



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Enfermería
Maestría en Ciencias de Enfermería

“Satisfacción de usuario en atención del parto en un sistema asistencial profesional paralelo al genérico.”

Que parte de los requisitos para obtener el Grado de Maestría en ciencias de Enfermería.

Maestra en Ciencias de Enfermería

Presenta:

Eduardo Ángeles López

Dirigido por:

Dr. Carlos Guzmán Martínez
Directora de Tesis

Dr. Carlos Guzmán Martínez

Presidente

M. C. E. Ma Guadalupe Perea Ortiz

Secretario

M. E. Yair Getsemaní García Tapia

Vocal

M. C. E. Mercedes Sánchez Perales

Suplente

Dra. María del Carmen Bermúdez Peña

Suplente

M. C. E. Ma. Guadalupe Perea Ortiz
Directora de la Facultad

Firma
Firma
Firma
Firma

RUBRICA
Firma

Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Piña
Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Noviembre 2018

RESUMEN

La atención del embarazo y el parto en un Hospital es trabajo importante del Médico Especialista en Obstetricia. En la Medicina tradicional purépecha forma parte de su cosmovisión y la persona capacitada para dicha atención es la partera. El objetivo de los servicios de salud es satisfacer las necesidades de sus usuarios y el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de calidad en la atención de los mismos. **Objetivo.** Conocer la satisfacción de las usuarias en un sistema asistencial del parto profesional paralelo al genérico a través de una encuesta de satisfacción. **Material y Métodos.** Este estudio transversal comparativo se realizó en dos sistemas de atención del parto: un Hospital de obstetricia del IMSS en Morelia, Michoacán (sistema profesional) y uno tradicional genérico (parteras rurales), en Zacapu. Se realizó encuesta de satisfacción a 78 mujeres usuarias que tuvieron resolución del parto en el sistema profesional y a 20 que fueron atendidas por parteras. Se aplicó la encuesta dos a tres horas posteriores a la atención del parto. El análisis estadístico se realizó en el paquete SPSS versión 18. **Resultados.** La edad de las pacientes atendidas en el sistema profesional fue de 25.40 ± 5.74 años y el 57.7% es casada. Las atendidas por parteras es de 28.30 ± 7.21 años el 80% casada. En el sistema profesional la satisfacción fue del 41% e intermedia 59%. En la atención por parteras la satisfacción fue completa en el 100%. Se encontró correlación positiva entre la satisfacción de la atención del parto y la edad ($r=0.211$, $P=0.037$). En el sistema profesional se encontró que a mayor número de hijos la satisfacción fue menor ($r= -0.234$, $P=0.039$) **Discusión.** Este estudio coincide en parte con lo encontrado por Ortiz y *et al*, donde evaluaron la satisfacción del usuario de los servicios de salud en Hidalgo obteniendo, insatisfacción 10,8% ($p<0,05$).18, 5%, parcial insatisfacción, 65% **Conclusiones.** El modelo del sol naciente es una guía en la práctica, ayuda durante el trabajo de investigación. Comprobamos nuestra hipótesis de trabajo, mencionar que la satisfacción en la atención por parteras es porque ellas forman parte de su cosmovisión, **Sugerencias.** Abordar estudios cualitativos y conocer desde su cultura cuales cuidados son útiles y renegociar los mismos, estrechar la colaboración entre ambos sistemas para disminuir las muertes maternas y lograr unos cuidados interculturales responsables.

(Palabras clave: “Satisfacción del Parto”)

SUMMARY

Care during pregnancy and childbirth in a hospital is important work Specialist in Obstetrics. In traditional medicine Purepecha part of their worldview and the person entitled to such care is the midwife. The goal of health services to meet the needs of its users and the satisfaction analysis is an instrument for measuring quality of care of them. **Objective.** Knowing the user satisfaction in a professional delivery care system generic parallel through a satisfaction survey. **Material and Methods.** This cross-sectional study was conducted in two systems of care delivery: an obstetric IMSS Hospital in Morelia, Michoacan (training system) and a generic traditional (rural midwives) in Zacapu. Satisfaction survey was conducted in 78 women users who had resolution of labor in the professional system and 20 who were attended by midwives. The survey was applied two to three hours post-delivery care. Statistical analysis was performed in SPSS version 18. **Resultados.** The age of the patients served by the professional system was 25.40 ± 5.74 years and 57.7% married. The attendants at birth are 28.30 ± 7.21 years, 80% married. In the professional system satisfaction was 41% and 59% intermediate. In up Midwifery satisfaction was complete in 100%. A positive correlation between the satisfactions attended delivery and the age ($r = 0.211$, $P = 0.037$). In the professional system found that the greater the number of children was lower satisfaction ($r = -0.234$, $P = 0.039$) **Talk.** This study overlaps with that found by Ortiz et al, which assessed user satisfaction of health services in getting Hidalgo, dissatisfaction 10.8% ($p < 0.05$) 18, 5%, partial dissatisfaction, 65 % **Conclusions.** The model of the rising sun is a practice guide, help during the research work. We check our working hypothesis, mentioning that satisfaction in care by midwives is because they are part of their worldview, **Suggestions.** Addressing qualitative studies and learn from their culture which are useful care and renegotiate them, closer cooperation between the two systems to reduce maternal deaths and to achieve intercultural responsible care.

Keywords: (Delivery satisfaction)

DEDICATORIAS

A la licenciada en Enfermería y Obstetricia, la gran acompañante en ese viaje maravilloso del parto, que aunque sin hacer tanto ruido y en la mayoría de las ocasiones olvidada por sus colegas y el equipo multidisciplinario ha sido y es una gran fortaleza para las instituciones de salud.

Pero también a esa Mujer Sabia (Partera, comadrona Matrona o como le llamen en su cultura), que a través de sus conocimientos ancestrales transmitido de generación en generación han contribuido enormemente a perpetuar la especie humana sobre todo en los lugares más recónditos del mundo.

Y por último, a las dos grandes Instituciones de México, mi alma mater mi bien amada escuela Militar de Oficiales de sanidad la cual tuvo mucho que ver en mi formación castrense e inculcándome los grandes valores de la Humanidad contribuyendo enormemente a forjar un espíritu de tenacidad y disciplina así como parte de mi personalidad, para finalizar a la Institución más importante de Latinoamérica en atención a la salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social por darme la oportunidad de participar en la grande misión de ser custodio y garante de la salud de los Mexicanos.

AGRADECIMIENTOS

Al Gran Arquitecto del Universo y de la Vida por permitirme dar un paso más en la conquista del Saber

A mi gran familia, mis Padres los primeros Maestros que guiaron los primeros pasos., La Querida esposa esa gran consejera, Amiga y paciente compañera de profesión y de la vida, la valiosa ayuda de la Directora de Tesis por su paciencia y dedicación en la revisión y conducción de la misma, a mis queridos y amados hijos los próximos Profesionales de la salud, la gran Comunicadora y al Más Pequeño Que Recién Inicia en la construcción del Conocimiento.

Por último pero no por ser menos importante a este Gran pueblo que nos permitió entrar en ese mundo mágico donde la Ciencia no tiene explicación en muchas de las ocasiones pero que sus cuidados han demostrado utilidad en la mayoría de las veces, se nos permitió ver a través de sus miradas a esa gran cultura única llena de magia y ritos así como cantos hermosos llamados Pirekuas en Purépecha el cual nos narran la vida de su cosmovisión a través de las generaciones, de la Guare (Mujer Bonita) en purépecha, nos cedieron el gran honor de participar en su juego de pelota purépecha y adentrarnos en donde solo un grupo selecto ha llegado por el sincretismo de ellos y a un sinnúmero de esta rica cultura, Estamos infinitamente agradecidos por las vivencias y los recuerdos ya que nos hicieron sentir parte de esa gran cultura.

ÍNDICE

RESUMEN	i
SUMMARY	ii
DEDICATORIAS	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
INDICE DE CUADROS	vii
INDICE DE FIGURAS	viii
I. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Planteamiento del problema	14
1.2 Importancia del estudio	16
1.3 Objetivos:	18
1.4 Hipótesis y Variables	19
II. REVISION DE LITERATURA	20
2.1 Calidad de la atención	20
2.2 Sistemas de atención del parto	22
2.3 Atención del parto	24
2.4 Interculturalidad y el Modelo del Sol Naciente sunrise.	24
2.5 Ethnohistoria de la Cultura Purépecha	27
2.6 El embarazo en la comunidad purépecha	33
2.7 Adaptación al Modelo de Leninger al contexto purépecha	35
2.8 Estudios relacionados	36
III. METODOLOGIA	38

3.1 Tipo y Diseño de Estudio:	38
3.2 Universo de Trabajo	38
3.2.1 Población:	38
3.2.2 Muestra:	38
3.2.3 Criterios de Inclusión	39
3.2.4 Criterios de Exclusión	39
3.2.5 Criterios de eliminación	39
3.3 Material y método procedimiento de aceptación del protocolo	40
3.4 Análisis estadístico de los datos	41
3.5 Ética del estudio	42
IV. RESULTADOS	43
V. DISCUSIÓN	49
VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	50
SUGERENCIAS	52
<i>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</i>	53
APENDICE	57
GLOSARIO DE TERMINOS	58
ANEXOS	62
5.1. Apéndices Operacionalización de Variables	65

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Página
Cuadro 1. Variables sociodemográficas de las Mujeres en estudio.	43
Cuadro 2. Estadísticos de fiabilidad del cuestionario utilizado.	44

INDICE DE FIGURAS

Grafica	Página
Figura 1. Porcentaje de satisfacción de la usuaria en atención del parto en un sistema profesional.	45
Figura 2. Satisfacción de la usuaria del sistema profesional Versus sistema de parteras.	46
Figura 3. Satisfacción de la usuaria primigesta versus multigesta del sistema profesional y parteras.	47
Figura 4. Correlación entre la satisfacción de la usuaria de la atención del parto y la edad de las usuarias.	48
Figura 5. Correlación entre la satisfacción de la usuaria de la atención del parto en el sistema profesional y el número de hijos.	49

I. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. Es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad ⁽¹⁾.

Alarcón y *et al.* señala la necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud se ha generado desde hace unos años en México y en otros países latinoamericanos por diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud. En este contexto, la antropología como ciencia contribuye tanto a develar y comprender las culturas involucradas en el proceso de atención de salud, como a proporcionar elementos socioantropológicos para apreciar el fenómeno de salud y enfermedad desde su dimensión biológica, social y cultural en un escenario de creciente pluralismo médico que caracteriza a la sociedad contemporánea ⁽¹⁾.

La Teoría del Sol Naciente de La Dra. Madeline Leninger analiza, desde la antropología de las culturas, los conceptos fundamentales para el desarrollo de un enfoque intercultural en salud, entre éstos, el concepto de cultura y diversidad cultural que subyacen en el estudio de los modelos médicos en interacción, y analiza los sistemas médicos como complejas y dinámicas organizaciones que representan modelos epistemológicos de pensamiento acerca del fenómeno de salud y enfermedad. En segundo lugar se analiza la interculturalidad en salud como un proceso de acercamiento entre mundos culturales diversos y se plantean algunas estrategias que permitirían implementar este enfoque en el sector ⁽²⁾.

Madeleine Leninger, menciona que coexisten dos tipos de sistemas asistenciales genérico (popular o local): el cual se aplica a los conocimientos y técnicas nativos (o tradicionales) y populares (domésticos), que transmite y utilizan para brindar cuidados, apoyo, a personas, con el fin de mejorar o potenciar su modo de vida humano o su estado de salud (o bienestar) o afrontar situaciones de discapacidad o de muerte. Y el segundo Sistema (s) asistencial (es) profesional (es): es el conjunto de conocimiento y prácticas de asistencia, salud, enfermedad, bienestar y otros conceptos relacionados, que predominan en las instituciones profesionales que cuentan normalmente con personal multidisciplinario para la asistencia de sus usuarios⁽²⁾.

El concepto de cultura aplicado al campo de la salud constituye el eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad⁽³⁾.

El usuario de las instituciones de salud, se enfrenta en general, a un medio desconocido y a situaciones en las que no desearía estar, por ello, todos los factores que podrían contribuir a proporcionar una óptima atención de salud, deben ser considerados con el fin de facilitar la adecuada adaptación al entorno hospitalario. La prestación de servicios de salud por parte de una institución debe garantizar el cumplimiento de todas las normas de calidad, la cual es evaluada cuando se presta un servicio⁽³⁾.

