

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**CONOCIMIENTO SOBRE INTERCULTURALIDAD Y LA PERCEPCIÓN
SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD EN
LOS USUARIOS – CENTRO DE SALUD SAN CRISTÓBAL –
HUANCAVELICA, 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL - ESPECIALISTA EN SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORES:

**CELIA JUSTINA BUSO ÑAHUI
MARIVEL CONDORI RAMOS
CELESTINA PISCO LAPA**

**Callao, 2017
PERÚ**

D

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: LIC. ESP. IRENE ZENAIDA BLAS SANCHO

Nº de Libro: 02

Nº de Acta: 176-2017

Fecha de Aprobación de tesis: 27 de Octubre del 2017

Resolución de Decanato N° 2660-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017, donde se designa jurado examinador de tesis para la obtención del título de segunda especialidad profesional.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiarnos en el sendero correcto de la vida, cada día en el transcurso de mi camino e iluminándome en todo lo que realizo de mi convivir diario.

A nuestros maestros que nos impartieron sus conocimientos y experiencias en el transcurso del desarrollo del curso de titulación y que nos ayudaron de una u otra forma para hacer posible la realización de la tesis.

	05
ABSTRACT	06
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	08
1.1. Identificación del problema	08
1.2. Formulación del problema	11
1.3. Objetivos de la investigación	12
1.4. Justificación	13
II. MARCO TEÓRICO	17
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	55
3.1. Definición de las variables	55
3.2. Operacionalización de variables	56
3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas	58
IV. METODOLOGÍA	59
4.1. Tipo de investigación	59
4.2. Diseño de la investigación	60
4.3. Población y muestra	60
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	62
4.5. Procedimientos de recolección de datos	63
4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos	64
V. RESULTADOS	65
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	73
VII. CONCLUSIONES	85
VIII. RECOMENDACIONES	87
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89

ANEXO N° 01 : Matriz de consistencia

ANEXO N° 02: Guía de encuesta aplicado al personal de salud

ANEXO N° 03: Guía de encuesta aplicado a los usuarios del C.S.
San Cristóbal

ANEXO N° 04: Validación de instrumentos a través de juicio de
expertos

ANEXO N° 05: Validez y confiabilidad del cuestionario de
conocimiento sobre atención con enfoque de
interculturalidad

ANEXO N° 06: Validez y confiabilidad Calidad de atención desde la
percepción del usuario

ANEXO N° 07: Permiso solicitado al jefe del C.S. san Cristóbal para
ejecución del proyecto de investigación

ANEXO N° 08: Fotografías de la aplicación de las encuestas a los
usuarios

TABLA DE CONTENIDO

TABLA Nº 5.1.: Conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios – C.S. San Cristóbal – Huancavelica, 2017	66
TABLA Nº 5.2.: Conocimiento sobre interculturalidad de los profesionales de salud, que brindan atención en el C.S. San Cristóbal	67
TABLA Nº 5.3.: Percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios – C.S. San Cristóbal – Huancavelica, 2017.	68
TABLA Nº 5.4.: Características socioinstitucionales del profesional de salud del C.S. San Cristóbal - Huancavelica.	69
TABLA Nº 5.5.: Características de los usuarios del C.S. San Cristóbal, Huancavelica- 2017.	71

) sobre

interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios del C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017

Métodos. Se realizó un estudio de tipo observacional de corte transversal prospectivo. La muestra incluye a los profesionales de la salud del C.S. San Cristóbal a quienes se realiza una encuesta acerca de la interculturalidad y pacientes atendidos (n = 42); a quienes se encuestan sobre percepción de la calidad de atención del profesional de la salud

Resultados. El que 38,1% del profesional de salud son de 26 a 30 años de edad; 59,5%, son del género femenino; 64,3%, son nombrados, y 40,5% refieren 2 años de tiempo laboral en el establecimiento de salud actual. Un 33,3% de los usuarios atendidos en el C.S. San Cristóbal son de 31 a 40 años de edad; 78,6%, son del género femenino; 33,3%, son iletrados, y 21,4% refieren de 6 a 7 veces acceden al establecimiento de salud. El 57,1% de profesionales de salud conocen de manera inapropiada el enfoque intercultural y 42,9%; de manera apropiada. El 52,4% de pacientes perciben una mala calidad de atención por el profesional de salud, 31,0%, regular y 16,7%; buena calidad de atención. Un 40,5% de profesionales de salud conocen de manera inapropiada la salud intercultural y los pacientes perciben una mala calidad de atención,

19,0%, conocen apropiadamente y brindan regular calidad de atención y 11,9%; conocimiento apropiado y buena calidad de atención (sig.< ,05).

Conclusiones. Existe evidencia estadística suficiente para afirmar la relación/asociación entre conocimiento sobre interculturalidad y percepción sobre calidad de atención desde la percepción del paciente ($p_{value} < ,05$).

Palabra clave: Interculturalidad, calidad de atención, atención en salud.

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between the knowledge about interculturality and the perception about the quality of care of the health professional in the users of C.S. San Cristobel- Huancavelica, 2017.

Methods. A prospective cross-sectional observational study was conducted. The sample includes C.S. San Cristobel to whom a survey on interculturality and patients attended ($n = 42$); who are interviewed about the perception of the quality of care of the health professional.

Results. The 38.1% of the health professional are 26 to 30 years of age; 59.5% are female; 64.3% are appointed, and 40.5% refer 2 years of working time in the current health facility. 33.3% of the users served in the C.S. San Cristobal are 31 to 40 years old; 78.6% are female; 33.3% are illiterate, and 21.4% refer 6 to 7 times to the health facility. 57.1% of health professionals know in an improper way the intercultural approach and 42.9%; appropriately. 52.4% of patients perceived a poor quality of care with interculturality approach by the health professional, 31.0%, regular and 16.7%; good quality of attention. 40.5% of health professionals know in an inappropriate way care with an intercultural approach and patients perceive poor quality of care, 19.0%, know properly and provide regular quality of care and 11.9%; appropriate knowledge and good quality of care (sig. <, 05).

Conclusions. There is enough statistical evidence to affirm the relationship / association between knowledge about interculturality and perception about quality of care from the patient's perception (pvalue <, 05).

Key words: Interculturality, quality of care, health care

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Identificación del problema

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978), considera la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial (...), reconoce la importancia de la medicina tradicional y la necesidad de integrarla dentro de los sistemas oficiales, con la finalidad de alcanzar la meta de “Salud Para Todos”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) prioriza la temática indígena; al encontrar que un sector importante de la población; portadora de diversas tradiciones socioculturales, accede hoy a los servicios de salud en condiciones desiguales.

América Latina continente multiétnico, multicultural y plurilingüe donde existen pueblos indígenas cuya población asciende a 43 millones de personas, pertenecientes a más de 522 pueblos indígenas, encontrándose al Perú en el cuarto lugar con 43 pueblos distintos que representan 3.919.314 habitantes sobre el total de la población peruana (1) Las percepciones de esta población en cuanto a la salud y a la enfermedad es particular para cada pueblo, en el cual muchos países buscan estrategias de “como llevar la atención de salud en forma integral, es así que

incorporaron modelos para la adecuación del sistema de salud” y “como estos habitantes de estos pueblos acudan a estos establecimientos de salud”, el enfoque intercultural de la salud, al tomar en cuenta las particularidades de los pueblos en cuanto a su forma de vida, valores, creencias y aspiraciones, se presenta como una estrategia que apoyará la consecución de las metas. (2)

El Ministerio de Salud del Perú a partir de la creación del sistema único de salud. Donde los principios que sustentan al mismo están dirigidos a lograr la satisfacción de los pacientes y familiares, así mismo se establece en los lineamientos del Ministerio de Salud, integrar el enfoque intercultural a los programas de salud y salud mental, en especial en las zonas de alta concentración de pueblos originarios, resulta fundamental para la implementación de estrategias.

En este contexto, la interculturalidad en salud ha demostrado ser necesario para la disminución de las brechas existentes. Brechas debidas a la diversidad cultural coexistente en los países, la cual genera diferentes miradas acerca de la realidad, del mundo, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte.

Pese al esfuerzo desarrollado por el ministerio de salud para la incorporación de la interculturalidad en salud (2004), a través de diversas políticas y estrategias se ha evidenciado que el personal

de salud posee en general una limitada competencia en materia intercultural, traducido como un inadecuado conocimiento sobre la interculturalidad en salud, generada por la falta de formación de los profesionales en la atención a la diversidad cultural y a la enfermedades no comunes, la tergiversación de la definición del termino interculturalidad, que se agrava por la alta rotación del mismo ya que es difícil retenerlo en las zonas rurales.

La prestación de servicios de salud de baja calidad afecta también a otros sectores de la población nacional, pero alcanza los peores niveles en las zonas habitadas por los pueblos indígenas. Por otra parte, aunque la asistencia sanitaria suele ser gratuita para las comunidades campesinas y nativas, las barreras geográficas dificultan el acceso a los servicios, cuyos costos incluyen, en un análisis riguroso, gastos de transporte, alimentos, alojamiento y medicamentos, así como desamparo familiar y pérdida de días laborables. A ello se añaden deficiencias en el suministro de medicamentos y en el equipamiento, sobre todo en las zonas de más difícil acceso. En el caso de las instituciones de Salud, se cuestiona por los usuario de los Servicios la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, es decir no existe una comprensión entre el profesional de salud y los usuarios, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son

objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal. Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural.

En función del planteamiento expuesto, se sugirió la siguiente interrogante:

1.2. Formulación de problemas.

1.2.1. Problema General

¿Existe relación entre el conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios del C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017?

1.2.2. Problemas específicos

Variable Conocimiento

- ¿Cuál es el conocimiento sobre interculturalidad del profesional de salud que brinda atención en el C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017?

Variable Calidad

- ¿Cuál es la calidad de atención que brinda el profesional de salud a los usuarios del C.S. San Cristóbal – Huancavelica, 2017?

1.3. Objetivos de la investigación.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar qué relación existe entre conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios del C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el conocimiento sobre interculturalidad del profesional de salud que brinda atención en el C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017.
- Identificar la calidad de atención que brinda el profesional de salud a los usuarios del C.S. San Cristóbal – Huancavelica, 2017.
- Establecer la relación entre el Conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud a los usuarios del C.S. San Cristóbal – Huancavelica, 2017.

1.4. Justificación

Las barreras culturales plantean un reto mucho más complejo, pues persiste una escasa comprensión de los conocimientos y las prácticas de salud tradicionales, si bien se han logrado algunos avances esporádicos. El sesgo a favor de las intervenciones de salud occidentales suele resultar ofensivo o impropio para quienes recurren habitualmente a la medicina tradicional. Las dificultades del sistema de salud para encontrar profesionales que hablen lenguas indígenas complican aún más la situación. Las barreras comunicacionales entre los prestadores de asistencia sanitaria y la población indígena limitan el acceso a una atención de calidad. Por otro lado, el temor y la desconfianza hacia los trabajadores de salud, causados muchas veces por prejuicios, discriminación o desencuentros culturales, impiden a menudo que los usuarios busquen en el sistema de salud la atención que necesitan.

El presente trabajo se realizó por la importancia que se está tomando en los últimos años en relación a la satisfacción de la población respecto a la calidad de los servicios públicos de salud, y considerando que el Ministerio de Salud no es ajeno a la importancia que tiene la calidad de atención a los pacientes, en los últimos años vienen dando énfasis en la atención con enfoque intercultural, promueve la investigación y revaloración de la medicina tradicional, con el desarrollo de un inventario de plantas

medicinales, y el fortalecimiento de capacidades al personal de salud en interculturalidad en los servicios de salud; creando protocolos que ayuden a mejorar la atención; así mismo se está implementando y equipando con materiales, construyendo nuevos establecimientos e incrementando la contrata del personal de salud para estos establecimientos, para disminuir los indicadores negativos en salud y una oportunidad de una mejor atención de salud.

Sin embargo, la calidad de atención depende tanto de las imprecisiones como del conocimiento de los usuarios ya que estos perciben cuales son los servicios que le brindan atención más favorable o más desfavorable, aunque ellos tengan ciertos valores en cuanto al estado y el contenido de la comunicación con el medio y personal de salud. Esto incluye también su percepción acerca del tiempo que se necesita para efectuar diagnóstico, administrar tratamiento y obtener un resultado favorable, influyendo además el nivel cultural, nivel de escolaridad entre otros, constituyéndose la calidad de la atención desde el punto de vista del usuario es un componente necesario, aunque no es suficiente, ya que el paciente puede estar perfectamente satisfecho aunque no esté recibiendo servicios de buena calidad de atención, en relación con el diagnóstico y tratamiento.

La prestación de servicios de salud de baja calidad afecta también a otros sectores de la población nacional, pero alcanza los peores niveles en las zonas habitadas por los pueblos indígenas. El personal de salud posee en general una limitada competencia en materia intercultural, y es difícil retenerlo en las zonas rurales. Por otra parte, aunque la asistencia sanitaria suele ser gratuita para las comunidades campesinas y nativas, las barreras geográficas dificultan el acceso a los servicios, cuyos costos incluyen, en un análisis riguroso, gastos de transporte, alimentos, alojamiento y medicamentos, así como desamparo familiar y pérdida de días laborables. A ello se añaden deficiencias en el suministro de medicamentos y en el equipamiento, sobre todo en las zonas de más difícil acceso. La insatisfacción con la atención, la accesibilidad geográfica, el tiempo de espera, el costo de la atención, condiciones físicas del local, abastecimiento, calidad de personal, su experiencia y rotación del mismo, contribuye a la medición de la calidad de atención donde el grado de satisfacción del usuario es inversamente proporcional al tiempo de espera, tomando en cuenta que el tiempo va a estar en dependencia del problema presentado.

Se realizó el presente trabajo en el Centro de Salud San Cristóbal, distrito de Huancavelica; establecimiento de salud del primer nivel de atención categorizado como I-3, que realiza atención de 12

horas y que tiene bajo su ámbito jurisdiccional una población de 19109 pobladores, de los cuales el 15% está constituido por pobladores quechua hablantes cuya etnia son los chopccas. Considerando la necesidad de medir y contar con servicios de calidad es el presente trabajo de investigación, enfatizando el conocimiento sobre interculturalidad del personal de salud y la percepción de la calidad de atención de los usuarios.

Los resultados del estudio, proporcionaron información sistemática al personal de salud del C.S. San Cristóbal, apporto un conjunto de elementos básicos que ayuden al personal de salud, "Vea con nuevos ojos", propiciara actitudes de confianza, seguridad, empatía, satisfacción, respeto, comprensión, enriquecimiento y aceptación de la cultura de la población atendida y mejorar cada vez más calidad de atención y para evitar el grave proceso de deshumanización por lo que pasa el tratamiento asistencial. Asimismo; permitió formular, diseñar e implementar un plan de mejora y evaluarlo continuamente en el marco de reconocimiento en el desempeño del profesional en el área, como también mejorar la calidad en atención (cuidados de enfermería) y trato al paciente (usuario), así también, contribuir a disminuir las tasas de morbimortalidad así como mejora de indicadores de salud y para poder obtener un mejor nivel de satisfacción en los diferentes servicios.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes De Estudio.

