estos términos deben aparecer debajo del resumen. Se pueden utilizar palabras solas o términos compuestos (ej.: atención primaria, síndrome de Burnout, Hipertensión), se recomienda la utilización del Tesoro de Enfermería de la OPS

### TEXTO

El cuerpo del trabajo no deberá exceder las 2000 palabras, se dividirá en secciones, tal como se indica a continuación.

\*INTRODUCCIÓN\*. Esta sección plantea el propósito del artículo sin un despliegue extensivo del tema, utilizando sólo las referencias más pertinentes. Indica las razones que motivaron a la investigación y, cuando corresponda, da cuenta de la hipótesis postulada.

\*MÉTODOS\*. Describe los procedimientos utilizados en forma breve pero con suficiente detalle para que otros investigadores puedan reproducir los resultados.

La sección Métodos debe incluir información precisa sobre los Análisis Estadísticos realizados e indicar la manera en que los resultados están expresados.

\*RESULTADOS\*. Los resultados deben ser descritos en esta sección sin discusión de sus significados. Señalar al lector clara y exactamente lo que fueron sus resultados e intentar cuantificar cuando sea posible.

Solo expresar los datos en Tablas o en Figuras cuando sea estrictamente necesario, pero los mismos datos no debe ser reportados bajo las dos formas. No repetir en el Texto todos los datos que aparecen en las Tablas y las Ilustraciones.

\*DISCUSIÓN\*. Esta sección debe ser concisa y requiere enfatizar tanto los nuevos e importantes aspectos del estudio como las conclusiones provenientes de ellos.

La discusión debe enfocarse en la interpretación de los resultados obtenidos. El énfasis debe estar puesto en la significancia de los efectos y hallazgos novedosos, se debe indicar si los resultados obtenidos proporcionan una respuesta a las preguntas o apoyan la hipótesis presentada en la Introducción.

La discusión de las observaciones previas debe relacionarse con los resultados actuales y las especulaciones deben basarse en dichos resultados. Cabe destacar que los resultados negativos pueden aportar igualmente conclusiones útiles y merecen por ello publicarse, siempre que hayan sido obtenidos a través de experimentos que fueron cuidadosamente diseñados y realizados.

\*RECONOCIMIENTOS\*. Especifique el apoyo de fondos económicos. Mencione sólo aquellos individuos que han hecho contribuciones substanciales al estudio y quienes estén de acuerdo en ser nombrados.

### REFERENCIAS

Las referencias deben estar ordenadas alfabéticamente por apellido del autor. Si hay más de una referencia para un autor o un grupo de autores, éstas deben estar listadas en orden cronológico, empezando con la publicación más antigua.

Se aplicará a las referencias bibliográficas y de citas, las normas Vancouver.