En el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la ideacional o cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el mundo de la conceptualización o de lo abstracto; y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en

conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas ⁽⁴⁾.

Así, las variables étnicas culturales y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas sociales están pesando fuertemente en las propuestas de desarrollo de los países emergentes ⁽⁵⁾. En este contexto, el desafío para el sector salud en las próximas décadas será crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre medicinas. Es parte del escenario que hoy se presenta en el país en el sector salud, una política de salud intercultural, que transformará cualitativamente el sistema haciéndolo más flexible y permeable a la realidad cultural del usuario ⁽⁶⁾.

En el caso de la cultura que nos ocupa, en la medicina tradicional purépecha, la atención al embarazo y el parto forma parte del quehacer de uno de los especialistas más importantes: La partera. Su experiencia le permite enfrentar no sólo los nacimientos normales sino también los partos distócicos, así como las afecciones gineco-obstétricas de las mujeres de sus comunidades ⁽⁷⁾.

En este estudio se comparó la atención del parto en un sistema médico profesional versus genérico (parteras Rurales). Se nos permitió entrar en ese mundo mágico donde la Ciencia no tiene explicación en muchas de las ocasiones pero que sus cuidados han demostrado utilidad en la mayoría de las veces, se nos permitió ver a través de sus miradas a esa gran cultura única llena de magia y ritos así como cantos hermosos llamados Pirekuas en Purépecha el cual nos narran la vida de su cosmovisión a través de las generaciones, de la Guare (Mujer Bonita) en purépecha, y un sin número de esta rica cultura ⁽⁷⁾.

1.1 Planteamiento del problema

Gran número de las muertes maternas y perinatales pueden ser evitables, pues están determinadas por las condiciones de la gestante, el parto y el puerperio, más que por las condiciones propias del recién nacido. Ya que un elevado porcentaje de las muertes maternas y perinatales se han encontrado ligadas a las características de los servicios de salud tales como la cobertura, la accesibilidad geográfica, la calidad en la prestación de los servicios y el marco económico y cultural de cada región. Un estudio de la OMS en el 2007 demostró que la mortalidad materna y perinatal puede disminuirse gracias a la vinculación de parteras debidamente capacitadas en la comunidad. En lugares como Bangladesh, Gambia y Guatemala, la presencia de una partera capacitada y capaz de realizar sin riesgos funciones ampliadas con respecto a la maternidad, resultó ser una forma eficaz de reducir la mortalidad perinatal ⁽⁸⁾.

En México, alrededor de un 30% de los partos son atendidos por parteras, y hasta un 100% en comunidades con mayor población indígena. La Secretaria de Salud reconoce a 22 mil parteras que atienden aproximadamente a 370 mujeres anualmente, cada una. El 25.3% de la población nacional vive en localidades rurales y en éstas, 44.5% de los partos es atendido por parteras. En otras palabras, la cobertura de la atención tradicional del parto es, aproximadamente, la misma que la hospitalaria para la población de zonas rurales débiles, en su mayoría, indígena. A ello se suma 23.7% de mujeres atendidas por parteras en localidades de 2 500 a menos de 20 000 habitantes ⁽¹⁾.

Durante el 2007, la mortalidad materna para México por cada 100 mil nacidos vivos fue de 55.8, para el 2008 de 57, la meta del milenio para el 2015 es de 22.3 ⁽¹²⁾. El 24% de los nacimientos en los hospitales son por cesárea, cifra que contradice las recomendadas y sugerencias de la (OMS), ⁽⁹⁾. Que indican un máximo de 10%. Según estudios realizados en América Latina los porcentajes en las clínicas privadas aumentan desproporcionadamente llegando, incluso, en algunas clínicas hasta el 90%. Es evidente la relación entre cesáreas y partos naturales con la ganancia económica de

las clínicas privadas: una cesárea es más cara (intervención quirúrgica) que un parto natural ⁽⁹⁾.

Por lo tanto, es de suma importancia reconstruir eventos como el parto o el embarazo desde el punto de vista de las personas involucradas, ya que su lógica interna refleja los patrones culturales que nos permiten comprender el sentido y la importancia que guardan ⁽¹⁰⁾.

La constante referencia al uso de materiales naturales utilizados para cortar el cordón umbilical, nos habla de una resistencia cultural a incorporar nuevos elementos, resistencia basada en el significado más que en la disposición. Las acciones de capacitación emprendidas desde las instituciones de salud deberían facilitar técnicas higiénicas para evitar infecciones tanto en el niño como en la madre y no tratar de sustituir el uso de estos materiales por otros ⁽¹¹⁾. El estudio de las costumbres, creencias y prácticas debe partir del conocimiento que las sociedades crean, y de manera recíproca, dar cuenta del mundo natural y social en el que éstas han vivido ⁽¹²⁾.

Es necesario que no se deseche la posibilidad de incorporarlos como un recurso valioso en la atención primaria a la salud, por su conocimiento, experiencia, posición privilegiada y su compromiso con la población. Que se produzca en un marco de sensibilización, conocimiento, difusión, seguimiento, integración y respeto basado en la interrelación sociedad-cultura-salud, que redunde en el conocimiento y respeto de las prácticas populares y procesos culturales, así como en un mejoramiento de la calidad en los servicios de salud que se ofrecen ⁽¹³⁾.

Al tener en cuenta las consideraciones anteriores y el interés del investigador, se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Satisfacción de la usuaria en la atención del parto en un sistema asistencial profesional paralelo al genérico?

1.2 Importancia del estudio

La OMS menciona que cada mujer tiene el derecho fundamental de recibir atención prenatal apropiada; que la mujer tiene un papel central en todos los aspectos de esta atención, incluso participar en la planeación, realización y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada⁽¹⁴⁾.

Es importante resaltar el significado que tiene la placenta para las parteras y la comunidad, ya que de su manejo depende la permanencia posterior del recién nacido en la comunidad y con su familia, lo mismo puede decirse del acompañamiento o del espacio mismo donde tiene lugar el parto, son prácticas con una gran valor cultural que revisten de significado el evento mismo del alumbramiento. Estos factores deben tomarse en cuenta en la búsqueda de estrategias institucionales que pretendan un acercamiento mayor con la población; entregar la placenta a las usuarias después de su parto, admitir un acompañante o incluso atender a la parturienta en su casa, son acciones que no atentan contra la salud de las mujeres y en cambio, pueden representar la posibilidad de que un mayor número de ellas confíe y haga uso de los servicios de salud⁽¹²⁾.

En Michoacán existen registros de 363 parteras tradicionales, de las cuales 337 ya cuentan con capacitación a través del programa institucional. La región con mayor número en el estado, es Uruapan, donde 153 mujeres atienden partos, le sigue el municipio de Lázaro Cárdenas con 92, misma cantidad que la zona Morelia. La capacitación de las parteras empíricas ha sido la columna vertebral del programa desde entonces. Porque a la vez que mejora su capacitación técnica en la atención del parto con todos los beneficios que esto trae a las mujeres y niños del área rural, durante los primeros años la capacitación se orientó a mejorar la habilidad de las parteras en la atención del parto, el puerperio y del recién nacido. En la actualidad su desempeño abarca la aplicación de métodos anticonceptivos y su derivación a unidades médicas⁽¹⁴⁾.

Actualmente a nivel nacional, en el Instituto Mexicano del Seguro Social están participando alrededor de cuatro mil parteras rurales capacitándose por personal Médico, y de Enfermería mayoría Licenciadas en Enfermería y Obstetricia, por medido de ellas se ha logrado una vinculación entre la población rural y el instituto. Con el fin de aminorar el rezago en las comunidades rurales e indígenas y de brindar un mínimo de protección a los grupos que han permanecido al margen del desarrollo nacional especialmente en materia de disponibilidad y accesibilidad de atención a la salud reproductiva ⁽¹⁵⁾.

Sumado a esto el programa IMSS Oportunidades contempla para cubrir sus vacantes en sus clínicas, personal de Enfermería nativo de la comunidad el cual debe autorizar la asamblea de la región el cual es capacitado por personal profesional de Enfermería de la Zona.

En cuanto a modelos se refiere, recordar el modelo propuesto por Madeleine Leininger, y visto en apartados anteriores. La autora en su enfermería transcultural, sitúa como centro del proceso de cuidar, la consideración de los valores y la cultura de cada persona, destacando el respeto a los valores, creencias, estilos de vida, etc. y los cuidados serán más satisfactorios cuando la relación interpersonal, basada en esos valores su perspectiva en la cosmovisión de la enfermera y del paciente, sea más estrecha y efectiva. Las aportaciones de esta autora, son especialmente importantes en medio multicultural, debido a que la organización de los cuidados se dirige a individuos cuyas percepciones del mundo, relaciones, conductas etc. los hacen diferentes. La teoría y el método enfermero son esenciales para la aplicación de unos correctos cuidados, pero también lo son la actitud y los valores hacia el otro y hacia uno mismo.

1.3 Objetivos:

General:

Conocer la satisfacción de las usuarias de dos comunidades del estado de Michoacán en un sistema asistencial del parto profesional paralelo al sistema asistencial genérico.

Específicos:

Identificar a través de la teoría de las culturas de la Dra. Leninger qué puentes deben tenderse entre ambos sistemas.

Establecer la satisfacción en la atención del parto en ambos modelos.

Comparar la satisfacción en la atención del parto en una comunidad de mujeres purépechas en relación a un sistema profesional.

1.4 Hipótesis y Variables

Hi: Existe mayor satisfacción del usuario en el sistema asistencial genérico del parto en comparación al Profesional.

Ho: La satisfacción del usuario en el sistema asistencia genérico del parto es similar al profesional.

Ha: Existe mayor satisfacción del usuario en el sistema asistencial profesional del parto en comparación al genérico

Variable Independiente: Tipo de atención del parto (sistema asistencial profesional o sistema genérico, parteras)

Variable Dependiente: Satisfacción de la usuaria.

II. REVISION DE LITERATURA

Para evaluar la satisfacción del usuario primero se definirá el concepto de calidad y conceptualizar la atención del parto. Existen diferentes enfoques para abordar la evaluación de la calidad, los cuales se describen a continuación:

2.1 Calidad de la atención

Los antecedentes de calidad de los servicios de salud se remontan a finales del siglo pasado y principios del actual, cuando se registran los primeros esfuerzos documentados para evaluar la calidad de la atención médica proporcionada durante la guerra de Crimea. Hecho trascendental para la Disciplina por la aparición de la Madre de la Enfermería Moderna Florencia Nightingale. Durante muchos años estos esfuerzos fueron dirigidos a desarrollar metodologías para evaluar la calidad más que a establecer mecanismos que aseguraran que los hallazgos de las evaluaciones realmente mejoraran los servicios proporcionados⁽¹⁶⁾.

Desde la década de los sesentas el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició programas de evaluación, constituyéndose como la institución pionera en lo que se refiere a evaluación de calidad de la atención, principalmente a través de su sistema de auditorías. En 1984, el Centro de Investigaciones en Salud Pública inició un esfuerzo para realizar investigación sobre calidad, dirigida en ese momento exclusivamente a la atención perinatal en México⁽¹⁶⁾.

En 1986, Frenk *et al* publicaron un modelo basado en una conceptualización innovadora sobre el universo de operación de la investigación en salud pública, cuyo marco conceptual se encuentra representado por tres áreas que confluyen en una matriz tridimensional que las representa; las áreas son: sustantivas, metodológicas y del conocimiento. Una de las áreas sustantivas claramente identificada en el modelo es la calidad de la atención como uno de los factores mediadores entre la utilización de los servicios y su capacidad para satisfacer las necesidades de salud⁽¹⁷⁾.

El término garantía de calidad significa asegurar que las condiciones, bajo las cuales se proporciona atención médica -estructura y proceso- y resultado sean las más propicias, para lograr que el paciente reciba el mayor beneficio al menor riesgo y costo, es decir, que reciba una atención de calidad ⁽¹⁷⁾.

La palabra de Calidad ha sido definido por Donabedian como "aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica monitorizada y sus resultados son seguidos, de tal manera que se identifiquen las deficiencias y se lleven a cabo las correcciones necesarias que conduzcan a un mejoramiento en la salud y el bienestar de los individuos" ⁽¹⁸⁾.