2.1.1. Nivel Nacional

A. Ninamango Vicuña, Walter M. en su trabajo de investigación **“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE SERVICIO DE LOS USUARIOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA EN ENERO DEL 2014”** cuyo **objetivo** fue Describir la percepción de la calidad de servicio de los usuarios en el consultorio externo de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero del 2014. Con la **conclusión** de: La capacidad de respuesta es la dimensión con mayor insatisfacción, seguida de la confiabilidad, aspectos Tangibles, empatía y seguridad desde la óptica de los usuarios que asisten a la consulta externa de Medicina Interna en el HNAL. No se encontraron diferencias significativas entre la satisfacción global y los factores sociodemográficos estudiados (sexo, grupos etarios, grado de instrucción, tipo de seguro y de usuario), respecto a la calidad de servicio que se oferta en los consultorios externos del servicio de Medicina Interna del HNAL.

B. CATACORA ROJAS, Isabel y PASTOR ALTAMIRANO, Sonia en "ESTUDIO DEL SERVICIO DE SALUD MATERNA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL DISTRITO DE JAÉN, BRINDADO A TRAVÉS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD : ANÁLISIS DESDE EL ENFOQUE INTERCULTURAL DURANTE LOS MESES DE MARZO A SETIEMBRE DE 2012." El **objetivo** de la presente investigación se concentra en analizar el proceso de atención del parto en el Hospital General de Jaén el cual es brindado a través del Seguro Integral de Salud (SIS), haciendo uso de un enfoque intercultural con la finalidad de proponer mejoras que permitan que las gestantes beneficiarias acudan a dicho establecimiento de salud. El SIS tiene como finalidad proteger a aquella población vulnerable y en estado de pobreza que no cuenta con un seguro de salud. Se encontraron los siguientes resultados, Hospital General de Jaén no está implementado para ofrecer un parto con enfoque intercultural, no existe una infraestructura, mobiliario, materiales y equipos adecuados, tal y como lo exige la Norma técnica del parto vertical con adecuación intercultural. Asimismo, se halló que el personal de salud en su mayoría no se encuentra capacitado para la

atención del parto con enfoque intercultural, esto se corroboró con lo manifestado por las gestantes quienes esperan un trato más considerado y respetuoso tanto de sus costumbres como de su intimidad. Asimismo, se descubrió que la información que manejan las gestantes respecto a sus derechos como beneficiarias del SIS es errónea y esta comienza desde el momento de su afiliación, generando desencuentros entre el personal de salud, las gestantes y sus familias. Por otro lado, si bien el personal de salud considera pertinente que las gestantes sean un grupo poblacional beneficiario del SIS, la mayoría de ellos no reconoce la salud como un derecho de las gestantes. Es así que lo hallado en la investigación se orienta a la no aplicación del enfoque intercultural en el proceso de atención del parto. Lo anterior tiene como resultado la insatisfacción de las gestantes respecto a la atención recibida, dando lugar a la creación de propuestas que permitan recuperar la credibilidad hacia los beneficios que otorga el SIS a las gestantes.

- C. HUAMAN QUIÑA, SALOMON en su trabajo de investigación
**“PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL
SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL GENERAL I
“JOSE SOTO CADENILLAS” CHOTA, SETIEMBRE 2014”**

no fue determinar la percepción de la calidad de atención en el servicio de emergencia del hospital general I José Soto Cadenilla chota durante el mes de setiembre llegando a la **conclusión** se aprecia que de un total de (24) 100% trabajadores del servicio de emergencia, el 75 % (18) tienen una percepción regular, y un 21 % (5), con una percepción buena y en cuanto a los usuarios externos (81) 100% de los mismos, el 67% (54) tienen una percepción regular de la calidad de atención y un 32 % (26) con una percepción buena en el servicio de emergencia del Hospital “José Soto Cadenillas Chota”. Deduciéndose que la percepción de la calidad de atención del servicio en estudio tanto en trabajadores y pacientes, tiene una tendencia de regular a buena.

2.1.2. NIVEL LOCAL

A.CURO, Orlando y DUEÑAS, Rubén. (2008), en su trabajo: **“NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL HOSPITAL FRENTE A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE INTERCULTURAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA”**, cuyo **objetivo** es determinar la relación que existe entre en nivel de satisfacción de usuario hospitalizado y la atención de enfermería con enfoque intercultural en el Hospital Departamental de Huancavelica. **Conclusión**, La atención

de enfermería con enfoque intercultural es adecuada en un 75.6%(68), regular 18.9%(17) y inadecuado en 5.56%(5); con respecto al nivel de satisfacción usuaria el con enfoque intercultural el 45.6% de los usuarios alcanzaron un nivel de satisfacción , el 38.9% un nivel regular de satisfacción y el 15.6% un nivel de insatisfecho usuario hospitalizado con el cual se deduce que hay una relación entre atención de enfermería con enfoque intercultural y la satisfacción de los usuarios hospitalizados.

B. DE LA CRUZ, Cassely (2012), en su trabajo: "**APLICACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DEL PERSONAL DE SALUD Y CALIDAD DE ATENCION DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ANTA**", cuyo **objetivo** fue explicar la influencia de la aplicación del enfoque intercultural del personal de salud en la calidad de atención desde la percepción de los usuarios del centro de salud de Anta. **Conclusión**, el 33%(30) de los usuarios recibieron una apropiada aplicación del enfoque intercultural y percibieron una buena calidad de atención del personal de salud, se pudo deducir que se incorporó la estrategia del enfoque intercultural en salud, se dio importancia a la percepción salud- enfermedad y del mundo del usuario con ellos el trato humanizado, digno durante sus atenciones por parte del personal de salud.

2.2. BASES TEÓRICAS CONCEPTUALES.

2.2.1. BASES TEÓRICAS

Las teorías y modelos que sustentan o respaldan el presente estudio tenemos:

A. Teoría de la construcción de la tercera cultura (1987)

Basada en el Interaccionismo Simbólico, propone que tras la interacción comprensión de una cultura, dos culturas se construyen una nueva con elementos compartidos de sus predecesoras facilitando así la comunicación. Según esta teoría, debe construirse de forma cooperativa una tercera cultura que facilite una comunicación intercultural más efectiva. Para lograrlo, los participantes deben tener la posibilidad de negociar sus diferencias culturales y es deseable que así lo hagan. Los participantes deben ver como beneficioso el converger, adaptarse y asimilar los valores de una tercera cultura y es necesario y deseable reconfigurar las diferencias culturales individuales como resultado de la relación. En consecuencia, la construcción de una tercera cultura debe ser un proceso interactivo y mutuamente beneficioso para los participantes. Así, la presencia de una tercera cultura facilita el desarrollo de maneras nuevas, efectivas y aceptables de beneficiarse de las relaciones aportando bases comunicativas comunes.

B. Teoría general de los sistemas (1968)

La obra de Bertalanfy se basa en la comprensión de las relaciones y las dependencias recíprocas y esenciales de todos los fenómenos: físicos, biológicos, sociales y culturales. No es por tanto un sistema estático, cerrado al exterior sino un sistema abierto que mantiene un intercambio continuo de material, componente y energía con el medio por lo que ha de tener una conducta adaptativa a distintos niveles, un proceso un fenómeno depende de otro para su realización.

C. Teoría De Cuidados Culturales En Enfermería

Enfermería dentro de sus modelos y teorías propias incluye como fundamental la de Madeleine Leininger (1978), acerca de los cuidados interculturales, ella sostiene que la enfermería transcultural es una de las grandes áreas de la profesión, y que con el tiempo esta se convertirá en dominio de enfermería, en donde se debe manifestar un actuar diferente, definido y fundamentado en principios culturales y diseñado específicamente para orientar los cuidados, a través de una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una atención en salud específica de la cultura, así, los cuidados culturales conforman la teoría

integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores estructurales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales.

La meta de esta teoría es proporcionar cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, los valores, las creencias y los modos de vida de los pacientes, para conseguir esta meta Leininger sostiene que las (os) enfermeras (os) no pueden separar las visiones de mundo, la estructura social y las creencias culturales tanto de los usuarios como de los profesionales, si esto se produce y la asistencia es coherente con las distintas culturas se manifestara el sentimiento de estar recibiendo una “buena atención”, lo que establece una fuerza curativa de notable importancia, por lo tanto se conseguirá calidad según Madeleine Leininger (1978).

D. Modelo de SERVQUAL de Zeithaml y otros (1985)

Está basado en un enfoque de evaluación del cliente sobre la calidad de servicio en el que se estructura de la siguiente manera:

- i. La primera son las expectativas del cliente y la percepción de la dirección ya que estos no saben quiénes son sus clientes, no saben cómo averiguarlo, la falta de interés.
- ii. La segunda causa es la percepción de la dirección y las especificaciones de calidad del servicio como el no entender las expectativas del cliente, y no analizar los servicios como procesos que se deben diseñar y contrarrestar pero para solucionar estos problemas.
- iii. Las especificaciones de calidad del servicio y la prestación del mismo donde hay muchos factores que afectan como la desmotivación, la falta de capacitarlos, y el exceso de trabajo.
- iv. La entrega del servicio y la comunicación externa aquí el cliente desconoce el servicio, el servicio es menor accesible para ciertos grupos, o no utilizan los medios de comunicación adecuados y afectivos.
- v. La percepción del servicio y el servicio esperado aquí el cliente no percibe de forma acertada la calidad del servicio, esta es la suma de las cuatro causas anteriores.

Identifica las cinco dimensiones relativas a los criterios de evaluación que utilizan los clientes para valorar la calidad en un servicio. Pueden ser definidas del siguiente modo:

- i. **Fiabilidad:** Habilidad para realizar el servicio de modo cuidadoso y fiable.
- ii. **Capacidad de Respuesta:** Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
- iii. **Seguridad:** Conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para concitar credibilidad y confianza.
- iv. **Empatía:** Atención personalizada que dispensa la organización a sus clientes.
- v. **Elementos Tangibles:** Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación

Estas dimensiones definen un servicio de calidad como la diferencia entre las expectativas y percepciones de los clientes.

2.2.2. BASES CONCEPTUALES

Antes de hablar sobre la interculturalidad tenemos que tener en cuenta algunas definiciones para poder entender mejor el tema.

A. Pluriculturalidad. - La pluriculturalidad: "Implica una voluntad para descubrir, respetar y conocer a aquellas personas que son diferentes a nosotros/as, por lo que se expresa en nuestra

actitud personal o de grupo frente a otras culturas. Así esta voluntad determina la respecto a las personas de otras culturas, si esto permite aceptarlos o por el contrario, rechazarlos. Por lo tanto la pluriculturalidad se encuentra en las personas, en su propia cultura, en la capacidad de reconocer que hay más de uno, y de ir al encuentro de los otros y reconocernos, como parte de aquello que les permite un ejercicio de alteridad, es decir, el descubrimiento del Alter-del otro. (7)

B. Multiculturalidad.- La multiculturalidad hace referencia a la coexistencia de diferentes culturas en un espacio territorial. En este sentido, los acuerdos no han hecho más que ratificar una realidad imposible de ocultar.. Hay que reconocer la diversidad, es decir la multiculturalidad y darle a cada pueblo un lugar igual, un mismo respeto, un mismo trato, un lugar en la determinación de nuevas perspectivas del país. (8)

C. Cultura. -Para la UNESCO, cultura es el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y las letras, los modos de vida, los derechos fundamentales del ser humano, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias. (9)

La palabra cultura en Antropología se usa en dos sentidos diferentes: En su significado general, la cultura es un sistema de hábitos y costumbres propios de los seres humanos, adquirido por el hombre a través de un proceso no biológico sino social, transportado por su sociedad y empleado como su principal mecanismo de adaptación al medio ambiente; En su significado particular, se refiere a un grupo específico de individuos que comparten un sistema cultural dado. Bajo este significado las culturas son "históricas", es decir, se desarrollan durante un intervalo de tiempo y sobre una extensión de espacio geográfico concretos.

“La cultura determinara la eficacia y /o efectividad del sistema de salud” (...) “La adecuación de los servicios a las características de la cultura, basada en el respeto y en la construcción colectiva de estrategias, metodologías y protocolos que mejoren el acceso y la utilización de los servicios de salud.

“La cultura es una creación colectiva, que cada persona interioriza. Por lo tanto es válido hablar de la cultura de los conglomerados humanos y también de cada persona. Es en este doble sentido que concebimos la relación intercultural, como la interacción activa entre personas o grupos con diferente cultura”

D. INTERCULTURALIDAD.

Entendemos por interculturalidad, una relación de respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, en un proceso de comunicación, educación y formación.

La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad cambia de una cultura a otra. Por eso, para poder entendernos con personas de otra cultura, es necesario establecer puentes de comprensión y respeto.

La Organización Panamericana de la Salud señala: "...La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar..." (8)

Interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo

de la otra, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo.

El concepto de interculturalidad significa también, una relación de intercambio a partir de la cual cada una de las partes puede construir algo nuevo que no habrían podido construir de manera independiente. Esto se vuelve posible por la adquisición de ese algo que antes no tenían, y que muy probablemente no habrían tenido de haberse mantenido dentro de su cultura sin abrirse al otro.

Por tanto, entendemos por interculturalidad, al proceso de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. En esta relación se reconoce al otro como un ser digno de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

D.1. Principios generales de la interculturalidad

Se sustenta en cuatro principios básicos:

- Reconocimiento de la diversidad cultural
- Relaciones equitativas
- Respeto a las diferencias
- Enriquecimiento mutuo.

La interculturalidad implica, una relación donde varios grupos de poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Sin embargo, a diferencia de la multiculturalidad, donde un grupo cultural mantiene una hegemonía sobre las demás poblaciones, en las relaciones interculturales existe la

Disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social.

(10)

Por todo lo anterior, los principios de la interculturalidad entendida como un proceso de interacción entre personas, permiten fortalecer la identidad propia, la autoestima, la valoración de la diversidad y las diferencias, incluidas las de género y generar en las personas, una conciencia de la interdependencia para el beneficio y desarrollo común.

D.2. Proceso intercultural

Para poder entendernos con personas de otra cultura, es necesario establecer puentes de comprensión,

respeto para un buen dialogo horizontal y llegar a una sinergia.

El proceso intercultural en general se divide en cuatro etapas:

- i. Respeto: Trato con dignidad, Trato como sujetos. Escucha respetuosa y libre expresión de percepciones y creencias. Reconocimiento de la otredad (existencia de otros modelos de percepción de la realidad).
- ii. Diálogo horizontal: Interacciones con igualdad de oportunidades. Reconocimiento de que no hay una verdad única. Empoderamiento. Construcción de una relación horizontal de "ganar - ganar"
- iii. Comprensión mutua: Entendimiento del(os) otro(s). Enriquecimiento mutuo, sintonía y resonancia (Capacidad y disposición para comprender e incorporar lo planteado por el otro (a). Empatía.
- iv. Sinergia: Obtención de resultados que son difíciles de obtener desde una sola perspectiva y de forma independiente.

La interculturalidad como proceso se realiza a partir de diferentes niveles. Aun cuando, como en el primer nivel

solo se tratan relaciones: Respeto, el reconocimiento del "otro" es un primer nivel de comunicación intercultural. Se pretende que poco a poco las relaciones interculturales se enriquezcan hacia el diálogo horizontal, que fomente la confianza, el empoderamiento, donde el que ha creído que está ubicado en un "nivel inferior" logre una relación de igualdad con el que se cree de "un nivel superior" para interactuar con igualdad de oportunidades; (relación donde los dos ganan); llegar a la Comprensión mutua, con capacidad de "ponerse en los zapatos del otro". Finalmente lograr la "Sinergia" la suma donde uno más uno es mayor o más que dos y donde se logran resultados que difícilmente se lograrían de manera independiente. Es donde más se valora la diversidad.