Ruelas y Frenk se han referido a la calidad como "un proceso sistemático que se dirige a cerrar la brecha entre el desempeño actual y los resultados esperados de la atención proporcionada de acuerdo con la frontera tecnológica de un sistema específico, indispensable mencionar que el término garantía está compuesto por cinco conceptos: monitoria, evaluación, diseño, desarrollo y cambio. No tiene valor el término garantía si no está compuesto al menos por los cuatro primeros" ⁽¹⁹⁾.

Estos cinco aspectos metodológicos surgen del modelo propuesto por Ruelas y Frenk: en donde mediante la monitoria y la evaluación se detectan desviaciones, y a través del diseño y del desarrollo organizacional es posible llevar a cabo, en forma oportuna, la prevención de problemas y las acciones correctivas necesarias para resolver dichas desviaciones. Lo anterior permite favorecer un cambio individual y colectivo en las organizaciones, necesario para lograr la calidad deseada y los objetivos de calidad de los servicios de salud, al tomar como premisa la necesidad de la participación de todos los integrantes de las instituciones para la consecución de estos objetivos ⁽¹⁹⁾.

El derecho a la salud elevado a rango constitucional, implica el reto de continuar los esfuerzos para incrementar la cobertura de los servicios de atención a la salud; sin embargo, se hace evidente que se transita de una preocupación por lo cuantitativo a

una preocupación que incluye lo cualitativo. Es decir, se reconoce la necesidad de que no sólo es necesario proporcionar más servicios sino de asegurar que esos servicios, en efecto, satisfagan las necesidades de la población de la mejor manera posible, con este antecedente se puede observar que la necesidad real es asegurar la calidad de la atención abarcando la mayor cobertura, para lo cual es necesario llevar a cabo acciones en los tres niveles de atención. Asimismo, esa cobertura se debe ampliar al sector privado y al ámbito internacional ⁽¹⁹⁾.

El desarrollo de una cultura por la calidad y la conciencia de crear un ambiente de cooperación, responsabilidad y dedicación en el trabajo permitirá que la calidad técnica e interpersonal de los individuos en las organizaciones se acreciente y el nivel de salud y la satisfacción tanto de proveedores como de pacientes se incremente en forma sustantiva en los servicios de salud ⁽¹⁹⁾.

2.2 Sistemas de atención del parto

Después de definir el concepto de calidad se describirán los dos sistemas de atención. Un sistema médico visto desde la antropología sociocultural se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticos y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan internamente, otorgando coherencia al sistema depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. En consecuencia las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en los cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual ⁽¹⁾.

La dimensión conceptual de los sistemas médicos está determinada directamente por la cultura de los pacientes y profesionales. Analíticamente corresponde a los modelos que explican y fundamentan la enfermedad. Sugiere que esta dimensión está compuesta por dos elementos estructurales: axiomas y mecanismos de validación ⁽¹⁾.

Todos los sistemas médicos presentan axiomas o principios basados en el modelo epistemológico que sustenta la práctica médica y distinguen medios para validarse y legitimarse a sí mismos. En la biomedicina por ejemplo, los experimentos científicos, las pruebas clínicas y textos, constituyen importantes fuentes de validación del pensamiento científico; raramente un médico aceptará como prueba de una diarrea la intervención de un espíritu maligno en las comidas. Sin embargo, otras culturas aceptarán como fuente de legitimación los sueños de un chamán, signos en la naturaleza, apariciones, etc. La lógica que opera en la definición de salud y enfermedad es la misma en ambos sistemas (una lógica que busca causas, alternativas y consecuencias), sin embargo, difieren en las premisas culturales y pruebas de validación; por ello distintas percepciones y observaciones del mismo fenómeno resultan en diferentes explicaciones de la enfermedad ⁽¹⁾.

En la dimensión conductual de los sistemas de salud podemos distinguir, entre otros, aquellos procedimientos, acciones y agentes que utiliza un sistema médico para obtener un cierto resultado con los pacientes, el que ha sido denominado Proceso Terapéutico, este implica: quién (machi, médico, meica, santiguadora.), hace qué (cirugía, ritual, purgas, oraciones.), a quién (individuo o comunidad) y con respecto a qué dimensión de la enfermedad (física, social, mental, espiritual) ⁽¹⁹⁾. Un proceso terapéutico exitoso supone la eliminación de la condición subjetiva de enfermedad y consecuentemente la finalización del rol del enfermo ⁽²⁰⁾.

En países donde la medicina académica coexiste con una todavía fuerte medicina tradicional, el parto es concebido como evento natural y su atención es competencia de las parteras tradicionales. En estos países, la atención se centra, básicamente, en la capacitación de las parteras tradicionales y su incorporación a los sistemas de salud para disminuir la mortalidad materna y neonatal ⁽²¹⁾.

2.3 Atención del parto

La (OMS) define el Parto Normal como: comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones ⁽²²⁾.

Los encargados de atender el parto son los Obstetras, o Tocólogos la Enfermera Especialista en Obstetricia. Pero también en muchos casos son atendidas por parteras empíricas sobre todo en Australia y Noruega y en Latinoamérica en los pueblos alejados donde no se cuenta en muchas ocasiones con un especialista o simplemente porque así lo decidieron de acuerdo a su cultura. Así mismo, la OMS define a las parteras tradicionales como: una persona (generalmente una mujer) que asiste a la madre en el curso del parto, y que inicialmente adquirió sus habilidades atendiendo ella misma sus partos o trabajando con otras parteras tradicionales; sin embargo se debe incluir, la prestación de cuidados básicos a las madres durante el ciclo normal de la maternidad, la atención del recién nacido, la distribución de métodos modernos de planificación familiar y la intervención en otras actividades de atención primaria de salud, inclusive la identificación y envío de pacientes de elevado riesgo ⁽²²⁾.

2.4 Interculturalidad y el Modelo del Sol Naciente sunrise.

La Dra. Madeleine Leninger menciona, que la enfermería debe actuar como un puente entre los sistemas genéricos y profesionales, haciendo mención a tres clases de asistencia que permiten predecir las acciones y decisiones de enfermería dentro de la teoría; la conservación y el mantenimiento de los cuidados culturales, la adecuación y negación de estos cuidados y el rediseño o reestructuración de los mismos. El modelo de sol naciente describe a los seres humanos de forma inseparable de sus referencias culturales y su estructura social, visión del mundo, historia y contexto ambiental. El sexo, la edad y la clase social se consideran factores emocionales y otras relacionadas

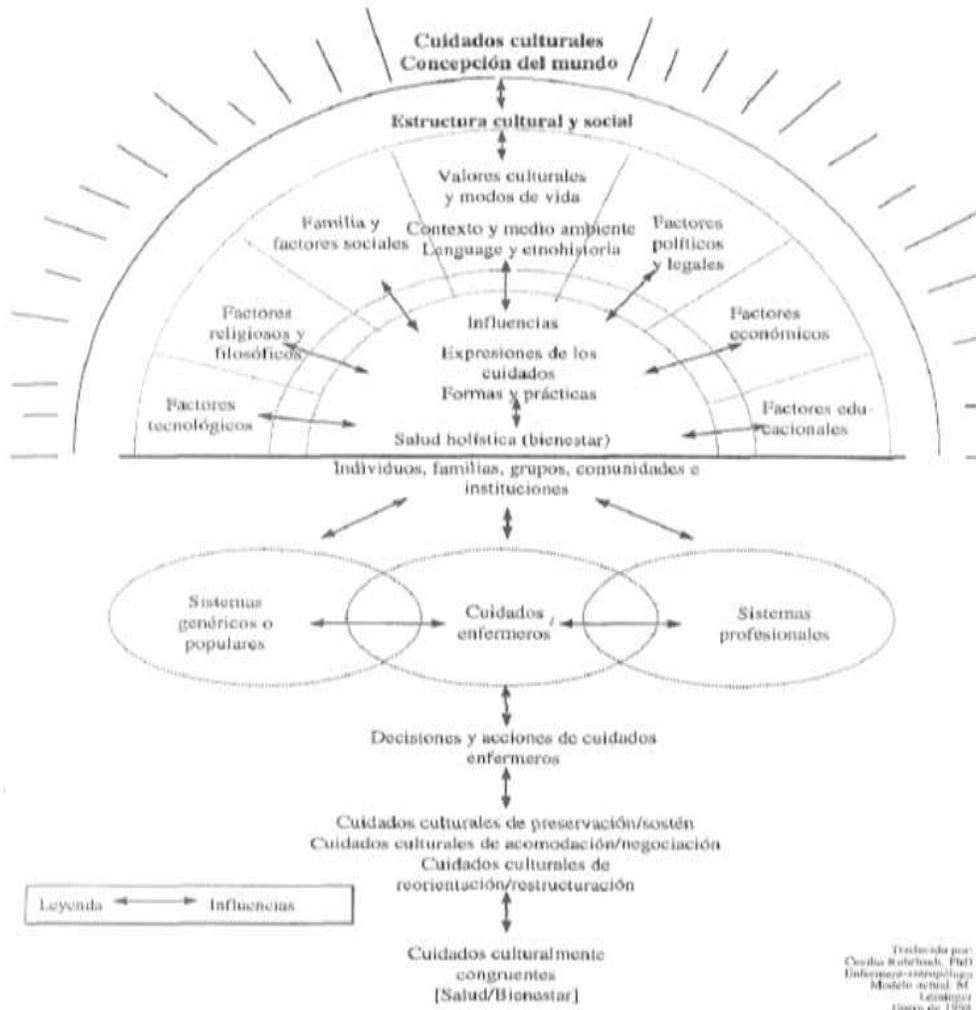
se contemplan desde un punto de vista holístico y no de forma independiente o fragmentaria⁽²³⁾.

El modelo 'sunrise' de la teoría de Madeleine Leininger que deriva de la antropología y la enfermería, desarrolló un método de investigación de etnoenfermería y resaltó la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales o *émic* para después contrastarlo con los factores *étic* (externos), a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería. Aprendió a aplicar la etnoenfermería, la etnografía, las historias reales, la fotografía y los métodos fenomenológicos para conformar una aproximación holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales⁽²³⁾.

Los datos se obtienen inductivamente, son suministrados por sus informantes en forma de relatos descriptivos e interpretativos, basados en observaciones y en una actitud participativa o en otra forma de explicar la asistencia como un elemento básico del método. Utilizó el método etnocientífico como procedimiento formal y riguroso para el estudio de los fenómenos humanos y de enfermería.⁽²³⁾

Leininger utiliza para describir e ilustrar los principales componentes de la teoría de los cuidados culturales, el llamado modelo sunrise amanecer, que es la figura que aparece enseguida. Este orienta a las enfermeras hacia las influencias que sufren los cuidados, y describe cómo los componentes de la teoría influyen en la salud y los cuidados de los individuos en distintas culturas. Se centra en la visión del mundo desde los cuidados culturales, un mundo en el que las dimensiones de las estructuras sociales y culturales están muy diferenciadas. Un mundo en cuyo corazón se sitúa la salud (el bienestar) continuamente influenciado por las prácticas, pautas y expresiones de los cuidados, estos a su vez en constante relación de interdependencia con factores educativos, económicos, sociales, filosóficos, tecnológicos, modos de vida, etc. Los cuales se describen a continuación⁽²⁴⁾.

Modelo del sol naciente de Leininger representando la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y de la universalidad



Modelo sunrise consta de cuatro niveles, siendo el primero el más abstracto y el cuarto el menos abstracto. Los tres primeros niveles proporcionan una base de conocimientos para proporcionar cuidados culturalmente coherentes (24).

Nivel uno: Representa la visión del mundo y los sistemas sociales; Permite el estudio de la naturaleza, el significado y los atributos de los cuidados desde tres perspectivas: microperspectiva: Los individuos de una cultura. Perspectiva media: Factores más complejos en una estructura específica. Macroperspectiva: Fenómenos transversales en diversas culturas.

Nivel dos: Intenta proporcionar información acerca de los individuos, las familias, los grupos e instituciones en diferentes sistemas de salud. Proporciona información acerca de los significados y expresiones específicas relacionadas con los cuidados de salud.

Nivel tres: Proporciona información acerca de los sistemas tradicionales y profesionales, incluyendo la enfermería, que actúan dentro de una cultura. Permite la identificación de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales.

Nivel cuatro: Determina el nivel de las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros; según Leininger, en este nivel se proporcionan los cuidados enfermeros. Incluye la preservación, acomodación y remodelación de los cuidados culturales. Es el nivel en el que se desarrollan los cuidados coherentes culturalmente y en este sería donde se incluye la atención del parto ⁽²⁴⁾.

2.5 Etnohistoria de la Cultura Purépecha

Michoacán de Ocampo es uno de los 31 estados que junto con el Distrito Federal conforman las 32 entidades federativas de México. Colinda con los estados de Colima y Jalisco al noroeste, al norte con Guanajuato y Querétaro, al este con México, al sureste con el estado de Guerrero y al suroeste con el Océano Pacífico. Michoacán tiene una superficie de 58,585 kilómetros cuadrados. El estado de Michoacán tiene 113 municipios y su capital es la ciudad de Morelia, antiguamente llamada Valladolid, que lleva este nombre en honor a don José María Morelos y Pavón, héroe de la Independencia de México ⁽²⁷⁾.

Michoacán ocupa uno de los 12 Estados de la República Mexicana en donde más de 100,000 habitantes hablan una lengua indígena. Según el XII Censo General de Población y Vivienda del INEGI, en el año 2000 eran hablantes del P'urhépecha 121 mil 409 personas, mientras que monolingües 15 mil 662 (el 12.9%). Los pueblos indígenas se llaman a sí mismo P'urhépechas, y cada uno de sus integrantes es un P'urhé que significa gente o persona; esto implica una autoafirmación como seres humanos y pueblo en general. Desde la Conquista y hasta hace unos cuantos años, este pueblo

era conocido como tarasco; sin embargo, esta denominación es externa y les fue impuesta por los conquistadores. El idioma P'urhé no tiene parentesco lingüístico cercano con ninguna de las lenguas originales que se hablan en México. Se reconocen tres variantes dialectales: la de la Región Lacustre, central y serrana ⁽²⁶⁾.

El presente estudio fue realizado en la región Purépecha de la Ciudad de Zacapu, Michoacán, México cuna de esta gran cultura ancestral. Su nombre significa "lugar pedregoso", asentado en la vertiente de la sierra de Nahuatzen que forma parte del eje volcánico, el sitio fue antiguamente una gran Ciénega Tzacapu Maruati, nombre chichimeca que significa "piedras preciosas", se encuentra en el estado de Michoacán, en una tierra rodeada de lagunas, lagos e islas ⁽²⁵⁾.

La actual área P'urhépecha se extiende a lo largo de 6,000 km² de los 60,000 que tiene el Estado de Michoacán, en la región septentrional central de la entidad; esta área se denomina P'urhépecho, que significa "lugar donde viven los P'urhépecha". Se distingue por la presencia de lagos, ciénagas, sierras, llanos intermontanos y volcanes aislados. Allí se encuentra la principal elevación del estado, el volcán Tancítaro (3 840 msnm), y los cerros Patamban, El Tecolote, El Tzirate, El Frijol, La Virgen y El Capén, además del famoso volcán Parícutín, que hizo erupción en 1943 ⁽²⁶⁾.

Por otra parte el origen de los P'urhépechas data de finales del siglo XII y destacaron por el empleo de instrumentos agrícolas de cobre. hecho excepcional en el área mesoamericana. Existía una estratificación social en cuya pirámide estaba el rey, cazonci o irécha, al que le seguían los señores, principales o acháecha y finalmente los sacerdotes. En la base de la pirámide se hallaban comunidades de campesinos y pescadores, artesanos y mercaderes ⁽²⁸⁾.

Demografía: La población P'urhépecha es muy joven. El promedio de edad de hombres es de 23.3 años y el de las mujeres es de 23.7 años de edad. Aproximadamente el 43.3% de la población es de edad media; el 51.3% de la población está en edad reproductiva y de trabajo, y solo el 5.4% representa la población de 65 años y más. Hay una población muy reducida que se cuenta en dos grupos, 15 a 19

años de edad y 20 a 24 años de edad. Este fenómeno es el reflejo de los movimientos de migración de la gente más adulta a los Estados Unidos principalmente ⁽²⁸⁾.

La región de la Meseta Purhepecha (Juarhu), se caracteriza por tener menos localidades, pero mayores de 1, 000 habitantes: 9 de ellas con más de 3, 000 habitantes en 1995 (Paracho, Cherán, Nahuatzen, Tingambato, Pichátaro, Charapan, Ocumicho, Comachuén y Nurío). El norte de la región se puede considerar la zona más heterogénea. Las poblaciones de Tangamandapio y Tangancícuaro son un conjunto de localidades de tamaño medio (más de 1, 000 habitantes, entre las cuales se encuentra Tarecuato y Patamban), mientras que las del sur (con pocas localidades en el centro) son más pequeñas y aisladas ⁽²⁶⁾.

Su sistema de culto: El panteón p'urhépecha prehispánico estaba dividido en tres grandes grupos: los dioses mayores, los dioses mediadores y los dioses menores. Entre los mayores se encontraba Curicaeri, Xaratanga, TharesUpeme y Uazoríquare; entre los mediadores estaban Curita Caherí, SirunciaArhan y Auicanime; entre los últimos se consideraban a los dioses ancestrales del grupo: Zirita-cherengue, Uacúsecha, Tingárata, etcétera. Estas divinidades se representaban como águila, fuego, piedra, tuza, caimán, etcétera, y de esta forma intervenían en la vida cotidiana de los p'urhé ⁽²⁶⁾.

Este pueblo concebía que su origen fuera divino, por eso en la relación de Michoacán la historia comienza en el cielo y la segunda parte continúa en la tierra. Actualmente el panteón p'urhé se ha transformado. Cuerauáperi es la creadora o diosa engendradora. De ella nacen TatáJurhiáta, el Padre Sol, y NanáKutsi, la Madre Luna. Las deidades p'urhépechas están ligadas a los elementos fundamentales de la naturaleza: el rayo, la lluvia, la tierra y el cielo o firmamento. En relación con la fauna, la tradición P'urhépecha menciona que los diferentes dioses se manifestaban en formas de animales. El águila, la tuza, la serpiente, la comadreja, el venado y el pato, entre otros, fueron animales que tuvieron una participación medular en la cosmovisión purhepecha ⁽²⁷⁾.

Salud: y Calidad de la Atención en la Zona Purépecha y cosmovisión de esta cultura

La salud es considerada por los Purépechas como un resultado de la armonía con la naturaleza y del cumplimiento de las normas comunitarias y familiares. En relación con la medicina tradicional encontramos diversas especialidades entre los terapeutas, la mayoría de los cuales son mujeres mayores de 55 años y entre quienes encontramos: curanderos (tsinájpir, xurhríjki, eshperi), parteras (pikurpiri), sobadoras (parhijpiri), brujos (s'ikuame), hueseros (sesiatsintaniunicha, juturuntaniunī), hierberas (uitsákuamítiasti, uitákuajamantspini) y finalmente los mollereros (ukata) ⁽²⁸⁾.

La información sobre las virtudes y el uso de las plantas ha pasado por tradición de padres a hijos y no existe persona que ignore lo relativo a la herbolaria. Se acostumbra utilizar algunas plantas medicinales como el romero, la ruda para problemas estomacales; el alpiste para la presión, etc. ⁽²⁸⁾.

Las viviendas tradicionales pueden ser de adobe o de madera. Las casas de adobe se construyen en las regiones del Lago y la Cañada y hacia Los Reyes y Tingüindín, mientras que las de madera se hacen fundamentalmente en la sierra, aunque cada vez más se sustituyen ambas por construcciones con materiales modernos: tabique, tabicón, techo colado, láminas de asbesto, cartón o zinc ⁽²⁶⁾.

La construcción generalmente es de planta cuadrada, con techo de cuatro aguas, tapanco y puertas de golpe. Además de habitación, la vivienda es utilizada como taller artesanal y bodega de productos agrícolas. Al construirse una casa nueva, se ponen anillos y aretes usados en las cuatro esquinas de las habitaciones. Al terminar la construcción, se sacrifica un chivo y se cuelga de las vigas que forman el triángulo principal de la casa. Por fuera se coloca una cruz. La vivienda P'urhé incluye uno o dos conjuntos de casas en la mayoría de los casos para albergar al hijo mayor, una vez casado. Generalmente la cocina se construye aparte. También tienen un pequeño huerto familiar donde se mantienen animales domésticos, se siembran verduras, árboles frutales y plantas medicinales ⁽²⁶⁾.

Los grupos de Purépechas están considerados como uno de los grupos de pobladores más antiguos de la región y desde su aparición en las tierras de Michoacán, aman, cultivan y utilizan las flores en las diversas actividades de su vida cívica y religiosa. Dentro de las ceremonias y rituales religiosos utilizaron la flor; TiringuiniTsītsiki “zempazuchitl” para reverenciar a los difuntos y la Tzitziaquiltzimakua (orquídeas), para sus dioses, cuyos altares adoraban profusamente, costumbre adoptada por el cristianismo por su sentido poético ⁽²⁸⁾.

De acuerdo al calendario que conserva hasta nuestros días, el año p’urhépecha se compone de 365 días, la semana de 5 días y un mes consta de 20 días. En total el año comprende 18 meses a los que se le suman 5 días aciagos, que los antiguos p’urhépecha los empleaban para reflexionar, meditar, hacer acción de gracias a los dioses y realizar sacrificios. Los últimos cinco días se la pasaban a oscuras, es decir, no prendían para nada fuego en espera de un nuevo ciclo que se asumiría con el encendido del fuego nuevo ⁽²⁶⁾.

El día último de este ciclo anual entre los p’urhépecha era lo que ahora en el calendario mexicano es el primero de febrero por lo que el inicio del nuevo ciclo inicia el segundo día de este mes cuando la estrella conocida como “el arado” se encuentra en el cenit siendo precisamente este momento cuando concluye e inicia un nuevo período en el que se distribuye el fuego nuevo en todas las comunidades del territorio como símbolo de nueva vida ⁽²⁸⁾.

Hace 28 años inicia el movimiento indígena, la siembra del “fuego sagrado” en el territorio del nurhiteni, del lago, de la arcilla y de las piedras; hoy el encuentro de los P’urhépechas en torno a la parangua (fogón) la casa de “Tata Chjpiri” que presidirá la comunidad de Uruapan el próximo 1 de febrero ⁽²⁶⁾.

No es fiesta es ritual sagrado del encendido del “Fuego Nuevo”, no es una celebración cualquiera o fiesta para festejar al turista, sino es un punto de reunión de

los P'urhépechas conscientes de la realidad y que hoy buscan reconstruir la Ireta (el pueblo) tomando en cuenta los saberes y raíces de los antiguos pobladores de Michoacán. Éste próximo 31 enero del 2009 se entregará la flama de AchaChijpiri (Fuego Sagrado) a Uruapan con lo que inician las ceremonias en dicha comunidad sede del encuentro indígena ⁽²⁸⁾.

Actualmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), están participando alrededor de cuatro mil parteras rurales capacitadas por el instituto, por medido de ellas se ha logrado una vinculación entre la población rural y el instituto. Con el fin de aminorar el rezago en las comunidades rurales e indígenas y de brindar un mínimo de protección a los grupos que han permanecido al margen del desarrollo nacional especialmente en materia de disponibilidad y accesibilidad de atención a la salud reproductiva ⁽²⁹⁾.

En Michoacán existen registros de 363 parteras tradicionales, de las cuales 337 ya cuentan con capacitación a través del programa institucional. La región con mayor número en el estado, es Uruapan, donde 153 mujeres atienden partos, le sigue el municipio de Lázaro Cárdenas con 92, misma cantidad que la zona Morelia. La capacitación de las parteras empíricas ha sido la columna vertebral del programa desde entonces, porque a la vez que mejora su capacitación técnica en la atención del parto con todos los beneficios que esto trae a las mujeres y niños del área rural. Durante los primeros años la capacitación se orientó a mejorar la habilidad de las parteras en la atención del parto, el puerperio y del recién nacido y en la actualidad su desempeño abarca la aplicación de métodos anticonceptivos y su derivación a unidades médicas ⁽³⁰⁾.

2.6 El embarazo en la comunidad purépecha

En cuanto a las explicaciones de la cultura Purépecha partiendo desde su cosmovisión son las siguientes: Las razones por las que una mujer no puede "encargar", esto es, concebir, son varias y todas ellas guardan relación con un concepto fundamental de la medicina tradicional de los grupos mesoamericanos: la frialdad,

estado que propicia la esterilidad. Según testimonio de los informantes, la frialdad se adquiere en ciertas circunstancias: "cuando la mujer está reglando y toma mucho limón o leche, o se baña con agua fría, o come alimentos fríos (como carne de res o frijoles), entonces tiene dificultades para encargar". Todos los alimentos mencionados son considerados de calidad fría entre los purépechas ⁽⁷⁾.