"Es esta interacción entre culturas, es en el fondo un fenómeno comunicacional, dado que se da entre personas, grupos humanos que se vinculan y se transmiten mensajes desde diferentes culturas. La comunicación, básicamente, implica un proceso de intercambio en el que se pueden identificar algunos elementos básicos: el sujeto que emite un mensaje (emisor), el mensaje mismo, el medio empleado para

hacer llegar el mensaje (canal), el destinatario del mensaje (receptor), el efecto que se logra una vez recibido el mensaje y el contexto en el que se da todo este proceso. La comunicación es una acción que exige mínimamente una situación de dualidad; es decir, requiere la presencia de dos sujetos, uno que emite el mensaje y otro que lo recibe: es una práctica que busca transmitir algo a alguien”.

D.3. La salud intercultural

Significa, básicamente, la capacidad de funcionar entre dos o más sistemas culturales en temas de salud o mejorar el diálogo entre los clientes y proveedores. La idea es incorporar el entorno o condiciones culturales en los servicios de salud. La memoria del Primer Encuentro Nacional "Salud y Pueblos Indígenas de México" en el año 2002 la define como "la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos de cuerpo biológico, social y relacional (...).En el plano operacional se entiende la interculturalidad como potenciar lo común entre el sistema occidental y el sistema médico indígena (...), respetando y manteniendo la diversidad. (48)

La OPS en 1997 define: La interculturalidad en salud como: "la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas". (11)

(...) designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud.

Para el antropólogo Sergio Lerín: "Entendemos por interculturalidad en salud las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos."(12)

"La salud intercultural se refieren al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. En otras palabras,

las acciones de los pacientes frente a su enfermedad son la mayoría de las veces congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo”.

“La salud intercultural como “una estrategia del sistema de salud que debe ser aplicada por el personal (...) mediante el respeto hacia otros sistemas de prestación de servicios de salud, especialmente los tradicionales, complementarios y alternativos, (...) para que en un marco de mutuo respeto, aceptación y disposición de integración y articulación de dos culturas de formas diferentes de pensar con respecto al cuidado de la salud, se contribuya a brindar una atención de salud con adecuación cultural según la realidad local”. La norma tiene cuatro componentes, gestión, organización, prestación y financiamiento”.

La interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino

los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección.

D.4. Enfoque intercultural en salud

La salud Intercultural es un concepto utilizado para denominar a las políticas e intervenciones que buscan conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural en el proceso de atención sanitaria es una característica que va más allá de lo puramente étnico, pues implica además el valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. (Alarcón, Vidal y Neira, 2003). A nivel teórico el concepto de Interculturalidad ha sido revisado desde varios puntos de vista, Walsh (2008), lo reconoce como el contacto e intercambio entre diferentes culturas en condiciones de igualdad, que como práctica, proceso y proyecto, no debe ser pensada solo en términos étnicos, sino que debe orientarse a construir un clima de respeto mutuo, el desarrollo pleno de las capacidades y la legitimidad de los individuos y colectivos.

Este enfoque implica la actitud de asumir positivamente la diversidad cultural en la que vivimos. Al ser el Perú un

país multicultural, pluriétnico y multilingüe; la atención de salud que se brinde debe considerar y respetar todas las culturas, etnias e idiomas existentes, como el derecho a la identidad cultural, reconociendo el valor que tiene ésta como un potencial para su desarrollo.

Para el Ministerio de Salud la interculturalidad es la actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas del “otro” y que contribuye a una mejor interacción de representantes de diversos grupos culturales; esto es, a una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común de los interactuantes.(13)

Algunas actividades interculturales que se realizan en el establecimiento de salud

En nuestros establecimientos de salud se están realizando desde hace un tiempo algunas actividades con el enfoque de interculturalidad para lo cual es necesario que las reconozcamos como tales:

➤ Atención integral con enfoque intercultural

El modelo de Atención Integral en Salud tiene como uno de sus principios la integralidad de la atención que consiste en: “el centro de la atención es la persona y no

así el daño”, además agrega que “es necesario considerar a la familia como algo diferente a la suma de sus miembros” y considera que la “familia es la unidad fundamental del gran sistema social que representa a la comunidad”. Termina complementando el concepto mencionando que “la comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas”.

Reconociendo que las personas se ven involucradas en su salud por las acciones de su ambiente, que en la cosmovisión indígena implica el equilibrio entre la naturaleza, la parte espiritual, la comunidad y las diferentes esferas existentes. Esta serie de conceptos es lo que hemos aprendido en las unidades de cultura y educación para la salud, de tener presente a la persona y a su entorno lo cual reconoce las diferentes formas de ver la salud. Como persona y como parte de su comunidad; interculturalidad.

➤ **Consejería en salud sexual y reproductiva**

El documento técnico, hace un “reconocimiento de la pluralidad cultural existente en nuestro país” y reconoce que algunas veces la prestación de servicios tal como están “actúa como una barrera de acceso de la población a los servicios de salud”. Para lo cual se

elaboran documentos que permitan a mejorar la información que ofrece el personal de salud en los servicios ubicados en entornos pluriculturales”.

➤ **Importancia del parto vertical**

De acuerdo a la normatividad, se ha establecido como parte de la funcionalidad de los establecimientos de salud la atención del parto de acuerdo a las necesidades y creencias de la población.

También se ha establecido en el documento técnico, donde se ha establecido que “las intervenciones de salud en estas poblaciones deben lograr la participación de los agentes de medicina tradicional (curanderos, hueseros, partera, entre otros) porque en muchos casos ejercen poder de decisión sobre los eventos relacionados con la atención de salud”.

Se ha establecido la casa materna como un medio de atención intercultural ya que esta para lograr el objetivo, se diseña a través del involucramiento de las autoridades locales, población en general, agentes de medicina tradicional y gestantes. (8)

E. CALIDAD

De acuerdo con el diccionario de la Real academia de lengua española, la palabra calidad proviene del latín

qualitas, *-atís* y significa propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. (14)

Es un proceso sistémico y permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad, en la cobertura, entrega e impacto de los servicios de salud, los cuales son evaluados en forma subjetiva, por las opiniones de los beneficiarios, de acuerdo a sus expectativas. (15)

En 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" (16)

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite". (17)

Calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia, calidad es "hacer lo correcto"; en forma correcta y de inmediato, la calidad es practicar la limpieza es ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario correcto que los pacientes tengan confianza en el servicio que se les brinda.

Es así que para DONABEDIAN: "Calidad es la obtención del máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología más avanzada tomando en cuenta los requerimientos del paciente, así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución de acuerdo con los valores sociales imperantes" (4)

El ministerio de salud (2004) Define a la calidad como el desempeño apropiado de las intervenciones que se sabe, que son seguras, que tiene la capacidad de producir un impacto sobre la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.

Luft y Hunt definen la calidad como "el grado con el cual los procesos de la atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos". (18)

De Geyndt apunta que las distintas definiciones que se le han dado a la calidad son un reflejo de lo difícil que puede resultar arribar a un consenso debido a los valores implícitos en las distintas definiciones. Señala que el concepto de atención médica o atención sanitaria es multidimensional y que esto explica la existencia de tantas definiciones y formas para evaluarla. (19)

E.1 Calidad de atención

El juicio sobre la calidad de la atención está determinado no sólo por la producción técnica de la atención, sino también por el producto observado a través de las percepciones, valores, expectativas y necesidades del paciente.

La OPS/OMS propone como definición de calidad de atención:

- Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios externos e internos.
- Alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos de las instituciones.

“La Calidad de Atención de Enfermería es la apropiada ejecución de intervenciones de probada seguridad que son económicamente accesibles a la población y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la salud del usuario” (...)”En lo referente al sector salud (...) Proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica”.

E.2 Dimensiones de la calidad

“Las tres dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas, la técnica, interpersonal y infraestructura; en la primera considera la aplicación de conocimientos y técnicas para la atención a la salud y en la segunda, la relación que se establece entre los(as) proveedores(as) de servicios y los(as) usuarios(as) de los mismos sin dejar de considerar para ambas dimensiones el contexto sociocultural donde se otorgue el servicio; el ultimo el ambiente donde se brinda la atención”

El Ministerio de Salud sostiene que las dimensiones de la calidad son grandes aspectos metodológicos, en el marco de los cuales se lleva a cabo el auto evaluación, se refiere no solo a la realidad externa, sino también a la interna; en el centro de trabajo como en la vida. Las dimensiones de la calidad adoptadas por la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud del Perú son:

a. Dimensión interpersonal

Se refiere a la interacción social entre el usuario y el prestador de servicios que involucran una actitud de atención e interés por servir al usuario, que debe estar enmarcado en una relación de respeto y cordialidad mutua. Algunos autores distinguen la responsabilidad de actuación, imparcialidad en las decisiones, veracidad de información, claridad del mensaje y la discreción absoluta como factores que contribuyen a que dicha relación sea satisfactoria. (20)

b. Dimensión técnica

Es la aplicación de la ciencia y la tecnología, de tal manera que rinda el máximo de beneficios para la salud del usuario, con un mínimo de riesgos, es decir, que el personal de salud debe contar con

conocimientos y habilidades que le permitan brindar los cuidados en forma segura, oportuna, continua y libre de riesgos de acuerdo a las necesidades del usuario.

- **Segura:** Está orientada a una atención sin riesgo para el usuario, en el tratamiento respetando los protocolos como la bioseguridad el hecho en prevenir cualquier tipo de complicaciones, evitar recaídas, entonces también podemos mencionar es la parte preventiva del personal de salud.
- **Oportuna:** Cuando los cuidados son brindados cada vez que el usuario lo requiera y de acuerdo a sus necesidades; por ejemplo, brindar el tratamiento establecido, realizar los procedimientos en la hora y fecha indicada, desarrollo de acciones educativas en prevención de riesgos en su salud del usuario, involucrando a su familia y medio social, también mantener los registros de la historia clínica completa, así como los exámenes solicitados.
- **Continua:** Esta dado por una atención sin interrupción y en forma permanente, según la necesidad del paciente con la ayuda del equipo de profesionales de salud donde se brindaran

educación al paciente sobre la naturaleza de su enfermedad, riesgos que presentan, importancia de los tratamientos y procedimientos a los que será sometido y de mostrar preocupación por su mejoría.

c. Dimensión infraestructura y/o entorno

Esta involucra las características del lugar que proporciona el servicio al usuario desde la entrada, atención y salida, (incluye las condiciones físicas de limpieza, iluminación, ventilación, comodidad en el tiempo de espera, ambiente cómodo como privado entre otros.)

E.3 Elementos de la calidad de atención

Remuzgo, A. (2002) da a conocer en su trabajo los siguientes elementos de la calidad de atención, estos son:

a. Disponibilidad y ofertas e insumos

La calidad del servicio de salud, cuando se puede ofrecer una mayor variedad de insumos disponibles en cuanto a mayor número de insumos mayor será la posibilidad de satisfacer las necesidades del usuario. Aun cuando el servicio de salud cuente con todos los insumos disponibles por problema de logística,

almacenamiento, falta de personal capacitado para ofrecer estos insumos.

b. Información al cliente

Calidad es responder a la necesidad del usuario; el primer paso al atender a un usuario debe ser escucharlo, para determinar cuáles son sus deseos y necesidades para así darles la información necesaria. Debe evitarse darle mucha información y saturarlo, es mejor dar una información concreta y precisa para que el usuario entienda sobre su situación de salud.

c. Capacidades técnicas del prestador de servicios

Aquí se abarca los conocimientos prácticos y habilidades que el prestador de servicios debe tener para proveer los servicios de salud ,también incluye la existencia de normas , protocolos y asepsias para prestar estos servicios.

d. Relaciones interpersonales con el cliente

Se verifica a la dimensión personal del servicio, los usuarios deben sentirse bien tratados durante su permanencia en el servicio de salud por todas las

personas que interactúan con ellos en todo momento el personal debe mostrar una actitud de atención , interés por servir , respeto y amabilidad para que el usuario se sienta a gusto y con los deseos de regresar.

Para alcanzar la comunicación interpersonal se debe tomar en cuenta los siguientes pasos:

- Establecer una relación cordial.
- Identificar las necesidades del usuario.
- Responder las necesidades del usuario.
- Verificar el entendimiento del usuario.
- Mantener la cordialidad de la atención.

Como resultado de estas etapas se incrementará la satisfacción de usuario brindara mayor confianza ya traerá mayores usuarios.

e. Los mecanismo de seguimiento al cliente

Los programas de salud tendrán éxito en la medida que se mantengan en contacto con el usuario después de la consulta inicial los prestadores de servicios pueden

ayudarlos a superar dificultades hacer más probable la asistencia a la servicio de salud.

f. Constelación y organización de servicios

Este elemento significa que los elementos de salud deben organizarse de tal manera que sean satisfactorios para los usuarios, que respondan a sus conceptos de salud y a sus necesidades pre existentes, existen muchas maneras de mejorar y organizar los servicios de salud , entre ellos tenemos:

- Disminuyendo el tiempo de espera.
- Ofreciendo diversidad de servicios de salud.
- Haciendo cómoda y agradable la estancia del cliente durante su visita al establecimiento de salud.
- Dándole atención y el tiempo necesario para alcanzar sus dudas.
- Formación del flujograma de atención del servicio de salud.

E.4 CUATRO PASOS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

- Identificar Determinar qué hay que mejorar.
- Analizar Comprender el problema.
- Desarrollar Formular hipótesis acerca de los cambios que habría que hacer para solucionar el problema.
- Probar/ Implementar Probar la hipótesis de solución para ver si produce mejoras; sobre la base de los resultados, decidir si abandonar, modificar o implementar la solución.

El mejoramiento de la calidad no se limita a ejecutar pasos, sino más bien hay una búsqueda constante de medios para mejorar aún más la calidad. Cuando se logran mejoras en la calidad, el personal o los equipos pueden seguir esforzándose para lograr más mejoras respecto al mismo problema y/o abordar otras oportunidades de mejoramiento que se hayan identificado. De acuerdo con este concepto, el que frecuentemente se denomina mejoramiento continuo de la calidad, se estimula a los equipos a trabajar en pos de lograr niveles sin precedente de calidad en la atención de salud.

E.5 LA GARANTÍA DE LA CALIDAD

Se da a través de Calidad de servicios, la satisfacción, fidelización del usuario.

a. Calidad de servicios: La calidad servicio es ajustar el servicio a estándares nacionales e internacionales. Es la capacidad de ajustarse a las especificaciones de los usuarios

b. La satisfacción: Permite obtener la opinión de aspectos relacionados con la infraestructura (comodidades, instalaciones físicas y organización). El proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta). Y el resultado (cambio en el estado de salud, y la percepción de la atención recibida) este análisis también nos permite información sobre aquellas características que facilitan u obstaculizan los esfuerzos de los usuarios para obtener información

La satisfacción usuaria está determinada por cinco ejes.

- Personal médico.
- Personal no médico.

- Atributos del servicio (gama de servicios que brinda, tiempo de espera, calidad de atención recibida, exámenes coste).
- Servicios relacionados (disposición y alimentos).
- Institución (se considera localización, apariencia disposición, limpieza, confort etc.).

c. Fidelización del usuario: La calidad de servicio se traduce en un mayor o menor grado de satisfacción del usuario en función si sus necesidades y expectativas fueron generas y esto a su vez de generar la fidelidad o no del usuario.

La calidad de servicio afecta de forma clara y directa sobre el atributo de la `personalidad, la confianza. El máximo grado de confianza se obtiene evidentemente de la relación interpersonal, la excelencia de la atención es el mejor medio para conseguir la fidelización del usuario.

Una mala calidad en la atención termina en una insatisfacción de los usuarios y esto conlleva a reglamos por el contrario un usuario satisfecho tiene un compromiso afectivo y continuo asía la institución.

2.3. Definición de términos básicos.

- **Calidad:** se define como el conjunto de propiedades y características de un producto apropiado para cumplir con la exigencia del mercado.
- **Interculturalidad:** Existencia de una pluralidad de grupos étnicos- culturales con conocimientos, practicas, recursos y terapeutas propios y distintos del sistema de salud oficial.
- **Usuario:** Es la persona que acude al hospital, requiriendo coberturas integrales con servicios básicos y acceso a todos los niveles de atención.

CAPÍTULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Definición de las variables

Interculturalidad. - Es un proceso de respeto y comprensión de las culturas, para el cual es necesario un conjunto de saberes, informaciones que el personal de salud posee ya sea de su experiencia o capacitación, el cual es aplicado en el proceso de atención de salud.

Calidad de atención. - Es el logro de los resultados deseados en la salud y expectativas de los usuarios, por el buen desempeño del personal de salud en las dimensiones: interpersonal, técnica y entorno.

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN DE LA VARIABLES
Variable independiente: INTERCULTURALIDAD	Es un proceso de respeto y comprensión de las culturas, para el cual es necesario un conjunto de saberes, informaciones que el personal de salud posee ya sea de su experiencia o capacitación, el cual es aplicado en el proceso de atención de salud.	RESPECTO	<ul style="list-style-type: none"> - Trato con dignidad - Conoce los hábitos y costumbres de la zona. - Escucha respetuosa la libre expresión de percepción y de creencias - Comunicación intercultural - Aceptación, conocimiento y comprensión de la diferencia y diversidad de cultura 	APROPIADO(52-104) INAPROPIADO(26-51)
		COMPRENSIÓN MUTUA	<ul style="list-style-type: none"> - Entendimiento del otro(a) - Enriquecimiento mutuo. - Capacidad y disposición de incorporar lo planteado por el otro. (a) 	
		DIALOGO HORIZONTAL	<ul style="list-style-type: none"> - Interacción con igualdad de oportunidades. - Fomento de confianza y Empoderamiento 	
		SINERGIA	<ul style="list-style-type: none"> - Obtención de resultados, Valor de la diversidad. Existe sinergia siempre que respondan las 3 dimensiones anteriores correctamente 	

CUADRO DE DIMENSIONES E INDICADORES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	SUB DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable dependiente: CALIDAD DE ATENCIÓN	La atención con calidad define el punto en donde confluyen la satisfacción y expectativas del paciente/cliente, el deber ser de la práctica profesional y la más óptima utilización de los recursos Una atención de calidad debe apuntar a utilizar los medios más eficaces, eliminado al máximo los factores que afectan negativamente	INTERPERSONAL	INTERACCIÓN	- Respeto - Cordialidad - Confianza - Interés	BUENO(102-136) REGULAR(68-101) MALO(34-67)
			COMUNICACIÓN	- Claridad del lenguaje. - Veracidad de la Información.	
		TÉCNICA	SEGURA	- Reducción de riesgos - Prevención	
			OPORTUNA	- Tiempo de espera - Tiempo de atención	
			CONTINUA	-Atención permanente	
		INFRAESTRUCTURA Y/O ENTORNO	COMODIDAD	- Ambiente privado - Iluminación - Limpieza - Accesibilidad - Insumos	

3.3 HIPÓTESIS GENERAL E HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Existe relación entre el conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios del C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017.

HIPÓTESIS NULA

No existe relación entre el conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios del C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

Según el tiempo de estudio es **prospectivo**, ya que permitirá determinar relaciones entre ambas variables de hechos que posiblemente ocurrirán en un futuro, sin explicar las relaciones causales de sus variables.

Según participación del investigador es **observacional**; ya que el uso de la técnica empleada permitirá adquirir información por medio de la observación directa y el registro de fenómenos, pero sin ejercer ninguna intervención (dejando libres a los observados).

Según la cantidad de medición de variables es **transversal**; ya que se recolectaran los datos en un sólo momento, en un tiempo único.

Según el tipo de variables a estudiar es **analítico**; nos permitirá explicar, contestar por qué o la causa de presentación de determinado fenómeno o comportamiento, se trata de explicar la relación o asociación entre variables.

Según la naturaleza de los objetivos es Descriptiva-correlacional, **Descriptiva**; porque describirá la particularidad de cada fenómeno de las variables de estudio tal y como se presenta en la

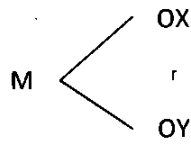
realidad objetiva y **Correlacional**; porque evaluará el grado relación entre dos o más variables.

4.2 Diseño de la Investigación

Se empleó un diseño no experimental, correlacional:

- No experimental, porque no se manipulara a las variables.
- Correlacional, porque se determinara cómo afecta la variación de una variable en otra.

Diagrama:



Donde:

M = muestra

OY = variable conocimiento del enfoque intercultural

OX = variable calidad de atención

r = conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención

4.3 Población y muestra

- a. Población:** 1023 usuarios que acuden al Centro de Salud San Cristóbal durante el mes de Junio del año 2017.

b. Muestra:

Criterios de inclusión y exclusión de la muestra:

- **Criterio de inclusión:**
 - Usuarios cuya etnia es chopcca.
 - Usuarios adscritos el C.S San Cristóbal
 - Usuarios que tuvieron una atención como mínimo en todos los servicios (medicina, enfermería, obstetricia, psicología, odontología,)
- **Criterio de exclusión:**
 - Usuarios no adscritos en el C.S San Cristóbal.
 - Usuarios que acuden al C.S. de salud ebrios o consumo de sustancias psico-activas.
 - Usuarios con trastorno neurológico.
 - Pacientes que ingresan por emergencia.

La Muestra: La Unidad de Análisis será constituido por los usuarios que acuden al Centro de Salud San Cristóbal.

Estos valores son calculados a través de la Aplicación del siguiente proceso estadístico:

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 pq.}{[e^2 (N)] + [Z_{\alpha/2}^2 pq.]}$$

n	: Tamaño de muestra
$Z_{\alpha/2}$: Nivel de confianza del 95% (1.96)
P	: Probabilidad de éxito (0.5)
q	: $1 - p$ (0.5)
e	: Error muestral (0.05)
N	: Población (48)

Hallando:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(48)}{(0.05)^2(48) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = 42$$

El Muestreo;

Se utilizó el muestreo no probabilístico para ambas variables

4.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Técnica: Encuesta para la variable de conocimiento y calidad de atención.

Instrumento:

Se aplicaron dos instrumentos: el primero es de conocimiento del enfoque intercultural según la percepción del usuario que consta de 37 preguntas. fue calificado en un puntaje total de 148 puntos, cada ítem formulado tuvo un puntaje de 1(nunca), 2(a veces) 3(casi siempre) y 4 (siempre) donde se valoraron si fue apropiada o inapropiada el enfoque utilizado por el personal de salud: Apropiada de 75 a 148 puntos e Inapropiada de 37 a 74 puntos y el segundo instrumento se refiere a la calidad de atención que consta de 26 preguntas dividida en tres partes: dimensión interpersonal las primeras siete preguntas, dimensión técnica las siguientes ocho preguntas y la dimensión entorno las últimas seis preguntas, calificado en un puntaje total de 148 puntos, cada

ítem formulado tuvo un puntaje de 1, 2 , 3 y 4 en la que: se consideró Buena de 79 a 1104 puntos, Regular de 53 a 78 puntos y Mala de 26 a 52 puntos.

4.5. Procedimientos de recolección de datos

Se realizó de la siguiente forma:

- Estudio de validación: se realizó la redacción y recopilación de información con dos instrumentos revisado por especialistas calidad de atención en salud, interculturalidad y pueblos indígenas, que laboran en la Red de Salud Huancavelica y personal de salud de EE.SS. todo este proceso se llevó a cabo en el mes de Julio del 2017.
- La elaboración del primer instrumento sobre conocimientos sobre interculturalidad se hace en base a las dimensiones del mismo; con respecto al segundo instrumento se toma de base la encuesta de satisfacción del usuario externo, para lo cual se realizó modificaciones y se validó por juicio de expertos.
- Gestión de permiso: se tramito el permiso correspondiente con la Jefa del C.S San Cristóbal.
- Recolección de datos: para obtener los datos se realizó la encuesta al personal de salud en su lugar de trabajo. Así mismo en el EE.SS. se encuestó a usuarios que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

- Reunida la información se organizaron los cuadros para su análisis.
- A partir de los datos del análisis se formularon las conclusiones y recomendaciones.

4.6. Procesamiento estadístico y análisis de datos

Para la descripción e interpretación de datos obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición de conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en usuarios del C.S. San Cristóbal.

Primero: Se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cualitativas y cuantitativas.

Segundo: los datos se representaron en tablas de distribución de frecuencia, cuadros estadísticos (simple y de doble entrada) y grafico (sectores, barras).

Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos

CAPÍTULO V

RESULTADOS

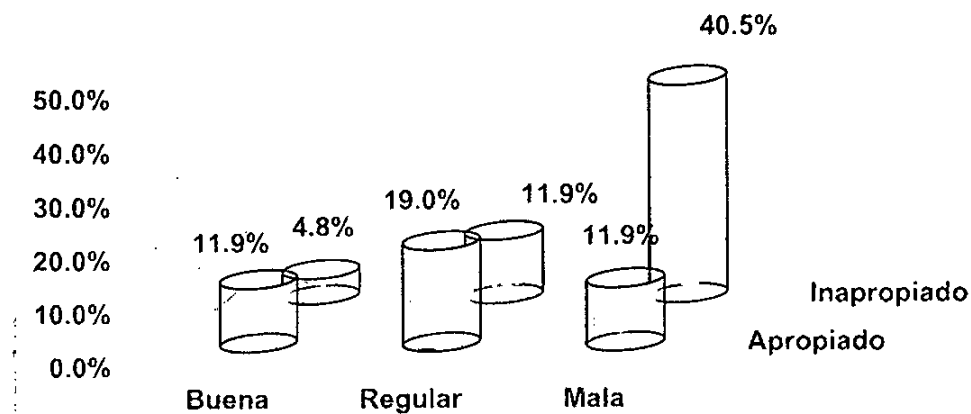
El objetivo fundamental de la investigación es Determinar qué relación existe entre conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios del C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017, para lo cual presentamos a continuación los resultados de los datos obtenidos de manera objetiva y lógica acompañado del respectivo tratamiento estadístico. Los mismos que son presentados a través de cuadros y gráficos.

TABLA N° 5.1: Conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios – C.S. San Cristóbal – Huancavelica, 2017

Conocimiento sobre interculturalidad	Calidad de atención						Total	
	Buena		Regular		Mala		fi	f%
	fi	f%	Fi	f%	fi	f%	fi	f%
Apropiado	5	11.9%	8	19.0%	5	11.9%	18	42.9%
Inapropiado	2	4.8%	5	11.9%	17	40.5%	24	57.1%
Total	7	16.7%	13	31.0%	22	52.4%	42	100.0%

Fuente: Instrumento Aplicado 2017.

GRÁFICO N° 5.1: Conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios – C.S. San Cristóbal – Huancavelica, 2017



Fuente: Instrumento aplicado 2017

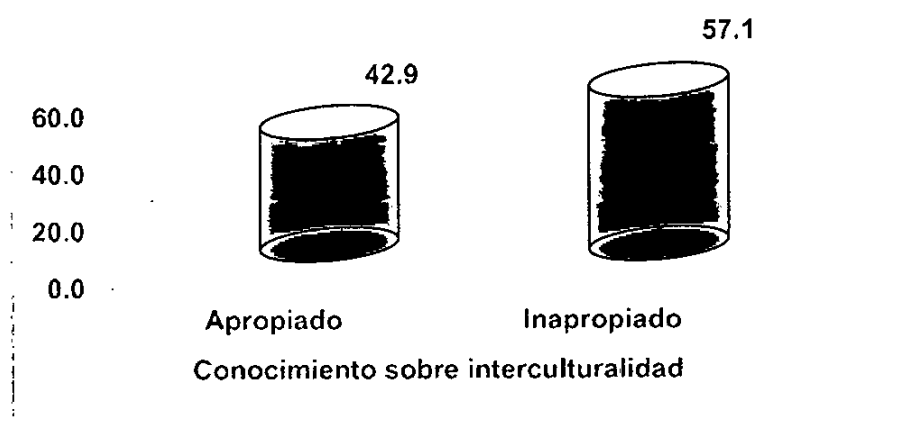
En la Tabla y Gráfico N° 5.1 se observa que 40,5% de profesionales de salud conocen de manera inapropiada sobre la interculturalidad y los usuarios perciben una mala calidad de atención, 19,0%, conocen apropiadamente y brindan regular calidad de atención y 11,9%; conocimiento apropiado y buena calidad de atención.

TABLA N° 5.2: Conocimiento sobre interculturalidad de los profesionales de salud, que brindan atención en el C.S. San Cristóbal

Conocimiento sobre interculturalidad	fi	f%
Apropiado	18	42.9
Inapropiado	24	57.1
Total	42	100.0

Fuente: Instrumento Aplicado 2017.

GRÁFICO N° 5.2: Conocimiento sobre interculturalidad de los profesionales de salud, que brindan atención en el C.S. San Cristóbal



Fuente: Instrumento Aplicado 2017

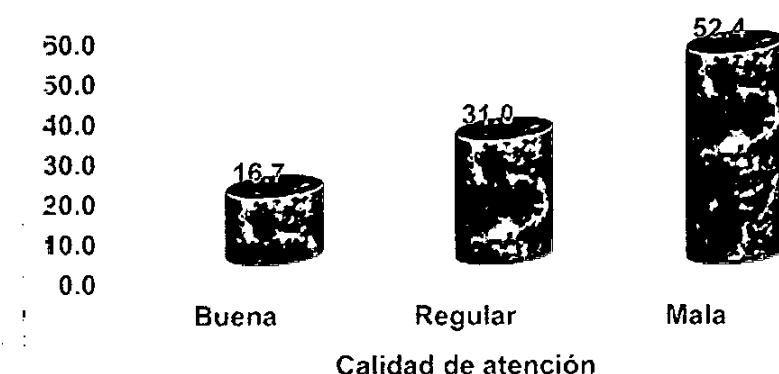
En la Tabla y Gráfico N° 5.2 se observa que 57,1% de profesionales de salud conocen de manera inapropiada la atención con enfoque intercultural y 42,9%; de manera apropiada.

TABLA N° 5.3: Percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios – C.S. San Cristóbal – Huancavelica, 2017

Calidad de atención	fi	f%
Buena	7	16.7
Regular	13	31.0
Mala	22	52.4
Total	42	100.0

Fuente: Instrumento Aplicado 2017.