Los signos más importantes que presenta una mujer que encuentra dificultades para quedar embarazada, son "las manchas de paño; se pone muy corajuda, está fría del cuerpo y le da dolor de estómago, además de decir que no puede encargar". En conformidad con la causalidad manifestada, los tratamientos tienen la finalidad de limpiar el estómago de la paciente y calentar su cuerpo. Por lo general, las terapeutas tratan estos casos de la siguiente manera: primero administran un purgante, y luego de logrado el efecto dan "remedios calientes, bien hervidos y tomados en la noche para que la enferma sude, así como comida de calidad caliente como la carne de borrego" ⁽⁷⁾.

Una de las causas de demanda de atención más frecuentes que las parteras atienden es el embarazo. Ellas refieren que, además de la ausencia de la regla, otros síntomas que manifiesta una mujer embarazada son: sensación continua de náuseas, debilidad, malestar generalizado, mucho sueño y falta de apetito. En los primeros meses, el diagnóstico del embarazo se realiza "tentándole a la mujer abajo del ombligo y recogándole la matriz; si está embarazada se siente un temblor", señalan las parteras; después de los tres meses, se siente "como una arañita o una bolita que palpita"; por otra parte, "los niños crecen inmediatamente abajito del ombligo y las niñas más abajito" ⁽⁷⁾.

Durante el embarazo, las parteras recomiendan a sus pacientes adoptar algunos hábitos de orden preventivo como, por ejemplo, procurar tener una buena alimentación, evitar hacer esfuerzos físicos excesivos, cuidar la higiene personal, usar ropas limpias y amplias, e ingerir preparados a base de hierbas medicinales – Como el té de hojas de naranjo—. Además, la mujer debe someterse a un procedimiento común en todos los grupos étnicos del país, conocido como "juntarle la matriz", o sea acomodar al feto, práctica que consiste en aplicar "sobadas" durante las

revisiones periódicas que la terapeuta hace a la embarazada. Con respecto a la alimentación, es muy importante que sea de buena calidad, pero que además la mujer "coma todo lo que se le antoja", ya que el antojo no satisfecho puede ser una seria causa de aborto ⁽⁷⁾.

La complicación más común que, según las parteras purépechas, puede surgir durante este periodo, es que "el bebé puede estar atravesado y dar muchas molestias; esto se sabe porque se hinchan los pies; además da trabajo para nacer". Al momento del parto, la preocupación esencial de las parteras es la de lograr que el niño nazca a la brevedad posible. La razón principal por la que a veces esto no ocurre es "porque el niño se pega" a la placenta; en consecuencia, la lógica del tratamiento empleado para apresurar el parto es la de "despegar" al niño. Para lograrlo, la terapeuta ejecuta una maniobra conocida como "zarandeada", para lo cual coloca en el suelo un petate y sobre él un sarape; enseguida acuesta a la paciente de modo que el sarape le quede a la altura de la cadera; entonces agarra con fuerza las puntas del zarape, lo alza, y jala con firmeza varias veces de cada lado ⁽⁷⁾.

En México, la participación de parteras y parteros tradicionales en la atención antes, durante y después del parto es muy importante, alrededor de un 30% de los partos son atendidos por parteras, y hasta un 100% en comunidades con mayor población indígena ⁽³⁰⁾.

Acorde a las estadísticas presentadas por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), los estados con mayor porcentaje de partos atendidos por parteras son: Chiapas (74%), Oaxaca (56%), Guerrero (51%), Tabasco (42%), Veracruz (42%), Puebla (33%) y San Luis Potosí (27%) Michoacán (22 %) ⁽³¹⁾.

En áreas rurales de alta marginalidad y difícil acceso a los servicios de salud institucionales, la figura de la partera representa el único enlace posible con la población materno–infantil, lo que resalta aún más el apoyo potencial para las instituciones de salud.

Las parteras son los terapeutas tradicionales de mayor importancia numérica en México y el único que ha sido objeto de planes y programas institucionales de salud, al igual que en otros países de Asia y Centroamérica. Debido a que la mortalidad materna continúa representando un importante problema de salud pública a pesar de los innegables avances que en esta materia ha tenido el país en los últimos años. En este contexto surgen los cursos “De partera”, como una iniciativa de los servicios de salud en Michoacán, en la búsqueda de formas alternas y complementarias cuya diferencia con otras propuestas es la metodología de capacitación y el rescate de prácticas ancestrales de la partería tradicional, que complementa y refuerza las actividades de dependencias gubernamentales, al facilitar la integración de este valioso recurso humano a la red de Servicios de Salud ⁽³²⁾.

2.7 Adaptación al Modelo de Leninger al contexto purépecha

Un elemento fundamental que resulta imprescindible para trabajar en el marco del respeto a las creencias, es justamente el conocimiento de ellas. Este es el primer paso que permitirá tener un verdadero intercambio de conocimientos más que una capacitación unidireccional, ⁽²⁴⁾ por lo tanto se vinculó el Modelo del Sol Naciente de la Doctora Madeleine a este estudio en sus tres primeros niveles que describimos anteriormente, el último nivel se refiere el de las acciones y decisiones, queda pendiente por el enfoque y alcance del estudio ya que se pretendió únicamente evaluar la satisfacción del usuario en ambos sistemas, dentro de nuestras sugerencias recomendamos se pueda iniciar otro estudio de preferencia cualitativo o mixto a partir de este nivel ya que su importancia reviste, que es el nivel donde se aplican los cuidados enfermeros, así como la preservación, acomodación y remodelación de los mismos ⁽²⁴⁾.

2.8 Estudios relacionados

Se realizó una búsqueda del estado que guarda el conocimiento encontrando los siguientes estudios, Méndez et al. Entre 1989 y 1990, realizaron en Yucatán México, un estudio donde comparan la atención del parto por vía vaginal entre los sistemas hospitalario y tradicional, para identificar recursos, procedimientos utilizados y la aparición de complicaciones maternas y neonatales derivadas del tipo de atención. La muestra se constituyó por 205 mujeres que tuvieron parto por vía vaginal. Se observó la atención del parto y a los 15 días pos-parto, se les entrevistó para detectar complicaciones maternas y neonatales ⁽³³⁾.

El estudio transversal realizado por Maderuelo José et al ⁽³³⁾. mujeres que dieron a luz en el Hospital Universitario de Salamanca, España, entre noviembre de 2002 y abril de 2003 donde se valoró la satisfacción mediante un cuestionario autocumplimentado que constó de 28 preguntas, distribuidas en 4 dimensiones: accesibilidad, equipamiento, organización de la consulta y competencia profesional. Se incluyeron también variables socio demográfico y asistencial. La satisfacción general fue buena, y se mostraron más satisfechas las gestantes asistidas en el ámbito de la atención primaria que en la especializada, por lo que consideraron se debería potenciar este nivel asistencial ⁽³⁴⁾.

El realizado por Sosa María Ortiz Espinosa et al ⁽³⁴⁾. Donde el objetivo fue evaluar la satisfacción del usuario de los servicios institucionales del sector salud, a través de la opinión. En un estudio transversal realizado en 15 hospitales en Hidalgo, México donde se utilizó una encuesta anónima y confidencial se obtuvieron los siguientes resultados: La insatisfacción fue del 15,06%. La percepción de mala calidad asociada con la insatisfacción fue 10,8% ($p < 0,05$). El 18,5% refirió insatisfacción y deseo de no regresar a solicitar atención al mismo hospital, de éstos el 65% se asoció con mala calidad ⁽³⁾.

III. METODOLOGIA

El Estudio fue realizado entre el año 2008 y el 2011, en el Estado de Michoacán México.

3.1 Tipo y Diseño de Estudio:

Prospectivo, analítico, transversal comparativo.

3.2 Universo de Trabajo

El universo se constituyó por mujeres a las que se les atendió de parto vaginal en el período del estudio.

3.2.1 Población:

Derechohabientes del Hospital de Ginecología IMSS Morelia y usuarias atendidas por parteras Rurales de la Región Morelia (Zacapu).

3.2.2 Muestra:

Se calculó a través de un método estadístico de proporciones para dos poblaciones usuarias atendidas en el parto por parteras rurales de la región Zacapu y derechohabientes del H.G.R.No 1 de Ginecoobstetricia de Morelia.

3.2.2.1 Muestra para Población Rural:

a). Tamaño de la muestra para la población rural, debido a que los partos atendidos en la región Morelia (Zacapu), por parteras rurales son esporádicos, no existe población cautiva como en el Hospital de Ginecoobstetricia, por lo cual se justificó captar a estas pacientes por el método de muestreo por conveniencia durante el periodo 2008-2011.

3.2.2.2 Muestra para población Urbana

b) Se calculó a través de la estimación de una proporción.

$$N = \frac{p(100-p)}{E^2} =$$

Dónde:

P= proporción estimada de la satisfacción del usuario = 70%.

E= error estándar estimado = 5%

$$N = \frac{70(100-70)}{(5)^2} = \frac{70(30)}{25} = \frac{2100}{25} = 84$$

3.2.3 Criterios de Inclusión

Pacientes Posparto atendidas en el H.G.R.No. 1 Ginecología IMSS Morelia

Usuaris posparto de parteras Rurales de la Región (Zacapu)

3.2.4 Criterios de Exclusión

Usuaris que estén sujetas a investigación jurídica

3.2.5 Criterios de eliminación

Usuaris que no respondan al cuestionario

Usuaris que no deseen participar

3.3 Material y método procedimiento de aceptación del protocolo

A cada mujer en el período de posparto en los dos lugares de estudio (Ginecoobstetricia HGR N°1 del IMSS y domicilios de usuarias de parteras rurales de región Zacapu) se les realizó una entrevista estructurada en el servicio de Puerperio de Bajo riesgo en su cama y en su domicilio respectivamente, la entrevista fue anónima y se aplicó de 2 a 3 horas posteriores al alumbramiento. Previa capacitación se utilizó personal encuestador no trabajador de las instituciones donde se realizaron las entrevistas, para evitar sesgos de medición y así prevenir sugerencias en las respuestas en el momento de la encuesta. La muestra se seleccionó de manera aleatoria, tanto si acudía por primera vez, como si tenía más de una atención en el mismo hospital.

En el caso de las mujeres atendidas por parteras además de los encuestadores capacitados siguiendo los mismos parámetros y tiempos previamente consensados en la mayoría de lo posible ya que las distancias en algunos casos no lo permitieron. Se utilizó el apoyo de un traductor de la lengua materna el cual cumplió un doble propósito; /por la utilización de una persona no profana a la disciplina, ya que fue un profesional de la salud Enfermero especialista en cuidados intensivos asignado a este hospital.

Instrumentos de medición

El cuestionario fue diseñado mediante las bases metodológicas y conceptuales de Avedis Donabedian, el cual ya fue validado y usado por Ortiz, Muñoz y Torres Carreño Erick ⁽⁴⁰⁾. Se tomó en cuenta únicamente la atención del parto de uno y otro sistema, el cual se dividió en tres grados: Para establecer el puntaje se tomaron en cuenta los tertiles de la distribución de los datos. Del tercil menor al 30 se tomó como una Insatisfacción, el Segundo tercil 30 al 60 se asignó como Satisfacción intermedia y del tercer tercil (80-100) se tomó como satisfacción completa

- Satisfacción completa tercer tercil (Puntaje 80-100) : cuando las expectativas del usuario son cubiertas en su totalidad.

- Satisfacción intermedia segundo tercil (Puntaje 60-79): cuando las expectativas del usuario son cubiertas parcialmente.
- Insatisfacción tercil primer tercil (-59 Puntaje): cuando las expectativas del usuario no son cubiertas.

Se asignaron valores a las respuestas dadas por los usuarios de acuerdo a la escala de Likert, siendo de 1 (Muy mala) cuando el usuario esté totalmente insatisfecho con la atención brindada, 2 (Mala) cuando el Usuario esté Insatisfecho, un valor de 3 (Regular) cuando el usuario esté parcialmente de acuerdo con la atención, 4 (Buena) si está de acuerdo o manifiesta satisfacción y 5 (Muy buena) si está completamente de acuerdo o totalmente satisfecho ⁽²³⁾.