GRÁFICO N° 5.3: Percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios – C.S. San Cristóbal – Huancavelica, 2017



Fuente: Instrumento Aplicado 2017

En la Tabla y Gráfico N° 5.3 se observa que 52,4% de pacientes perciben una mala calidad de atención por el profesional de salud, 31,0%, regular y 16,7%; buena calidad de atención.

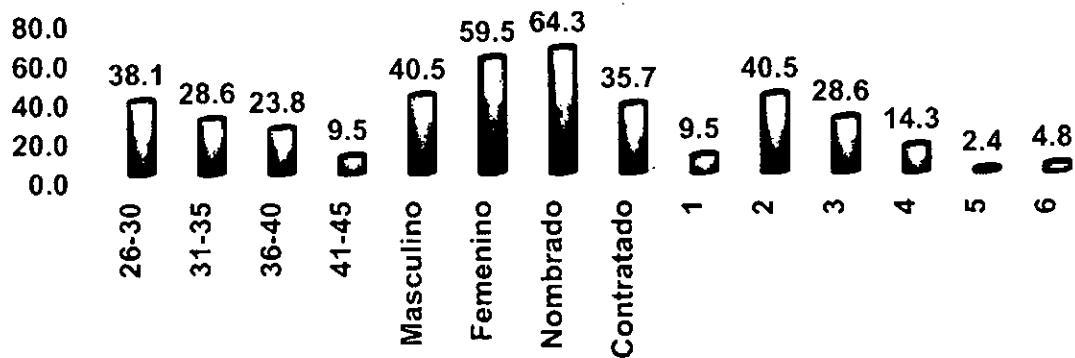
TABLA N° 5.4. : Características socioinstitucionales del profesional de salud del C.S. San Cristóbal - Huancavelica.

Características socioinstitucionales	Categoría	fi	f%
Edad de los profesionales	26-30	16	38.1
	31-35	12	28.6
	36-40	10	23.8
	41-45	4	9.5
Total		42	100.0
Género en el profesional de salud	Masculino	17	40.5
	Femenino	25	59.5
Total		42	100.0
Condición laboral del profesional de salud	Nombrado	27	64.3
	Contratado	15	35.7
Total		42	100.0
Tiempo laboral del profesional de salud	1	4	9.5
	2	17	40.5
	3	12	28.6
	4	6	14.3
	5	1	2.4
	6	2	4.8
Total		42	100.0

Fuente: Instrumento Aplicado, 2017

En la Tabla y Gráfico N° 5.4 se observa que 38,1% del profesional de salud son de 26 a 30 años de edad; 59,5%, son del género femenino; 64,3%, son nombrados, y 40,5% refieren 2 años de tiempo laboral en el establecimiento de salud actual.

GRÁFICO N° 5.4: Características socioinstitucionales del profesional de salud del C.S. San Cristóbal - Huancavelica.



Edad de los Qéru Qéru profesional de salud
 Género profesional de salud
 Tipo de contrato profesional de salud
 Características socioinstitucionales

Fuente: Instrumento Aplicado 2017

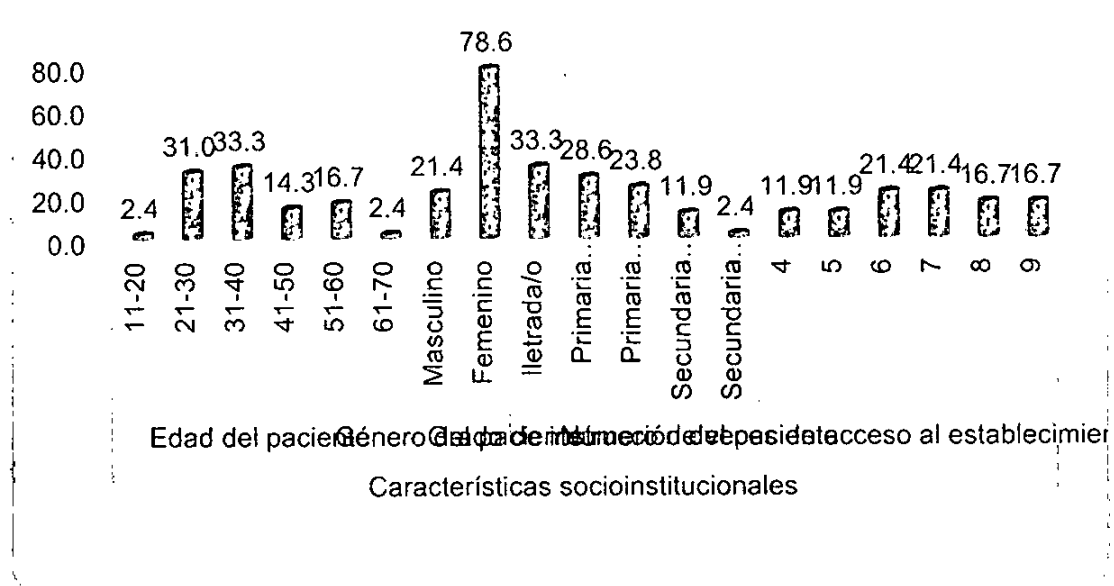
TABLA N° 5.5: Características de los usuarios del C.S. San Cristóbal, Huancavelica- 2017.

Características	Categoría	fi	f%
Edad del paciente	11-20	1	2.4
	21-30	13	31.0
	31-40	14	33.3
	41-50	6	14.3
	51-60	7	16.7
	61-70	1	2.4
Total		42	100.0
Género del paciente	Masculino	9	21.4
	Femenino	33	78.6
Total		42	100.0
Grado de instrucción del paciente	Iletrada/o	14	33.3
	Primaria incompleta	12	28.6
	Primaria completa	10	23.8
	Secundaria incompleta	5	11.9
	Secundaria completa	1	2.4
Total		42	100.0
Número de veces de acceso al establecimiento de salud	4	5	11.9
	5	5	11.9
	6	9	21.4
	7	9	21.4
	8	7	16.7
	9	7	16.7
Total		42	100.0

Fuente: Instrumento aplicado, 2017

En la Tabla y Gráfico N° 5.5 se observa que 33,3% de los usuarios atendidos, son de 31 a 40 años de edad; 78,6%, son del género femenino; 33,3%, son iletrados, y 21,4% refieren de 6 a 7 veces acceden al establecimiento de salud.

GRÁFICO N° 5.5: Características de los usuarios del C.S. San Cristóbal, Huancavelica- 2017.



Fuente: Instrumento Aplicado 2017

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 . Contratación de hipótesis con los resultados

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DE Ji Cuadrada de Independencia de Criterios

6.1.1. Hipótesis Estadística:

Hipótesis Nula (H₀):

La calidad de atención desde la percepción del paciente es independiente del conocimiento sobre interculturalidad del personal de salud.

Hipótesis Alterna (H_a):

La calidad de atención desde la percepción del paciente es dependiente del conocimiento sobre interculturalidad del personal de salud.

6.1.2. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (1- α):

$$(\alpha) = 0,05 (5\%); \quad (1- \alpha) = 0,95 (95\%)$$

6.1.3. Función o Estadística de Prueba

Dado que las variables “Conocimiento sobre interculturalidad” categorías “apropiado* e “inapropiado”; y la variable calidad de atención con categorías “buena”, “regular” y “mala”, son categóricas (cualitativas), la muestra

de profesionales de enfermería es grande ($n > 40$); la estadística para probar la hipótesis nula es la función Ji Cuadrada de independencia de criterios, cuya función es:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2 (F-1)(C-1)$$

La función X^2 tiene distribución Ji cuadrada con $(F-1)*(C-1)$ grados de libertad.

Aquí, O_{ij} es la frecuencia observada de la celda (i, j) correspondiente a la categoría "i" de la variable fila (conocimiento sobre interculturalidad) y categoría "j" de la variable columna (calidad de atención); e_{ij} es la frecuencia esperada correspondiente a la frecuencia observada; F es el número de categoría de la variable fila y C es el número de categorías de la variable columna.

Las frecuencias esperadas e_{ij} se obtienen con la fórmula siguiente:

$$e_{ij} = \frac{(total\ fila\ i) * (total\ columna\ j)}{número\ total\ de\ datos}$$

Por tanto la función Ji Cuadrada toma la forma:

$$X^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(o_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}} \sim \chi^2 (2)$$

La función X^2 tiene distribución *Ji* cuadrada con 2 grado de libertad.

6.1.4. Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:

Como la hipótesis alternativa es unilateral derecha y $(\alpha) = 0,05$ (5%), entonces el valor tabular (*VT*) de la función *Ji* Cuadrada es $VT_{(2;0,95)} = 5,991$; con estos datos, la hipótesis nula será rechazada a favor de la hipótesis alternativa si $VC > 5,991$.

6.1.5. Valor Calculado

El valor calculado (*VC*) de la función *Ji* Cuadrada se obtiene:

Valor calculado de la *Ji* Cuadrada de independencia de criterios

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,826 ^a	2	,020
Razón de verosimilitud	8,083	2	,018
N de casos válidos	42		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,00.

El valor calculado de la *Ji* cuadrada es $Vc = 7,826$

6.1.6. Decisión Estadística:

Como $Vc > V_T$, es decir; $7,826 > 5,991$, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alternativa, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que las variables de estudio no son independientes; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar la relación/asociación entre conocimiento sobre interculturalidad y calidad de atención desde la percepción del paciente.

La magnitud de diferencia de presencia de la variable se ve con la $sig.=p_{value} < 0,05$; el cual se define en el valor calculado que implica:

Sig. Asintótica (bilateral) = ,020; es decir; existe evidencia significativa entre el conocimiento sobre interculturalidad y calidad de atención desde la percepción del paciente.

6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares

El desarrollo de una política de salud intercultural no es un tema reciente. Es así que el diseño de estrategias que permitan el dialogo y comunicación entre los modelos médicos se encuentran receptivos a la creatividad de quienes van a ejecutar las acciones en salud intercultural. La experiencia internacional ha demostrado la existencia de principios conceptuales que sustentan el desarrollo de modelos pluriculturales en salud. Entre estos se encuentran el de reconocer a los sistemas médicos como complejos modelos de pensamiento y conducta, los cuales constituyen respuesta culturales al fenómeno universal de la enfermedad.

El presente estudio comprende las variables de conocimientos sobre interculturalidad, donde 57,1% de profesionales de salud tienen un conocimiento inapropiado y 42,9%; de manera apropiada. (Tabla N° 5.2). Estos resultados se reafirman con lo publicado por Isabel Catacora Rojas, Isabel y Pastor Altamirano, Sonia; donde encontró la poca decisión de algunos miembros del personal de salud para trabajar desde una perspectiva intercultural, demostrando que no están tomando en cuenta la cultura de la gestante al momento de atenderla, evidenciando así la falta de sensibilización de algunos profesionales respecto a temas interculturales. Se halló que existen varios profesionales que no respetan las costumbres de la gestante al momento del parto, aduciendo que no lo atienden porque desde los controles orientan a la gestante hacia el parto ginecológico y además este es muy raramente solicitado. A su vez, algunos entrevistados indicaron que, si están dispuestos a atenderlas según sus costumbres, pero el Hospital no brinda lo necesario tanto en infraestructura y capacitación para llevarlo a cabo.

Igualmente Aliaga R., G. (2014); donde los resultados obtenidos permiten señalar que no existe una auténtica Política de Salud Intercultural en el Perú.

Por otro lado; la variable de estudio percepción sobre calidad de atención; se encontró que 52,4% de los usuarios perciben una mala calidad de atención por el profesional de salud, 31,0%, regular y 16,7%; buena calidad de atención (Cuadro N° 03). El cual se caracterizó por una mala percepción por aspectos como la presentación del profesional (54,0%), la comunicación (33,0%), se le llamó por su nombre (27,0%), explicaciones sobre los procedimientos (49,0%), respeto de la intimidad (26,0%), amabilidad (57,0%), entre otros. No existe una estadística de frecuencia con la cual comparar estas cifras pero sin duda en el estudio de Castellano C. y col (2) hacen referencia que en el 66,8% de los actos médicos se realizan sin consentimiento y 49,4% brindan un trato deshumanizante, percibido por la usuaria. En suma, en el presente estudio pudo observarse que los usuarios en la mayor parte de casos poseen una mala percepción sobre el trato recibido por el profesional que las atendió. Estos resultados se reafirman con lo publicado por Huamán Quiña, Salomón (2014) que el 75 % tienen una percepción regular, y 21 %, con una percepción buena; y en cuanto a usuarios externos, 67% tienen una percepción regular de la calidad de atención y 32 % con una percepción buena en el servicio de emergencia del Hospital “José Soto Cadenillas Chota”.

A esta realidad se suma que los proveedores de servicios, por su parte, con frecuencia también están sometidos a tensiones diversas: sobrecarga de trabajo, obligación de cumplir metas numéricas con relación a sus servicios, la realización de procedimientos médicos o quirúrgicos difíciles y estresantes, el involucramiento emocional con las situaciones de las personas que atienden y, en muchos casos, la falta de reconocimiento a su labor realizada. Esto influye en su estado anímico puede generar en ocasiones, agresividad o indiferencia hacia las personas que reciben su atención. Todo lo anterior propicia un vínculo interpersonal deficiente con la consecuente mala calidad de la atención. (Donabedian, 1990)

Con frecuencia, el equipo médico le da más importancia al aspecto técnico, mientras que el interpersonal lo resaltan más los usuarios(as) de los servicios. Sin embargo, es necesario reconocer que ambos aspectos tienen igual importancia en el otorgamiento de servicios de salud; los aspectos técnicos son indispensables para lograr atención eficaz, eficiente y efectiva; y, no hay duda que una buena relación proveedor(a)-usuario(a), cimentada en el respeto mutuo, determina en gran medida resultados exitosos para la salud, al propiciar mejor adhesión terapéutica y a la institución de salud, además de

mayor satisfacción de usuarios(as) y de proveedores(as) (Donabedian, 1990)

La distribución de resultados en el estudio es de las variables de conocimiento sobre enfoque de interculturalidad y calidad de atención; donde se encontró que 40,5% de profesionales de salud conocen de manera inapropiada la atención con enfoque de interculturalidad y los pacientes perciben una mala calidad de atención, 19,0%, conocen apropiadamente y brindan regular calidad de atención y 11,9%; conocimiento apropiado y buena calidad de atención.

Estos resultados se fundamentan en la teoría de cuidados culturales en enfermería donde incide en como fundamental la de Madeleine Leininger (1978), acerca de los cuidados interculturales, ella sostiene que la enfermería transcultural es una de las grandes áreas de la profesión, y que con el tiempo esta se convertirá en dominio de enfermería, en donde se debe manifestar un actuar diferente, definido y fundamentado en principios culturales y diseñado específicamente para orientar los cuidados, a través de una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una atención en salud específica de la cultura. La meta de esta teoría es proporcionar cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, los valores, las creencias y

los modos de vida de los pacientes, para conseguir esta meta Leininger sostiene que las (os) enfermeras (os) no pueden separar las visiones de mundo, la estructura social y las creencias culturales tanto de los usuarios como de los profesionales, si esto se produce y la asistencia es coherente con las distintas culturas se manifestara el sentimiento de estar recibiendo una "buena atención", lo que establece una fuerza curativa de notable importancia, por lo tanto se conseguirá calidad según Madeleine Leininger (1978).

Por otro lado, los resultados se respaldan en la praxis de la interculturalidad donde se puede referir a la interacción o encuentro entre dos o más grupos culturales de un modo horizontal y sinérgico, rompiendo con la idea de superioridad de una cultura sobre otra. Pone el énfasis en el diálogo, la interacción y la construcción de relaciones interculturales basadas en el respeto a la diversidad cultural, con el objetivo de favorecer la integración y la convivencia armónica entre todas las personas. En este sentido, los conflictos que puedan generarse serán resueltos a través del respeto, el diálogo y la concertación. Se trata por tanto de una herramienta y un proyecto para la transformación del Estado y de la Sociedad.

Es un modelo de convivencia y como proceso comunicativo, la interculturalidad propone la definición de condiciones específicas para la interacción equitativa entre grupos culturales diferentes, cada uno con una verdad, una visión especial de mundo (cosmovisión) y un marco de referencia y paradigmas respecto a diferentes aspectos de la realidad.

Desde este planteamiento, se presupone que no existe una verdad única, inamovible y permanente. Todos los paradigmas están en continuo cambio y responden a diferentes aproximaciones de la realidad, que difícilmente pueden ser absolutas.

Así mismo la Interculturalidad plantea que al interactuar de manera positiva grupos culturales que comparten un espacio geográfico determinado, se generan alternativas de solución frente a un problema, que serían muy difíciles de encontrar desde la visión de un solo grupo, con planteamientos y características diferentes. Se señala de esta manera que la diversidad puede ser fuente de riqueza.

Por otro lado; La salud intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente

considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. En otras palabras, las acciones de los pacientes frente a su enfermedad son la mayoría de las veces congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural. La validación cultural no significa que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo”.

La interculturalidad como proceso se realiza a partir de diferentes niveles. Aun cuando, como en el primer nivel solo se tratan relaciones: (A) respeto, el reconocimiento del “otro” es un primer nivel de comunicación intercultural; muchas veces pensamos que basta con que hablemos el mismo idioma o que vayamos con un buen intérprete. Eso no basta, porque como hemos visto, a través de la comunicación no solo transmitimos datos sino también sentimientos por medio de: (Canal verbal: Lenguaje oral, el habla, Canal No verbal: Lenguaje corporal, los gestos, Canal Para-verbal: Ritmo, tono volumen, inflexiones de la voz. Pretende poco a poco las relaciones interculturales se enriquezcan hacia el (B) la comprensión mutua, con capacidad de “ponerse en los zapatos de otro”; llegar a (C) el diálogo horizontal, que fomente la confianza, el empoderamiento, donde el que ha creído que está ubicado en un “nivel inferior” logre

una relación de igualdad con el que se cree de un "nivel superior" para interactuar con igualdad y oportunidades; (relación donde los dos ganan). Finalmente lograr la "Sinergia" la suma donde uno más uno es mayor o más que dos y donde se logra resultados que difícilmente se lograrían de manera independiente. Es donde más se valora la diversidad, Existirá sinergia siempre que realicen las 3 dimensiones anteriores correctamente.

Berlin y Fowkes (1982) señalan que el éxito de la comunicación intercultural puede ser logrado a través de un proceso compuesto de cinco elementos: "*escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar*". Los autores reconocen que aunque el lenguaje puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, él no constituye un obstáculo infranqueable en la relación profesional-paciente, si los profesionales están abiertos al diálogo y conocen en parte la cultura médica de sus pacientes, como por ejemplo, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y la utilización de herbolaria tradicional, entre otras".(13)

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- a. Se concluye que las variables de estudio no son independientes; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar la relación/asociación entre conocimiento sobre interculturalidad y percepción sobre calidad de atención ($p_{value} < ,05$)
- b. El 57.1%(24) del 100%(42) de los profesionales de la salud que laboran en el C.S. San Cristóbal tienen un conocimiento inapropiado sobre interculturalidad.
- c. El 52.4%(22) de los usuarios perciben una mala calidad de atención brindada por el profesional de salud, el cual se caracterizó por una mala percepción por aspectos como la presentación del profesional (54,0%), la comunicación (33,0%), se le llamó por su nombre (27,0%), explicaciones sobre los procedimientos (49,0%), respeto de la intimidad (26,0%), amabilidad (57,0%), entre otros.
- d. Se ha comprobado que las barreras culturales, entendidas como, el desconocimiento del idioma, de la cultura del otro y los prejuicios, han sido factores determinantes para un estancamiento de la mejora del estado de salud de las personas. Además, los profesionales de la salud no han sido formados académicamente en temas de salud intercultural, siendo éste un gran referente.

- e. Se ha comprobado que no existen prejuicios culturales porque la mayoría de los profesionales de la salud han trabajado en el área rural, en donde aprendieron - aunque escasamente- sobre la cultura andina. Por esta razón la mayoría de los profesionales señalaron que no existe mayor contradicción entre las costumbres andinas y el protocolo biomédico, y señalan la necesidad de articular la interculturalidad en el proceso de salud- enfermedad de los usuarios para obtener mejores resultados.
- f. Se ha comprobado que existen relaciones asimétricas entre profesional - paciente, donde prima una relación de "poder", donde el profesional de salud tiene la autoridad para decidir sobre la salud de su paciente. También se ha visto que, en general, los usuarios andinos expresan timidez, inseguridad y temor frente al sistema de salud biomédico actual.
- g. Finalmente damos por comprobada nuestra Hipótesis General: "Existe relación entre el conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios del C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017."

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- a. Las facultades de salud de las universidades del Perú deben de implementar cursos en pre grado vinculados a la cultura de los pueblos, idioma quechua, medicina tradicional, parto vertical, creencias y costumbres. Dicha formación debe ir acompañada de prácticas, pasantías e internados en periferia. Consideramos que es importante que se incorpore, en los establecimientos de salud, una política de respeto a las costumbres de las pacientes indígenas.
- b. De acuerdo a su opinión expresada por los usuarios que hay muchos factores que influyen en la calidad de atención así como el personal en su mayoría no habla ni entiende el quechua, el personal es rotado con frecuencia, la falta de recursos humanos lo cual hace que las horas de espera para la atención sea muy largas e insumos insuficientes para la satisfacción del usuario y mal trato por parte de personal de salud a los usuarios.
- c. Se reconoce que la investigación requiere mayor profundidad para conocer el conocimiento que tienen los profesionales de salud sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención. En este sentido se requiere investigaciones sobre el tema trabajado aplicando estudios cualitativos y cuantitativos ya que en la actualidad existen pocos estudios sobre este tema.

- d. Se sugiere a las DIRESAS Y REDES de salud que el personal de salud debe ser capacitado con frecuencia en temas de interculturalidad para el mayor acercamiento hacia la población con quien trabaja y brindar una mejor calidad de atención. Así mismo el personal de salud debe permanecer laborando en un establecimiento de Salud por un periodo no menor de un año para de esta manera conocer mejor su cultura sus costumbres y crear mayor confianza en el usuario, muchas veces se da el caso de que el personal apenas está terminando de conocer la cultura, las costumbres de una comunidad y ya es rotado a otro establecimiento de salud, razón por el cual no mejoran las coberturas y el usuario de igual manera recién está entrando en confianza y ya no trabaja el personal de salud en ese lugar y hace deserción porque rechaza o tiene temor de consultar con un personal nuevo.
- e. Se sugiere al personal de salud realizar auto capacitaciones sobre temas de medicina tradicional para entablar comunicación directa con el usuario y generar mayor acercamiento.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MEDIALDEA, E., consultora de comunicación de UNICEF TACRO su informe "Los pueblos indígenas en américa latina"(2010)
2. DE LA CRUZ, Cassely "APLICACIÓN DEL ENFOQUE INTERCULTURAL DEL PERSONAL DE SALUD Y CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD ANTA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA (2012)
3. DONABEDIAN, A. "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad", Revista de Salud Pública de México
4. MODULO TÉCNICO DE ATENCIÓN EN SALUD
5. FERNANDEZ Juárez, Gerardo, SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA – PERSPECTIVAS ANTROPOLÓGICAS 1ra Edición Ediciones Abya – Yala, Ecuador.
6. CURO, Orlando y DUEÑAS, Rubén. "NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL HOSPITAL FRENTE A LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFOQUE INTERCULTURAL DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE HUANCVELICA, UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA (2008)"
7. VELA, Gabriela "PERCEPCIÓN DE LA PACIENTE SOBRE LA ATENCIÓN DEL PARTO HUMANIZADO EN EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL DURANTE EL PERIODO MARZO-ABRIL(2015)

8. ALMAGUER, José, VARGAS, Vicente y otros "Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud". México
9. Oyarce, A. Ibacache J y Neira J. 1996. Reflexiones para una Política Intercultural en Salud. Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas 1996.
10. Secretaría de Salud. "El enfoque intercultural: herramientas para apoyar la calidad de los servicios de salud". Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección General Adjunta de Implantación en Sistema de Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo intercultural. México D.F., Julio 2002.
11. MINSA. Norma Técnica "Prevención, contingencia ante el contacto con indígenas en aislamiento voluntario. Lima. 2001
12. LUFT HS, HUNT SS. Evaluar la calidad de un hospital individual a través de las estadísticas de resultados.
13. De GEYNDT W. Gestión de la calidad de la atención de la salud en los países en desarrollo. 1994.
14. Diccionario de la lengua española (DRAE), Real Academia Española. Ed 23.
15. ESPINO, Susana. 1990. Marco Teórico de la Enfermería. Teorías que la sustentan y Modelos de Atención. Federación Argentina de Enfermeras 23^a, octubre de 2014.
16. MINSA. "Calidad del Servicio de Salud desde la Perspectiva de la usuario, Lima - Perú 2000".

17. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2006
18. Salud Sin Límites. Modelo de atención de parto con adecuación intercultural: sistematización de experiencias innovadoras de lucha contra la pobreza rural en la Región Andina. s.c.: Salud Sin Límites; 2004.
19. SALAVERRY, Oswaldo; Rev Perú Med. Exp. Salud Publica.; SIMPOSIO SOBRE INTERCULTURALIDAD EN SALUD (2010).
20. Manual de sensibilización para personal de salud interculturalidad en salud
en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/SSL-intercultural...>

ANEXOS

ANEXO N° 01
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO:	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	MÉTODO Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA
CONOCIMIENTO SOBRE INTERCULTURALIDAD Y LA PERCEPCIÓN SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE SALUD EN LOS USUARIOS – C.S. SAN CRISTÓBAL – HUANCAMELICA, 2017	¿Qué relación existe entre el conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios del C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017?	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar qué relación existe entre conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios del C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar el conocimiento sobre interculturalidad del profesional de salud que brinda atención en el C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017. ✓ Identificar la calidad de atención que brinda el profesional de salud a los usuarios del C.S. San Cristóbal – Huancavelica, 2017. ✓ Establecer la relación entre el Conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud a los usuarios del C.S. San Cristóbal – Huancavelica, 2017. 	<p>HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Existe relación entre el conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios del C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017</p> <p>HIPÓTESIS NULA</p> <p>No existe relación entre el conocimiento sobre interculturalidad y la percepción sobre calidad de atención del profesional de salud en los usuarios del C.S. San Cristóbal- Huancavelica, 2017</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>conocimiento sobre interculturalidad</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Calidad de atención</p>	<p>1. TIPIFICACIÓN DE LA Según el tiempo de estudio es prospectivo Según participación del investigador es observacional; Según la cantidad de medición de variables es transversal Según el tipo de variables a estudiar es analítico;</p> <p>MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN.</p> <p>Descriptivo correlacional</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.</p> <p>Descriptivo de corte transversal correlacional</p> <p style="text-align: center;">Ox</p> <p style="text-align: center;">M</p> <p style="text-align: center;">Oy</p> <p>Dónde:</p> <p>M = Muestra</p> <p>Ox = Conocimiento sobre interculturalidad</p> <p>Oy = Calidad de atención</p> <p>r =Relación entre los datos obtenidos</p>	<p>Población:</p> <p>V1: Personal de salud del C.S. San Cristóbal (población muestral</p> <p>V2: Usuarios que acuden al Centro de Salud San Cristóbal en el I semestre del año 2017</p> <p>La Muestra:</p> <p>V1: Personal de salud del C.S. San Cristóbal (42)</p> <p>V2: La Unidad de Análisis será constituido por: Usuarios que acuden al Centro de Salud San Cristóbal</p>

ANEXO N° 02

GUÍA DE ENCUESTA APLICADO AL PERSONAL DE SALUD

CUESTIONARIO AL PERSONAL QUE LABORA EN EL C.S. SAN CRISTÓBAL SOBRE INTERCULTURALIDAD

Buenos días estamos haciendo un estudio con el personal de salud para identificar los conocimientos sobre interculturalidad. Esta encuesta es anónima y sus respuestas son confidenciales, así que le agradecemos ser lo más sincero posible. Llene los espacios en blanco y marque con un aspa la alternativa que crea más conveniente, califique como: nunca, a veces, casi siempre, siempre.

Fecha de la encuesta:de..... del 2017

Persona que respondió la encuesta:

Edad:.....

Sexo: M () F ()

Grado de instrucción:

Condición del usuario: SIS:() Particular: () Nuevo: () Continuator:()

Profesional que lo atendió:

- Médico: ()
- Odontólogo: ()
- Obstetra: ()
- Enfermera: ()
- Psicólogo ()

PREGUNTAS	NUNC A	A VECE S	CASI SIEMP RE	SIEMPR E
RESPE TO				
1. ¿Ud. Al brindar atención al usuario lo saluda, llama por su nombre, respeta su privacidad?				
2. ¿Conoce los derechos del usuario?				
3. ¿Ud. Trata amablemente al usuario? Leguaje verbal, corporal, gestual.				
4. ¿Conoce las creencias y costumbres de la zona donde usted trabaja? ¿Cuáles?				
5. ¿Escucha respetuosamente lo que le manifiesta el usuario según su percepción en el proceso de salud enfermedad?				
COMPRESIÓN MUTUA				
6. ¿Entiende el idioma de la zona?				

7. No es necesario hacer uso de un intérprete para poder entender al usuario				
8. Ud. Se expresa en el idioma predominante de la zona, para poder llevar a cabo un dialogo con el usuario.				
9. ¿Al entrar en dialogo con el usuario utiliza recursos comunicativos(verbal, no verbal, para verbal)				
10. Los recursos comunicativos que utiliza son apropiados a la zona.				
11. Ud. Conoce las costumbres de los usuarios en el proceso salud enfermedad.				
12. Ud. comprende y respeta las costumbres de los usuarios.				
13. Ud. Como personal de salud acepta y comprende la diversidad de la cultura				
14. Explica sobre el estado de salud de forma sencilla y comprensible al usuario				
15. Ud. Comprueba si el usuario entendió la explicación sobre su estado de salud				
DIALOGO HORIZONTAL				
16. Ud. Entiende la explicación sobre las creencias del proceso de salud Enfermedad del usuario				
17. Ud. Al conocer las costumbres de los usuarios, siente que se enriquece de conocimientos por parte de ellos.				
18. Ud. Tiene la capacidad y disposición de comprender e incorporar los saberes, conocimientos planteados por el usuario.				
SINERGISMO				
19. Ud. Incorpora los conocimientos tradicionales de los usuarios en el proceso recuperación.				
20. ¿Ud. Rechaza la visión que tiene el usuario sobre los conocimientos de salud enfermedad.				
21. Ud. considera preciso identificar los recursos existentes en el territorio, las redes de apoyo sociales y comunitarias de las personas, explorando también los factores de riesgo y protectores.				
22. Ud. Como personal de salud; trabaja con curandero, partera, hierbera etc. Cuando el usuario o familia lo solicita				

23. Siente Ud. Que imponen los conocimientos sobre la de las del usuario.				
24. Durante la comunicación que tiene Ud. Como el usuario logra las relaciones de confianza.				
25. El usuario al estar con Ud. tiene la libertad de expresar sin miedo?				
26. El usuario al estar con Ud. Opina ante las decisiones que usted.				