3.4 Análisis estadístico de los datos

Para las variables de tipo cuantitativo se analizaron con medidas de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar) y para establecer la comparación entre las variables numéricas del sistema profesional y del de parteras se realizó la prueba t de Student. Para establecer la validez de los cuestionarios se utilizó el alfa de Cronhbach, mitades de Guttman y Spearman-Brown (método de mitades).

Se utilizó la correlación de Pearson para determinar la asociación entre las variables (satisfacción de la usuaria, número de hijos y edad).

Se estableció diferencia estadística significativa cuando resultó una $P < 0.05$. Los datos se analizaron en el programa computacional SPSS versión 18.0 para Windows.

3.5 Ética del estudio

Se apegó cabalmente las enmiendas de la Declaración de Helsinki ⁽³⁵⁾ de 1964, revisado por última vez en 2004, los principios contenidos en el Código de Núremberg, el Informe Belmont y el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos. Se respetarán las disposiciones contenidas en el Reglamento de la Ley General de Salud ⁽³⁶⁾ en materia de Investigación para la salud. De acuerdo a este reglamento, este tipo de investigación está clasificada como: Investigación con riesgo mínimo. (Sección de Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. (Pág.424, Capítulo I, Artículo 17)). El protocolo en ninguno de sus procedimientos atenta contra la integridad física y moral de las personas que se involucren en él.

La identidad de los pacientes se mantendrá en las unidades de captación, donde acudan para su tratamiento y/o evaluación, salvaguardando el principio de confidencialidad. Por lo tanto, los datos personales de todos los individuos que participen en el estudio se manejarán con confidencialidad. El protocolo se ajusta a los principios científicos y éticos prescritos para realizar estudios de investigación en sujetos humanos, tomando en cuenta lo contenido en la Norma Oficial Mexicana., Y el código de Ética de Enfermería ⁽³⁶⁾.

IV. RESULTADOS

La muestra en estudio fue de 98 mujeres; 78 (79.59%) fueron atendidas en un sistema profesional y 20 (20.41%) por parteras. Las variables sociodemográficas de las mujeres en estudio se muestran en la tabla 1. Las mujeres que optaron por el sistema tradicional de parteras la edad de estas fue un poco mayor sin diferencia estadísticamente significativa. En ambos sistemas predominó el estado civil de casadas con un número de hijos que va desde uno hasta 6 hijos (promedio 2 hijos). Cabe destacar que en el sistema de parteras se observó que la mayoría de las mujeres que fueron asistidas por las parteras tenían un grado de escolaridad secundaria.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de las mujeres en estudio.

Variable	Sistema Profesional n= 78	Parteras n= 20	*P
Edad (años)	25.40 ± 5.74 (16-39)	28.30 ± 7.21 (16-39)	0.107
Estado civil:			
Soltera (%)	17.9	20.0	
Casada (%)	57.7	80.0	
Unión libre (%)	24.4	---	
Número de hijos:	2.12 ± 1.16 (1-6)	2.40 ± 1.09 (1-6)	0.326
Escolaridad:			
Primaria (%)	15.4	10.0	
Secundaria (%)	32.1	65.0	
Preparatoria (%)	15.4	20.0	
Técnica (%)	9	--	
Licenciatura (%)	28.2	5.0	

Para las variables numéricas, los datos se expresan en promedio ± desviación estándar.

Los datos entre paréntesis son el valor mínimo y máximo del valor de la variable.

*Prueba t Student para muestras independientes. *P<0.05*

Para las variables categóricas, los datos se expresan en frecuencias.

De acuerdo a la escala de calificación del cuestionario al analizar la satisfacción de la usuaria en la atención del parto se reportan los siguientes resultados:

En sistema de Parteras la satisfacción de la usuaria fue completa (100 %) en tanto en el sistema profesional las frecuencias se reportan en la Figura 1. En el sistema profesional se encontró una Mayor frecuencia de satisfacción intermedia (59%) que de satisfacción incompleta (41%) y fue estadísticamente significativo $P=0.0001$.

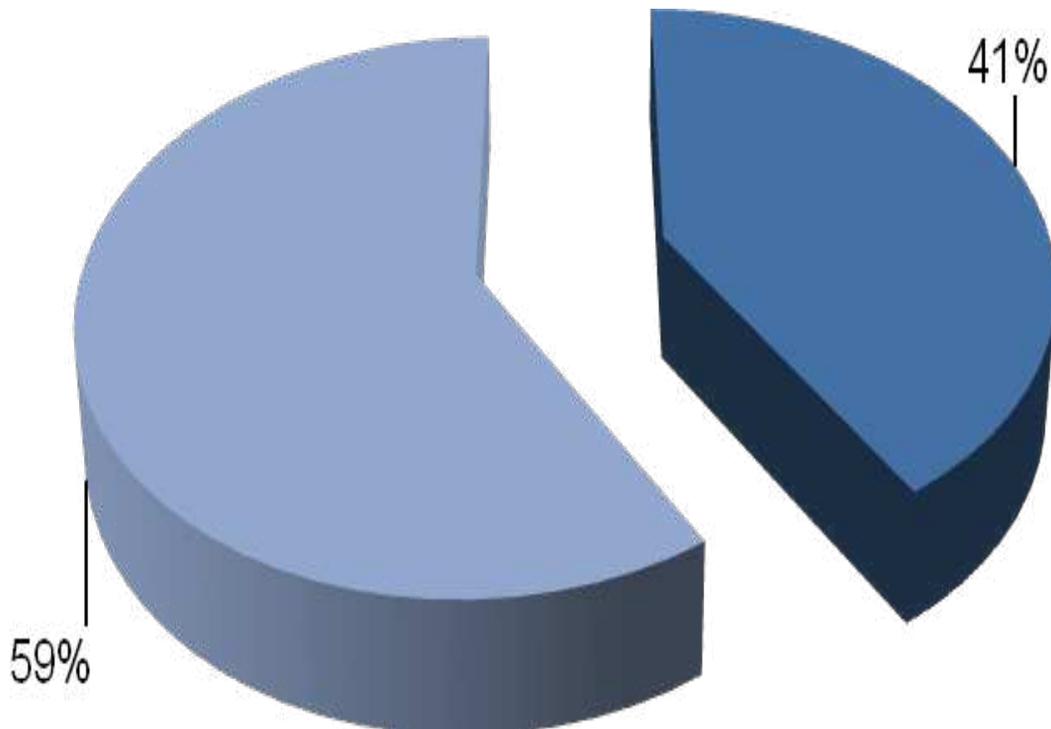
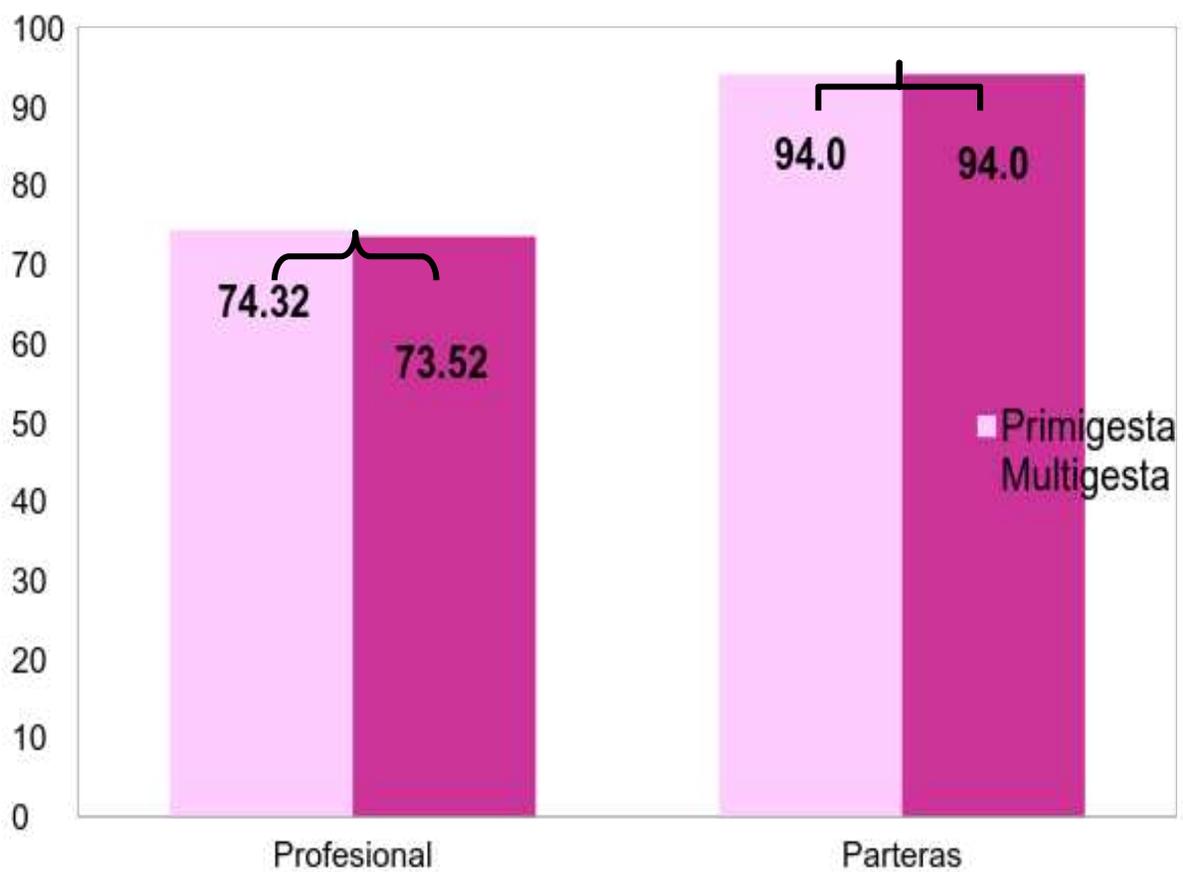


Figura 1. Porcentaje de satisfacción de la usuaria en atención al parto en un sistema profesional.

Con la probable premisa de que la satisfacción de la usuaria podría variar de acuerdo al número de hijos (primigesta y multigesta) entre el sistema profesional y las parteras, no se encontraron diferencias estadísticas significativas al realizar dicha comparación. (Figura 3).



Prueba t Student para muestras independientes

Figura 2 Satisfacción de la usuaria primigesta versus multigesta del sistema profesional y parteras.

Al analizar la satisfacción de la atención del parto del sistema profesional y de parteras, se encontró que a mayor edad la satisfacción de la usuaria fue mayor. (Figura 3) ($r=0.211$; $P=0.037$).

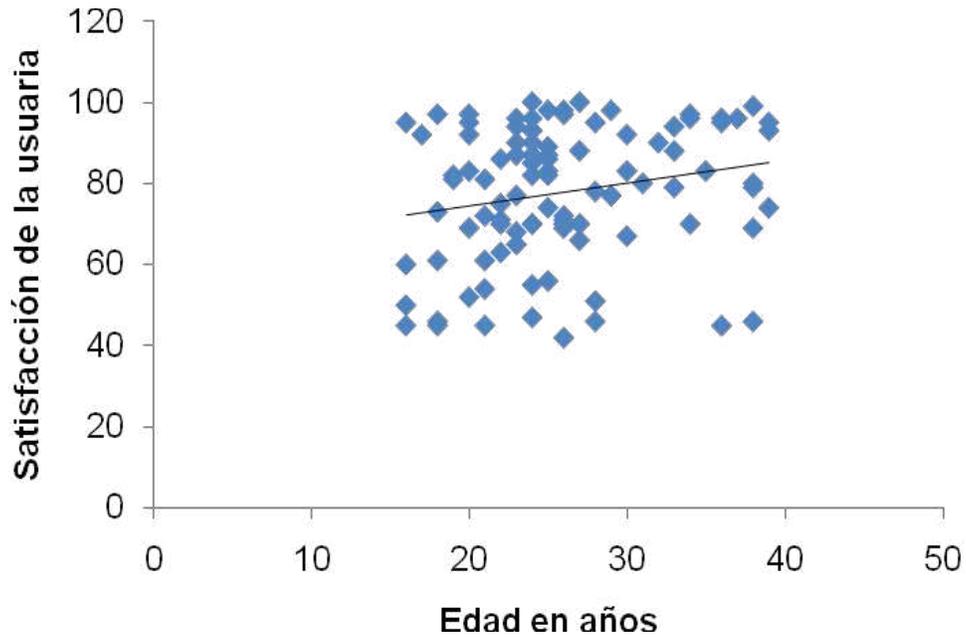


Figura 3. Correlación entre la satisfacción de la usuaria de la atención del parto y la edad de las usuarias.