ANEXO N° 03

**GUÍA DE ENCUESTA APLICADO A LOS USUARIOS DEL C.S. SAN
CRISTÓBAL**

**CUESTIONARIO A LOS USUARIOS DEL C.S. SAN CRISTÓBAL
SOBRE CALIDAD DE ATENCIÓN**

Buenos días estamos haciendo un estudio con los usuarios para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre el servicio que se le brinda aquí. Esta encuesta es anónima y sus respuestas son confidenciales, así que le agradecemos ser lo más sincero posible. Llene los espacios en blanco y marque con un aspa la alternativa que crea más conveniente, califique como: nunca, a veces, casi siempre, siempre.

Fecha de la encuesta:de..... del 2017

Persona que respondió la encuesta: Paciente:() Familiar: ()

Edad:.....

Sexo: M () F ()

Grado de instrucción:

Condición del usuario: SIS:() Particular: () Nuevo: () Continuator:()

Profesional que lo atendió:

- Médico: ()
- Odontólogo: ()
- Obstetra: ()
- Enfermera: ()

PREGUNTAS	NUN CA	A VECE S	CASI SIEMP RE	SIEMP RE
INTERPERSONAL				
1. 1. Durante su permanencia en el establecimiento el Personal le brindó un trato cordial y amable.				
2. El personal de salud respeta el orden de llegada de los Pacientes				
3. El personal le brinda confianza para expresar su problema				
4. El personal de salud muestra interés cuando usted le consulta sobre su problema				

5. Usted ha entendido la explicación del personal de salud sobre su problema de salud o enfermedad por el cual acudió al centro de salud				
6. El personal médico lo trató con amabilidad y respeto				
7. El personal de odontología lo trató con amabilidad y respeto				
8. El personal de enfermería lo atendió con amabilidad y respeto				
9. El personal de obstetricia lo trató con amabilidad y respeto				
10. El personal de admisión lo atendió con amabilidad y respeto				
11. El personal de farmacia lo atendió con amabilidad y respeto				
12. El personal de SIS lo atendió con amabilidad y respeto				
13. El personal de vigilancia lo atendió con amabilidad y respeto				
TÉCNICA				
14. El personal que le atendió le explico sobre el examen que le iba a realizar				
15. El personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cuál es su problema de salud o resultado de la consulta?.				
16. Usted a entendido la explicación del médico sobre los medicamentos que recibirá (número de veces que tomará en el día, el número de días que recibirá y los posibles efectos colaterales del medicamento)				
17. El personal que le atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa				
18. El tiempo de espera para su atención en el área de admisión(lugar donde obtuvo su ficha de atención o historia clínica) fue corto				
19. El tiempo de espera para su atención por el médico fue corto				

20. El tiempo de espera para su atención en el área de Crecimiento y desarrollo/ vacunación fue corto				
21. El tiempo de espera para su atención en el área de obstetricia fue corto				
22. El tiempo de espera para la atención por el odontólogo fue corto				
23. El tiempo de espera para la atención en farmacia fue corto				
24. El tiempo de su consulta es suficiente				
25. Durante su atención se respetó su privacidad				
INFRAESTRUCTURA Y ENTORNO				
26. El personal se encuentra correctamente uniformado y Limpio				
27. La sala de espera está limpia				
28. El consultorio está limpio y ordenado.				
29. El consultorio está bien iluminado				
30. Los baños están limpios permanentemente				
31. Le otorgan en farmacia todos los medicamentos recetados por el médico tratante				
32. Le parecieron cómodos los ambientes del establecimiento				
33. El centro de salud muestra en un lugar visible para conocimiento de los pacientes y familiares los horarios de atención de los servicios que brinda				
34. Los letreros y carteles que tiene el puesto de salud para informar y orientar a los pacientes y familiares son claros y se entienden				

ANEXO N° 04

**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE
EXPERTOS**

**JUICIO DE EXPERTOS DE CONOCIMIENTOS SOBRE
INTERCULTURALIDAD**

ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO

APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICION

APELLIDOS Y NOMBRES:..... ARAUJO..... ARAUJO..... EDUARDO
PROFESION:..... LIC. EN F.
GRADO ACADEMICO:..... LIC. EN F.
CENTRO DE TRABAJO:..... C.S. SANTA ANA.....
TIEMPO DE SERVICIO:..... C.A.E.D.....
ASPECTOS A CONSIDERAR:

- 1. El instrumento tiene una estructura lógica SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
2. La secuencia de presentación de ítems es óptima SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
3. El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
4. Los términos utilizados en las preguntas, son claras y comprensibles
SI () NO ()
Si es NO porque.....
5. Los reactivos refleja el problema de investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación SI (X)
NO ()
Si es NO porque.....
7. Los ítems permiten medir el problema de investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
8. Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la
investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
9. El instrumento abarca la variable, sub variables e indicadores SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
10. Los ítems permite contrastar la hipótesis SI (X) NO ()
Si es NO porque.....

SUGERENCIAS:.....
.....
.....

FECHA 6.15.17

[Signature]
Edwin Arce Araujo Araujo
LIC. EN FISIOTERAPIA
C.P. 46250

ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO

APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICION

APELLIDOS Y NOMBRES: Hilaria Quiñone Ruguel
PROFESION: Obstetra
GRADO ACADEMICO: Estudios de maestría en Gerencia en Salud
CENTRO DE TRABAJO: C.S. Santo Ana
TIEMPO DE SERVICIO: 1 años
ASPECTOS A CONSIDERAR:

1. El instrumento tiene una estructura lógica SI () NO ()
Si es NO porque.....
2. La secuencia de presentación de ítems es óptima SI () NO ()
Si es NO porque.....
3. El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable SI () NO ()
Si es NO porque.....
4. Los términos utilizados en las preguntas, son claras y comprensibles
SI () NO ()
Si es NO porque.....
5. Los reactivos refleja el problema de investigación SI () NO ()
Si es NO porque.....
6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación SI ()
NO ()
Si es NO porque.....
7. Los ítems permiten medir el problema de investigación SI () NO ()
Si es NO porque.....
8. Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación SI () NO ()
Si es NO porque.....
9. El instrumento abarca la variable, sub variables e indicadores SI () NO ()
Si es NO porque.....
10. Los ítems permite contrastar la hipótesis SI () NO ()
Si es NO porque.....

SUGERENCIAS:.....
.....
.....

FECHA 20/05/2017


Hilaria Quiñone Ruguel
OBSTETRA
COP 28582

ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO

APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICION

APELLIDOS Y NOMBRES: Alfonso Quispe Rubio
PROFESION: Lic. En enfermeria
GRADO ACADEMICO: Lic. En enfermeria
CENTRO DE TRABAJO: C.S. Sta Ana
TIEMPO DE SERVICIO: 24 años

ASPECTOS A CONSIDERAR:

- 1. El instrumento tiene una estructura logica SI (X) NO ()
2. La secuencia de presentacion de items es optima SI (X) NO ()
3. El grado de dificultad o complejidad de los items es aceptable SI (X) NO ()
4. Los terminos utilizados en las preguntas, son claras y comprensibles SI (X) NO ()
5. Los reactivos refleja el problema de investigacion SI (X) NO ()
6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigacion SI (X) NO ()
7. Los items permiten medir el problema de investigacion SI (X) NO ()
8. Los reactivos permiten recoger informacion para alcanzar los objetivos de la investigacion SI (X) NO ()
9. El instrumento abarca la variable, sub variables e indicadores SI (X) NO ()
10. Los items permite contrastar la hipotesis SI (X) NO ()

SUGERENCIAS:

Signature of Alfonso Quispe Rubio
Lic. EN ENFERMERIA
C.E.P. 13862

FECHA 15/05/17

ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO


APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICION

APELLIDOS Y NOMBRES: Huayllani Retamozo Herlinda
PROFESION: Mg. en Sa. Lic. en Enfermería
GRADO ACADEMICO: Magister en Salud pública
CENTRO DE TRABAJO: C.S. San Cristobal
TIEMPO DE SERVICIO: 9 años
ASPECTOS A CONSIDERAR:

- 1. El instrumento tiene una estructura lógica SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
- 2. La secuencia de presentación de ítems es óptima SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
- 3. El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
- 4. Los términos utilizados en las preguntas, son claras y comprensibles
SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
- 5. Los reactivos refleja el problema de investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
- 6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación SI (X)
NO ()
Si es NO porque.....
- 7. Los ítems permiten medir el problema de investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
- 8. Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
- 9. El instrumento abarca la variable, sub variables e indicadores SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
- 10. Los ítems permite contrastar la hipótesis SI (X) NO ()
Si es NO porque.....

SUGERENCIAS:.....
.....
.....

FECHA 18/05/17


.....
Herlinda Huayllani Retamozo
LIC ENFERMERIA
CEP 45529

ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO

APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICION

APELLIDOS Y NOMBRES: Huaman Cunya Cynthia
PROFESION: Lic. Enfermeria
GRADO ACADEMICO: Ma en Salud Publica
CENTRO DE TRABAJO: Red de Salud Huancavelica
TIEMPO DE SERVICIO: 07 años

ASPECTOS A CONSIDERAR:

- 1. El instrumento tiene una estructura logica SI (X) NO ()
2. La secuencia de presentacion de items es optima SI (X) NO ()
3. El grado de dificultad o complejidad de los items es aceptable SI (X) NO ()
4. Los terminos utilizados en las preguntas, son claras y comprensibles SI (X) NO ()
5. Los reactivos refleja el problema de investigacion SI (X) NO ()
6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigacion SI (X) NO ()
7. Los items permiten medir el problema de investigacion SI (X) NO ()
8. Los reactivos permiten recoger informacion para alcanzar los objetivos de la investigacion SI (X) NO ()
9. El instrumento abarca la variable, sub variables e indicadores SI (X) NO ()
10. Los items permite contrastar la hipotesis SI (X) NO ()

SUGERENCIAS:
.....
.....

FECHA 10/05/17

GOBIERNO REGIONAL HUANCABELICA
RED DE SALUD
Cynthia Huaman Cunya
LIC EN ENFERMERIA
CEP-83767

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE CALIDAD DE ATENCION

ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO

APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICION

APELLIDOS Y NOMBRES: Atalaya Sanchez Romeli E.
PROFESION: Obstetra
GRADO ACADEMICO: Estudios de Maestria en Salud Publica
CENTRO DE TRABAJO: C.S. Santa Ana
TIEMPO DE SERVICIO: 20 años
ASPECTOS A CONSIDERAR:

1. El instrumento tiene una estructura lógica SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
 2. La secuencia de presentación de ítems es óptima SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
 3. El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
 4. Los términos utilizados en las preguntas, son claras y comprensibles
SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
 5. Los reactivos refleja el problema de investigación SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
 6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación SI (✓)
NO ()
Si es NO porque.....
 7. Los ítems permiten medir el problema de investigación SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
 8. Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
 9. El instrumento abarca la variable, sub variables e indicadores SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
 10. Los ítems permite contrastar la hipótesis SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
- SUGERENCIAS:.....
.....
.....

FECHA 05/06/2017



[Handwritten signature]

ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO

APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICION

APELLIDOS Y NOMBRES: Tacca Zarate Hugo
PROFESION: Lic. Nutricion
GRADO ACADEMICO: Estudios de Maestría en Salud Publica
CENTRO DE TRABAJO: C.S. Santa Ana
TIEMPO DE SERVICIO: 12 años
ASPECTOS A CONSIDERAR:

- 1. El instrumento tiene una estructura lógica SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
 - 2. La secuencia de presentación de ítems es óptima SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
 - 3. El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
 - 4. Los términos utilizados en las preguntas, son claras y comprensibles
SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
 - 5. Los reactivos refleja el problema de investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
 - 6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación SI (X)
NO ()
Si es NO porque.....
 - 7. Los ítems permiten medir el problema de investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
 - 8. Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
 - 9. El instrumento abarca la variable, sub variables e indicadores SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
 - 10. Los ítems permite contrastar la hipótesis SI (X) NO ()
Si es NO porque.....
- SUGERENCIAS:.....
.....
.....

FECHA 26/05/2017


LIC. HUGO TACCA ZARATE
NUTRICIONISTA
C.N.P. 5553

ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO

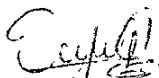
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICION

APELLIDOS Y NOMBRES: Urbina Quinto Sivía
PROFESION: Obstetra
GRADO ACADÉMICO: Estudios de maestría en Salud Pública
CENTRO DE TRABAJO: C.S. Ccosopata
TIEMPO DE SERVICIO: 5 años
ASPECTOS A CONSIDERAR:

1. El instrumento tiene una estructura lógica SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
2. La secuencia de presentación de ítems es óptima SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
3. El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
4. Los términos utilizados en las preguntas, son claras y comprensibles
SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
5. Los reactivos refleja el problema de investigación SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación SI (✓)
NO ()
Si es NO porque.....
7. Los ítems permiten medir el problema de investigación SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
8. Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
9. El instrumento abarca la variable, sub variables e indicadores SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....
10. Los ítems permite contrastar la hipótesis SI (✓) NO ()
Si es NO porque.....

SUGERENCIAS:.....
.....
.....

FECHA 12/06/2017


Sivía E. Urbina Quinto
OBSTETRA
C.O.P. 29732

ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO

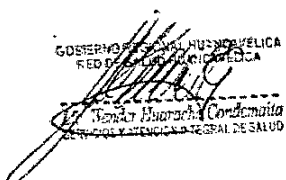
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICION

APELLIDOS Y NOMBRES: Huaracha Condemaita Wender
PROFESION: Lic. Nutricion
GRADO ACADEMICO: Dg. Salud Publica - Dg. Gerencia en Salud
CENTRO DE TRABAJO: Red de Salud Huancavelica
TIEMPO DE SERVICIO: 12 años
ASPECTOS A CONSIDERAR:

1. El instrumento tiene una estructura lógica SI () NO ()
Si es NO porque.....
2. La secuencia de presentación de ítems es óptima SI () NO ()
Si es NO porque.....
3. El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable SI () NO ()
Si es NO porque.....
4. Los términos utilizados en las preguntas, son claras y comprensibles
SI () NO ()
Si es NO porque.....
5. Los reactivos refleja el problema de investigación SI () NO ()
Si es NO porque.....
6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación SI ()
NO ()
Si es NO porque.....
7. Los ítems permiten medir el problema de investigación SI () NO ()
Si es NO porque.....
8. Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación SI () NO ()
Si es NO porque.....
9. El instrumento abarca la variable, sub variables e indicadores SI () NO ()
Si es NO porque.....
10. Los ítems permite contrastar la hipótesis SI () NO ()
Si es NO porque.....