Cuando se analizó por separado el sistema profesional y las parteras, en el sistema profesional solo se encontraron correlación negativa entre la satisfacción de la usuaria y el número de hijos, es decir que a mayor número de hijos la satisfacción de la usuaria fue menor (Figura 5). En tanto en el sistema de parteras no se encontró correlación alguna entre ambas variables ($r = -0.131$; $P = 0.583$).

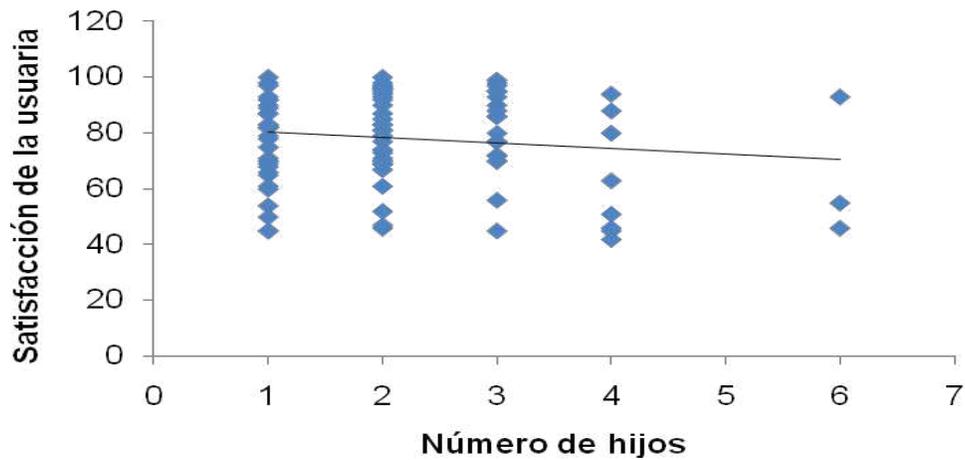


Figura 4. Correlación entre la satisfacción de la usuaria de la atención del parto en el sistema profesional y el número de hijos.

V. DISCUSIÓN

Este estudio reporta una satisfacción de la usuaria en la atención del parto en el sistema profesional en el 41% y satisfacción intermedia en el 59% caso contrario al 100% de la satisfacción completa de la atención del parto en el sistema de parteras.

El estudio coincide con lo encontrado por Ortiz R, Muñoz S et al ³⁴ quienes evaluaron la satisfacción del usuario de los servicios del sector salud en Hidalgo obteniendo, mala calidad asociada con la insatisfacción, 65%. Por nuestra parte obtuvimos (59%) correspondiente a los siguientes rubros; Poca información sobre el padecimiento actual del bebé, omisiones en la exploración, diagnóstico y limpieza; en cuanto la diferencia en la satisfacción entre ambos sistemas de salud, ya que sabemos que las parteras surgen de su propia comunidad y que por tradición, convivencia y vocación se dedican a atender partos y algunos problemas de salud , y en el sistema de salud profesional hay una demanda más grande de mujeres lo que podría hacer deficiente el trato cordial y personalizado, además el personal de salud podría no estar en sintonía con sus pareceres o creencias. Esto convierte a las parteras en líderes reconocidas por la comunidad, como lo describen, Jiménez y Figueroa ³⁷ en su estudio Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud.

Por último el proceso de cuidados en una sociedad multicultural debe guiarse según un marco de conceptos que englobe las diversas fuentes de la ciencia socio sanitario y no centrarse dogmáticamente en un modelo teórico excluyente.

VI. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Se pudo comprobar nuestra Hipótesis de trabajo planteada en el inicio la cual es si existe una mayor satisfacción del usuario en el sistema asistencial genérico del parto en comparación al Profesional también, es importante mencionar que en la evaluación de la calidad no se consideró el resultado del tratamiento, ya que no hubo seguimiento alguno. Los resultados de este estudio muestran que la satisfacción de la atención depende de una serie de circunstancias multifactoriales y que la percepción de insatisfacción estuvo relacionada con escasa información sobre el padecimiento actual del bebe, con omisiones en las acciones de exploración y diagnóstico, con inadecuadas relaciones interpersonales, en especial de los médicos, y con el complicado trámite para obtener la consulta.

En cuanto a la Interpretación y la Vinculación del modelo de Leninger y los cuidados interculturales de esta comunidad purépecha, lo esquematicemos a continuación, recordando que el modelo del sol naciente simbólicamente significa los conocimientos de la disciplina de enfermería que se elevan y se reconocen cada vez más claramente. La parte superior del modelo puede ser una guía en la práctica diaria y es esencialmente de gran ayuda durante el trabajo de investigación de campo. La parte inferior del modelo muestra la práctica enfermera de manera más específica, y siguiendo este esquema, una vez que los cuidados culturales y la visión del mundo del grupo cultural estudiado se conocen (consultar las dimensiones en el esquema), los cuidados del personal de enfermería se transforman en la unión de los sistemas genéricos y de los sistemas profesionales.

Los cuidados de enfermería son una mezcla de estos dos sistemas. De acuerdo con esta teoría, la práctica de la enfermería comprende los conocimientos de los cuidados populares o genéricos, así como los conocimientos que se adquieren durante la formación científica de base. La reunión de estos conocimientos, diferentes entre ellos, conduce a las decisiones independientes o fragmentarias. Probablemente, los cursos que se les proporcionan a las parteras no cambiaran las costumbres de ellas ni sus concepciones sobre su cuerpo, salud, persona o nacimiento, aunque incorporen

algunos elementos de esa concepción. Pero lo que si ocurre en el transcurso de los mismos es el fortalecimiento de los lazos entre ambas culturas, legitimándolas frente a su comunidad cuando se certifican y pasan a formar parte del equipo de salud de la comunidad.

Podemos concluir que el sistema de parteras en esta comunidad fue mejor aceptado que el sistema de salud profesional, dado a que la satisfacción de la atención es multifactorial sumado a las barreras económicas se configuran como un obstáculo para el acceso a la atención institucional del parto, sumado con la cercanía y confianza que tienen las mujeres en las parteras tradicionales, por ser parte de la comunidad. Se debe realizar estrategias para cerrar las brechas existentes entre el sector de la salud y la atención tradicional del parto en pro de la salud materna infantil, para disminuir las muertes maternas en estas comunidades.

SUGERENCIAS

Proponemos que se incorporen estudios cualitativos que permitan considerar dimensiones de la interacción social, difícilmente abordables por otros métodos y que facilitarían la identificación de los elementos que influyen de manera importante en las concepciones y prácticas de quienes intervienen en el proceso de planificación, otorgamiento y recepción de los servicios médicos.

Es necesario que la enfermera identifique, en los sujetos que cuida, aquellas prácticas y valores dignos de mantener, pues promueven el bienestar y condiciones de vida adecuadas para la conservación de la salud. En ese sentido, si la creencia o práctica es benéfica o no representa daño para la vida del paciente, se podría preservar.

Si por el contrario, puede llegar a ser un riesgo para la salud o propicia la enfermedad, se debería negociar un acuerdo posiblemente apoyando la creencia, pero sugiriendo una reorganización o una práctica más benéfica.

Finalmente, si la práctica o creencia es potencialmente dañina, la enfermera debe tomar una posición más firme en la explicación de los riesgos y ayudar a la persona a sustituirla por una práctica más sana, reconociendo siempre la autonomía y decisión del propio individuo.

El reto, entonces, es el de continuar en la implementación de los postulados teóricos de la Teoría del cuidado de Enfermería cultural capacitar a las parteras a partir de su cosmovisión cultural y no tratando de imponer la ajena a toda costa, además de aunar esfuerzos entre los profesionales de Enfermería que se han empeñado en que el actuar enfermero sea desde una mirada amplia e incluyente como la que brinda esta teoría. Esto implica, además, la validación de la teoría para el contexto socio político Mexicano; validación que sólo se logrará desde la investigación cinética

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev. méd. Chile*. 2003 Sep (consultado 2012 Ene 20) ; 131(9): 1061-1065. Disponible en: URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872003000900014.
2. Caminad J. La medida de la satisfacción: Un instrumento de participación de la población en mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Calidad*, 2001. Disponible en: URL: http://www.Secalidadorg/revista/articulos/2001_mayo. Acceso 19 de Junio 2010.
3. Geertz C. *Thick description: Toward an Interpretative Theory of Culture*. New York. Bohannan P, Glazer M, editores. *High Points in Anthropology*. McGraw-Hill. 1998; 529-51.
4. O'Connor BB. *Healing Traditions. Alternative Medicine and the Health Professions*. University of Pennsylvania Press; 1995.
5. Cao L. Papel de la partería para una maternidad sin riesgos en México: ¿tradición o profesión? Mexico: Editorial Elu MC y Santos E, editores. FNUAPPopulation Council; 1999.
6. Aguirre A, Beltrán G. Programa de salud de la situación intercultural. México: IMSS; 1980.
7. Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana. La Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México.(consultado 2009 Nov 16) Disponible en: URL: <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/pueblos.php?mo=&t=purepecha&I=2>
8. López A. *Cuerpo humano e ideología las concepciones de los antiguos Nahuas*. México: UNAM; 1984.
9. Segovia LI. Formación de matronas. *Rev Salud Mundial OMS*, 1997; 50: 8-9.
10. Castañeda X. Embarazo, Parto y Puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí México, *Rev. de la escuela de enfermería de USP*, Diciembre 2005; 39 (4).
11. Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática INEGI. (Consultado 2005 23 agos). Disponible en: URL: <http://www.inegi.org.mx>
12. Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática INEGI. Censo de Población 2010. (Consultado 2010 15 jul.) Disponible en: URL: <http://www.inegi.org.mx/conteo-poblacional>.
13. Cajia G, Acosta Mónica, Alegría L, Milena A, Valencia C, Zuluaga P. Creencias populares sobre el autocuidado durante el puerperio en las instituciones de salud del nivel uno. *Rev Colombia Medica*, 1997; 28 (1): 42-50.

14. Sistema de Información Médico Operativo (SIMO). Dirección de prestaciones Médicas Coordinación de Salud Materno Infantil del IMSS Michoacán. Programa Salud Reproductiva y Materno Infantil IMSS; 2005.
15. Manrique M, Reyes I, Delgado H, Jiménez B. Madeleine Leininger; Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la Universalidad. 2005. Disponible en: URL: http://www.enfermeria21.com/listametas/Leininger_monografia.doc
16. Peña L. Atención de la mujer en el parto. Centro de Investigaciones en Salud Pública. México, D.F. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Rev. Salud Publica, 1997; 7 (3) 15-23.
17. Frenk J, Peña J. Bases para la evaluación de tecnología y México. 1988; 30: 405-415.
18. Donabedian A. Quality assurance in our health care system. Quality Assurance and Utilization Review, 1986; 1: 6-12.
19. Ruelas E. Garantía de Calidad de la atención médica. Trabajo presentado en las V Jornadas Médico-quirúrgicas de la Dirección General de Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal. Enero 23, 1989.
20. Kleinman A. Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine. Los Angeles California; University California Press; 1998.
21. Debbie A. Construyendo Nuestra Interculturalidad. Rev Cultural Electrónica 2009; (Consultado 2009 Nov); 4 (5): 1-18, 2009. Disponible en: URL: <http://www.interculturalidad.org>
22. Du Gas B. Parteras tradicionales. Ginebra: V Reunión de Salud Materno Infantil OMS; 1999.
23. Marriner T. Teorías y modelos de Enfermería. Madrid, España: Editorial Marcuourt SA. 1999.
24. Leininger M. Enfermería Transcultural: Enseñanza, Práctica e investigación. USA: Editorial Colegio de Enfermería de la Universidad de Utah, USA.1998.
25. García M. La etnohistoria en Mexico. Juchari londki anapuerhi uandáskua. Jucharhi Tatá K'ericheri jurhetpekua. (Consultado 2010 dic 13). Disponible en: URL: <http://carlosgarciamoraeletnologo.blogspot.com/2010/12/la-etnohistoria-en-mexico.html>
26. Ávila P. Pueblos indígenas de México y la Cultura Purépecha. México, D.F.: Editorial Lizardi; 2008.
27. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). Los Pueblos indígenas.(Consultado 2007 Dic). Disponible en: URL: http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=Itemid=24

28. Ayala M, Mines R, Rivera G. Patterns of Community Cross Border Migration from a Purhepecha Town: Dispersion of a People and Culture. Academia edu. (Consultado 2010 nov 20). Disponible en: URL: http://www.ucla.academia.edu/Gaspar/Ayala/Mines/Papers/838855/Indigenous_Mexican.
29. Sistema de información Medico Operativa (SIMO). Instituto Mexicano del Seguro Social. Michoacán; 2006.
30. Sistema de Información Medico Operativo (SIMO). Dirección de prestaciones Medicas Coordinación Salud Materno Infantil del IMSS Michoacán. Programa de Salud Reproductiva Materno Infantil Parteras Rurales; 2005.
31. Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. (INEGI). Nacimientos por Entidad Federativa de ocurrencia según persona que atendió el parto. México, INEGI; 1999: 67. (Cuaderno No.15)
32. Lastra E. Entre lo Divino y lo Científico, la partera sigue vital. Instituto Nacional de Antropología E Historia. (Consultado 2010 Sep). Disponible en: URL: <http://www.ina.gob.mx/index.php/especiales/242>.
33. Méndez R M, Cervera M D. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Rev Salud Pública Méx. [periódico en la Internet]. 2002 (consultado 2008 Jun 14); 44(2):129-136. Disponible en: URL: http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342002000200007&Ing=es&nrm=iso.
34. Ortiz R, Muñoz S, Torres E. Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo, México. Rev. Esp. Salud Pública. [periódico en la Internet]. 2004 (consultado 2008 Jun 14); 78(4):527-537. Disponible en: URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272004000400010&Ing=pt&nrm=iso
35. 18 va. Asamblea Médica Mundial de Helsinki, Finlandia: Junio 1964. Principios éticos para la investigación médica en seres humanos, declaración de Helsinki. Enmendada por 52 Asamblea Médica Mundial, Edimburgo, Escocia: Octubre 2000. Disponible en: URL: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/solicitudes.php?
36. Reglamento de la Ley de Salud en materia de investigación para la salud en sus artículos respectivos, 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos artículos 1 y 2. Disponible en: URL: <http://www.salud.gob.mx/unidades.cdi/nom/compi/rlgsmis>
37. Jiménez, S.; Pelcastre, B.; Figueroa, J.. Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación **Revista Chilena de Salud Pública**, Norteamérica, 12 7 09 2010. Consultado el ago 31, 2010 Disponible en: <http://www.monografiasveterinaria.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewArticle/2205/2085>

APENDICE

GLOSARIO DE TERMINOS

Adecuación o negociación de los cuidados culturales: comprende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes prestan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorio.

Axiomas: principios y definiciones fundamentales que no requieren pruebas para demostrar su existencia y resistentes a cualquier argumentación. Mecanismos de validación: hechos y evidencias que constatan el fenómeno observado o la creencia de los sujetos. Las evidencias son múltiples y diversas, desde pruebas de laboratorio hasta revelaciones chamánicas.

Contexto ambiental: es la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinado entornos físicos, ecológico, sociopolíticos y / o culturales.

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales: se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayuda a las personas de una cierta cultura a mantener y / o preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades y / o la muerte.

Cuidados (sustantivo): se refiere a los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cuidar (verbo): Se refiere a las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o de afrontar la muerte.

Cultura: es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

Cuidados culturales: son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente: son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios. Culturales y factores etnohistóricos, y a la forma en que se interrelacionan estos factores para influir en la conducta humana en diferentes contextos ambientales.

Diversidad de los cuidados culturales: alude a la variación y / o diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Dimensiones estructurales culturales: y sociales: se refiere a los esquemas y características dinámicas de los factores estructurales y organizativos interrelacionados de una determinada cultura (subculturas o sociedad), que incluye valores religiosos, de parentesco (sociales), políticos (y legales), económicos, educativos, tecnológicos.

Enfermería: es una profesión y una disciplina humanística y científica aprendida, que se centra en los fenómenos y actividades de asistencia a los seres humanos, con la finalidad de apoyar, facilitar o capacitar a las personas o a los grupos a mantener o recuperar su bienestar (o su salud), de manera beneficiosa y dotada de sentido culturalmente, o para auxiliarse a la hora de afrontar la discapacidad o la muerte.

Etnohistoria: se refiere a los hechos, sucesos, circunstancias y experiencias del pasado de los individuos, grupos, culturas e instituciones que se centran principalmente

en la persona (etno) y describen, explican e interpretan los modos de vida humanos, en contexto cultural concreto y durante períodos de tiempo largos o breves.

Rediseño o reestructuración de los cuidados culturales: Abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar de forma importante su modo de vida para adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechoso que el anterior al coestablecimiento de los cambios.

Sistema asistencial genérico: (popular o local): se aplica a los conocimientos y técnicas nativos (o tradicionales) y populares (domésticos), que transmite y utilizan para brindar cuidados, apoyo, capacitación o facilitación a otras personas, grupos o institución con necesidades reales o previstas, con el fin de mejorar o potenciar su modo de vida humano o su estado de salud (o bienestar) o afrontar situaciones de discapacidad o de muerte.

Sistema (s) asistencial (es) profesional (es): es el conjunto de conocimiento y prácticas de asistencia, salud, enfermedad, bienestar y otros conceptos relacionados, que predominan en las instituciones profesionales que cuentan normalmente con personal multidisciplinario para la asistencia de sus usuarios.

Salud: indica un estado de bienestar que se define, valora y práctica culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos (o grupos) para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente.

Universalidad de los cuidados: culturales: es un término referido a los significados, modelos, valores o estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan facilitan o permiten medios para ayudar a las personas.

Visión del mundo: es la forma en que las personas suelen concebir el mundo o el universo para formarse una imagen o una escala de valores sobre su vida o en entorno que lo rodea.

Creencias y mitos sobre el embarazo, parto y puerperio desde las culturas indígenas

Eclipse: Los efectos de este los niños nacen con algún tipo de amputación de un miembro.

Arco Iris: Los niños salen manchados

Placenta: Si se entierra correctamente los niños no se van lejos, no dejan a sus padres o las niñas no se casan.

Ombigo: Es carne del hijo que no debe tirarse si no sembrarse o enterrarse.

Mantear: Significa zarandear al producto para acomodarlo en la posición correcta por medio de un rebozo.

ANEXOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
SEDE MORELIA

Cuestionario para evaluar la Satisfacción del Usuario en la Atención del Parto en un Sistema Asistencial Profesional Paralelo un Genérico (Parteras) desde su opinión

Instrucciones: este es un cuestionario para evaluar su satisfacción totalmente confidencial anónima y voluntario únicamente será utilizada para medir su satisfacción. Marque con una X el inciso de la Respuesta que usted considere se acerca más a la atención proporcionada:

1 (Muy Mala) cuando el usuario esté totalmente insatisfecho con la atención brindada, 2 (Mala) cuando el Usuario esté Insatisfecho, un valor de 3 (Regular) cuando el usuario esté parcialmente de acuerdo con la atención, 4 (Buena) si está de acuerdo o manifiesta satisfacción y 5 (Muy Buena) si está completamente de acuerdo o totalmente satisfecho.

Edad _____ Estado Civil _____ Escolaridad _____ No. Hijos _____ Fecha _____

1. Tiempo de espera para ser atendido por el médico, enfermera o partera
1) 2) 3) 4) 5)
2. Tiempo en realizar trámites previos a la consulta
1) 2) 3) 4) 5)
3. Tiempo transcurrido desde la llegada a la Unidad de salud hasta que es atendido
1) 2) 3) 4) 5)
4. Tiempo que se invierte en hacer gestiones administrativas previas a la consulta
1) 2) 3) 4) 5)
5. Presentación e identificación del que le brindo atención médica
1) 2) 3) 4) 5)
6. Información clara de las maniobras y procedimientos a realizarle durante la atención del parto
1) 2) 3) 4) 5)
7. Privacidad durante la atención del parto
1) 2) 3) 4) 5)
8. Fue cubierta durante el examen

1) 2) 3) 4) 5)

9. Información recibida por el personal de salud sobre condición del embarazo y puerperio

1) 2) 3) 4) 5)

10. Información recibida del personal de salud sobre condición y cuidados del Bebe

1) 2) 3) 4) 5)

11. Cumplimiento de su deseo de ser o no acompañada en el momento del parto

1) 2) 3) 4) 5)

12. Grado de conocimiento y habilidades del personal de salud que la atiende

1) 2) 3) 4) 5)

13. Comodidad e iluminación de la sala donde fue atendida

1) 2) 3) 4) 5)

14. Limpieza de la sala donde fue atendida

1) 2) 3) 4) 5)

15. Recomendaría el servicio a otras pacientes para su atención.

1) 2) 3) 4) 5)

16. Orientaciones brindadas por el personal de salud sobre pronóstico del parto si sería vaginal, Cesárea, etc.

1) 2) 3) 4) 5)

17. Orientaciones brindadas por El personal de salud sobre estado del Bebe y sobre cuidados que se le deben brindar al recién nacido

1) 2) 3) 4) 5)

18. Información recibida por el personal sobre condición del embarazo y puerperio

1) 2) 3) 4) 5)

19. Información clara de las maniobras y procedimientos a realizarle durante la atención del parto

1) 2) 3) 4) 5)

20. Deseo de la paciente de volver a la unidad de salud para el próximo parto

1) 2) 3) 4) 5)

TOTAL PUNTOS

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

5.1. Apéndices Operacionalización de Variables

Variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición
Variable Independiente Satisfacción usuaria	Cualitativa Discontinua	Implica una experiencia racional o cognoscitiva, derivada de la comparación entre las expectativas y el comportamiento del producto o servicio	Es la conformidad expresada por el usuario en función de sus expectativas de la atención que recibe	Cuestionario Donabedian con 20 reactivos la cual se le asignaran valores a las respuestas dadas por los usuarios de acuerdo a la escala de Likert, 1 (Muy Mala) cuando el usuario esté totalmente insatisfecho con la atención brindada, 2 (Mala) cuando el Usuario esté Insatisfecho, un valor de 3 (Regular) cuando el usuario esté parcialmente de acuerdo con la atención, 4 (Buena) si está de acuerdo o manifiesta satisfacción y 5 (Muy Buena) si está completamente de acuerdo o totalmente satisfecho.
Atención del parto	Cuantitativa Discreta	Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la asistencia de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, alumbramiento y puerperio	Explicación del médico a la paciente de los procedimientos realizados, trato y amabilidad del personal, privacidad durante la exploración. Aplica el mismo para la partera Rural	En base a la escala de Likert antes mencionada, con los mismos parámetros para ambos sistemas

Variable Dependiente				
sistema profesional	Cualitativa Dicotómica	Sistema (s) asistencial (es) profesional (es)	Conjunto de conocimiento y prácticas de asistencia, que predominan en las instituciones profesionales que cuentan con personal multidisciplinario para la asistencia de sus usuarios.	En base cuestionario Donabedian y a la escala de likert con 20 ítems. Arriba mencionados
Sistema popular Genérico paralelo al		Sistemas asistenciales genéricos (popular o local):	Aplica a los conocimientos y técnicas nativos (o tradicionales) y populares (domésticos), que transmite y utilizan para brindar cuidados, apoyo, capacitación a las personas, o grupos con necesidades reales o previstas, con el de discapacidad o de muerte. Con el fin de mejorar o potenciar su modo de vida humano o su estado de salud (o bienestar) o afrontar situaciones	Misma escala y mismos reactivos, misma valoración para los dos sistemas evaluados.



La pirekua, producto del sincretismo prehispánico y colonial.

Técnica de Mantear - Zarandear



La bandera purépecha tiene cuatro colores: El morado representa a la Ciénega de Zacapu y al maíz que se produce en la región; el azul, a la región lacustre del lago de Pátzcuaro; el amarillo, en la parte inferior representa la Cañada de los Once Pueblos; y el verde representa a la sierra. En el centro de la bandera se encuentran los cuatro elementos (aire, agua, tierra y fuego), así como las cuatro facetas que el ser humano cumple en la vida, según la concepción de los purépechas: nacer, crecer, reproducirse y morir. En el lienzo, se puede leer *juchari uinapikua*, “nuestra fuerza”.