SUGERENCIAS:.....
.....
.....

FECHA 24/05/2017


GOBIERNO REGIONAL HUANCVELICA
FEDERACION MEDICA
Wender Huaracha Condemaita
GERENTE GENERAL DE SALUD

ESCALA DE OPINION DEL EXPERTO

APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICION

APELLIDOS Y NOMBRES: Enriquez Meza Edgar Toño
PROFESION: Lic. Enfermería
GRADO ACADÉMICO: Mg. en Gerencia en Salud
CENTRO DE TRABAJO: Red de Salud Huenocondica
TIEMPO DE SERVICIO: 7 años
ASPECTOS A CONSIDERAR:

- 1. El instrumento tiene una estructura lógica SI (X) NO ()
Si es NO porque...
2. La secuencia de presentación de ítems es óptima SI (X) NO ()
Si es NO porque...
3. El grado de dificultad o complejidad de los ítems es aceptable SI (X) NO ()
Si es NO porque...
4. Los términos utilizados en las preguntas, son claras y comprensibles SI (X) NO ()
Si es NO porque...
5. Los reactivos refleja el problema de investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque...
6. El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque...
7. Los ítems permiten medir el problema de investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque...
8. Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación SI (X) NO ()
Si es NO porque...
9. El instrumento abarca la variable, sub variables e indicadores SI (X) NO ()
Si es NO porque...
10. Los ítems permite contrastar la hipótesis SI (X) NO ()
Si es NO porque...
SUGERENCIAS:

FECHA 22/05/2017

Edgar Toño Enriquez Meza
LICENCIATURA EN ENFERMERIA
C.E.P. N° 63664

ANEXO 05

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN CON ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD

**DETERMINANDO VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN
DE DATOS**

Para la validez se solicitó la opinión de los jueces expertos, además se aplicó la fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems de los resultados de la prueba piloto.

Estadísticas de total de elemento				
	<i>Media de escala si el elemento se ha suprimido</i>	<i>Varianza de escala si el elemento se ha suprimido</i>	<i>Correlación total de elementos corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido</i>
Items 1	66,6000	143,516	,354	,903
Items 2	66,8000	141,432	,487	,901
Items 3	67,0000	135,053	,718	,896
Items 4	66,6500	147,292	,074	,907
Items 5	67,0000	131,263	,707	,896
Items 6	67,4000	128,147	,790	,893
Items 7	67,5000	135,421	,538	,900
Items 8	67,6500	130,029	,576	,899
Items 9	67,5500	138,366	,384	,903
Items 10	68,2000	139,642	,437	,902
Items 11	67,5000	131,105	,782	,894
Items 12	66,9000	131,568	,791	,894
Items 13	66,8000	142,695	,279	,905
Items 14	66,9500	137,418	,560	,899
Items 15	67,5000	134,368	,669	,897
Items 16	67,2000	135,432	,661	,897
Items 17	66,7000	146,747	,080	,908
Items 18	66,5000	142,789	,346	,903
Items 19	67,4000	139,095	,522	,900

<i>Items</i> 20	68,8000	145,958	,284	,904
<i>Items</i> 21	66,9000	133,989	,626	,898
<i>Items</i> 22	68,4500	143,208	,256	,905
<i>Items</i> 23	68,8000	146,168	,198	,905
<i>Items</i> 24	67,0500	134,471	,620	,898
<i>Items</i> 25	67,1500	140,029	,364	,903
<i>Items</i> 26	67,0500	138,997	,438	,902

Si $r > 0,20$ el instrumento es válido por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems.

LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (**Cuestionario sobre atención con enfoque de interculturalidad**) se establece por medio del método del Índice de Consistencia Interna **Alfa de Cronbach**.

Formula de Alfa de Cronbach.

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Donde:

k : Es el número de ítems de la prueba = 26

S_i² : Es la varianza de los ítems (desde 1...i) = 19,463

S_{s_{um}}² : Es la varianza de la prueba total = 148,947

El número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems.

Remplazando valores:

$$\text{alfa} = \frac{26}{25} \left[1 - \frac{19,463}{148,947} \right]$$

$$\text{alfa} = 0,904$$



Muy	Baja	Baja	Regular	Aceptable	Elevada
	<i>0% de confiabilidad</i>			<i>100% de</i>	
	<i>En la medición</i>			<i>confiabilidad</i>	
	<i>(La medición está</i>			<i>en la medición</i>	
	<i>Contaminada de error)</i>			<i>(no hay error)</i>	

El coeficiente de confiabilidad *índice de consistencia interna alfa de cronbach* = 0,904 (90%); indica una aceptable confiabilidad, pues supera el 60% (*Hernández S., 2014*).

MATRIZ DE DATOS PARA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN CON ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD																												
Casos	Items																										Total	
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26		
1	4	3	3	4	2	2	2	1	1	1	2	3	4	4	1	3	4	3	2	1	3	2	1	3	3	3	--	
2	4	2	2	4	2	1	1	1	1	1	2	3	4	3	1	2	2	4	3	1	3	1	1	2	4	4	--	
3	4	3	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	2	4	3	1	1	1	1	1	4	2	3	--	
4	3	3	2	4	2	2	2	1	1	1	2	3	3	4	3	3	4	4	2	1	3	2	1	2	3	2	--	
5	4	3	3	4	2	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	4	3	1	4	2	1	3	3	3	--	
6	3	3	3	4	4	4	3	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	3	1	4	4	1	4	4	4	--	
7	4	3	4	4	4	4	3	1	3	2	4	4	3	4	4	4	4	4	2	1	4	1	1	4	4	4	--	
8	3	3	4	3	4	4	1	4	1	1	4	4	4	4	3	4	4	3	3	1	4	1	1	4	2	3	--	
9	3	3	3	3	4	2	3	4	3	3	3	3	3	3	2	4	4	4	3	1	3	2	1	3	2	4	--	
10	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	3	2	1	1	1	1	1	2	2	40	
11	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	2	3	1	3	4	4	4	90	
12	3	3	3	3	2	2	2	1	4	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3	1	2	1	2	2	2	2	60	
13	4	4	4	3	3	3	2	2	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	1	2	76	
14	3	4	3	2	2	4	4	3	3	2	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	4	2	2	2	2	2	69	
15	4	4	4	3	3	3	3	2	3	3	3	4	3	3	3	3	2	4	3	2	2	1	1	3	3	3	75	
16	3	4	3	2	4	2	4	1	3	2	2	4	2	3	2	3	2	4	1	1	4	2	1	2	2	1	64	
17	3	3	3	3	4	2	3	3	3	1	2	3	4	3	2	2	4	4	3	1	3	1	1	2	3	4	70	
18	3	3	3	3	4	2	3	2	3	1	1	3	4	2	3	3	3	3	3	1	4	1	1	4	4	3	70	
19	4	4	3	3	4	3	3	4	4	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	1	4	1	1	4	4	3	80	
20	3	3	3	4	3	2	2	4	3	1	3	3	2	2	2	2	3	4	3	1	3	1	1	3	3	3	67	
Var. Items	0.36	0.38	0.63	0.45	1.05	1.2	1	1.71	1.1	0.69	0.89	0.83	0.69	0.68	0.79	0.69	0.64	0.47	0.57	0.17	0.94	0.68	0.27	0.89	0.87	0.79	148.95	Var. Total

Var. Items 19.463

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

alfa	0.90410183
<i>n° items(K)</i>	26
<i>N° items - 1(K-1)</i>	25
	1
<i>Var_items</i>	19.4631
<i>Var_total</i>	148.95

ANEXO N° 06

**VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA PERCEPCIÓN DEL USUARIO**

MINANDO VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La validez se solicitó la opinión de los jueces expertos, además se aplicó la fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems de los resultados de la prueba piloto.

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ms1	83,1500	141,397	,516	,882
ms2	83,1500	142,029	,480	,883
ms3	83,2500	143,039	,501	,883
ms4	83,1000	141,358	,574	,882
ms5	82,9000	147,674	,084	,893
ms6	82,8500	144,871	,285	,887
ms7	83,8500	149,818	,040	,891
ms8	84,1500	144,766	,290	,887
ms9	82,6500	150,871	-,018	,892
ms10	83,6000	146,779	,381	,885
ms11	83,9000	146,411	,257	,887
ms12	83,5000	146,579	,309	,886
ms13	81,9000	156,621	-,322	,897
ms14	84,0000	147,789	,131	,890
ms15	83,5500	141,208	,470	,883
ms16	83,2000	143,221	,474	,883
ms17	83,5000	134,368	,804	,876
ms18	83,7000	148,116	,174	,888
ms19	83,7000	149,589	,049	,891
ms20	83,4500	142,682	,485	,883
ms21	83,8000	141,958	,408	,884
ms22	83,8500	138,450	,690	,879
ms23	83,9000	138,200	,584	,881
ms24	84,0000	141,368	,506	,883
ms25	83,9000	140,726	,458	,883
Items26	83,8000	140,063	,466	,883
Items27	82,9500	136,576	,718	,878
Items28	82,5000	138,368	,647	,880
Items29	82,4000	137,516	,597	,880
Items30	82,3500	144,029	,478	,884

Items31	82,3000	139,379	,781	,879
Items32	82,2000	145,116	,509	,884
Items33	82,4000	142,568	,468	,883
Items34	82,7500	139,987	,564	,881

Si $r > 0,20$ el instrumento es válido por lo tanto este instrumento es válido en cada uno de los ítems.

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (**Cuestionario sobre calidad de atención**) se establece por medio del método del Índice de Consistencia Interna **Alfa de Cronbach**.

Formula de Alfa de Cronbach.

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Donde:

k : Es el número de ítems de la prueba = 34

S_i² : Es la varianza de los ítems (desde 1...i) = 20,64

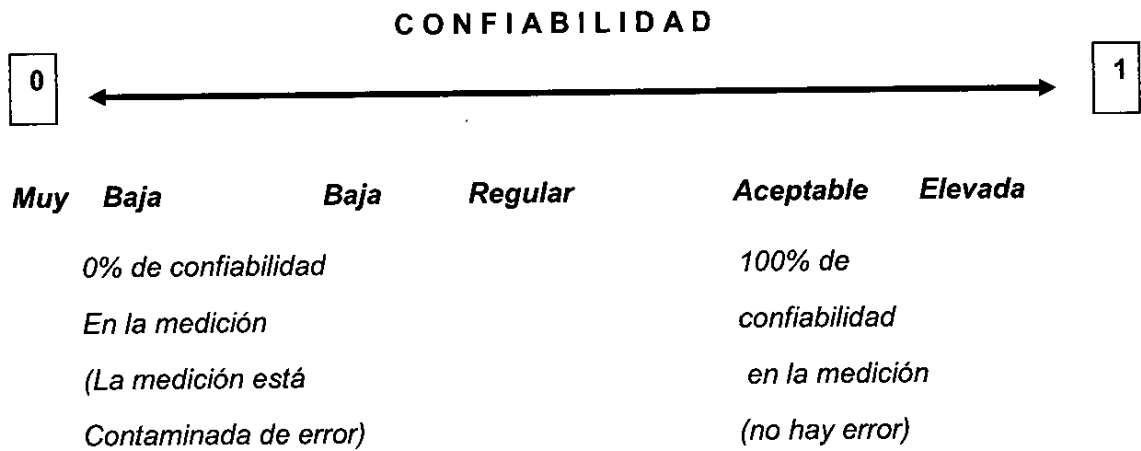
S_{s²um} : Es la varianza de la prueba total = 151,1

El número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems.

Remplazando valores:

$$\text{alfa} = \frac{37}{36} \left[1 - \frac{20,64}{151,1} \right]$$

$$\text{alfa} = 0,887$$



El coeficiente de confiabilidad *índice de consistencia interna alfa de cronbach* = 0,887 (88%); indica una aceptable confiabilidad, pues supera el 60% (Hernández S., 2014).

MATRIZ DE DATOS PARA VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
(calidad de atención desde la percepción del paciente)

Casos	CALIDAD DE ATENCIÓN DESDE LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE																																		Total		
	Items																																				
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p21	p22	p23	p24	p25	p26	p27	p28	p29	p30	p31	p32	p33	p34			
1	3	3	3	2	2	1	1	1	3	2	2	2	3	2	2	3	3	1	3	2	1	2	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	99
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	58	
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	58	
4	2	3	2	3	3	1	1	1	1	1	2	2	3	1	2	3	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	52	
5	3	3	3	3	2	2	1	1	1	1	3	3	3	1	1	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	32	
6	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	1	1	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	36	
7	4	2	3	2	1	3	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	103	
8	3	1	2	3	1	3	3	2	3	1	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	34	
9	2	3	3	3	2	4	3	4	3	2	2	2	1	3	3	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	33	
10	2	2	2	2	3	3	1	1	3	2	2	2	3	1	2	2	1	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	3	1	3	4	3	3	3	3	39	
11	3	3	2	2	2	1	1	3	2	2	2	2	3	1	2	2	1	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	34	
12	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	77	
13	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	59	
14	3	3	3	3	3	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	80	
15	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	91	
16	2	3	2	3	4	3	1	1	3	2	1	1	1	1	2	3	3	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	38	
17	2	3	2	3	4	3	1	1	3	2	1	1	1	1	2	3	3	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	101	
18	2	3	2	3	4	3	1	1	3	2	1	1	1	1	2	3	3	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	100	
19	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	50	
20	2	2	2	2	3	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	75	
Var. Items	0.56	0.56	0.41	0.46	1.2	0.66	0.56	0.56	0.56	0.2	0.46	0.32	0.57	0.68	0.68	0.43	0.74	0.38	0.59	0.47	0.75	0.56	0.78	0.58	0.78	0.85	0.68	0.58	0.83	0.34	0.38	0.22	0.52	0.62	151.11	Var. Total	
Var. Items																																			20.637		

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

alfa	0.8873851
<i>n° ítems(K)</i>	34
<i>N° ítems - 1(K-1)</i>	33
	1
<i>Var_items</i>	20.64
<i>Var_total</i>	151.10

ANEXO N° 07

**PERMISO SOLICITADO AL JEFE DEL C.S. SAN CRISTÓBAL PARA
EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

SOLICITO: REALIZAR APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.

SEÑORA JEFA DEL CENTRO DE SALUD SAN CRISTOBAL HUANCVELICA.

S.D.

**Yo, Pisco Lapa Celestina, identificado con DNI 23275304
Domiciliada en Av. Santos villa N°833 del distrito de ascensión
De la provincia, Departamento de Huancavelica. Con el debido
Respeto me presento y expongo:**

**Que, Teniendo que realizar la aplicación del instrumento de investigación de conocimiento interculturalidad y calidad de atención del profesional de salud al personal de salud en el centro de salud San Cristóbal - Huancavelica.
Por lo tanto solicito a su despacho ordenar a su personal de Salud para realizar las encuestas.**

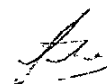
POR LO TANTO.

Ruego a Ud. Señora Jefa Del Centro De Salud San Cristóbal se sirva acceder a mi petición por ser justa.



Pisco Lapa Celestina

DNI. 23275304

Recibido
20/4/12
Laura S. Z. A. M.


ANEXO N° 08

FOTOGRAFÍAS DE LA APLICACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS A LOS
USUARIOS

