

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Enfermería

**"APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD EN LA
CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA DEL C.S. SAN
FRANCISCO 2009"**

TESIS

Presentada por:

Bach. Adaliz Coaquera Mayta

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA - PERÚ

2009

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Enfermería

APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD EN LA CALIDAD

DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE

ENFERMERÍA DEL C. S. SAN

FRANCISCO 2009

TESIS

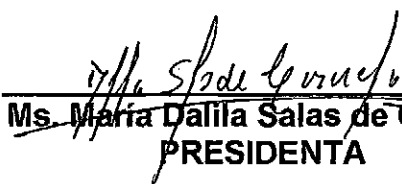
Presentado por:

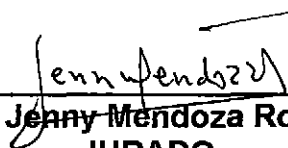
BACH. Enf. ADALIZ COAQUERA MAYTA

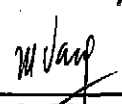
Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobada por _____ ante el siguiente jurado:


Ms. María Dalila Salas de Cornejo
PRESIDENTA


Lic. Jenny Mendoza Rosado
JURADO


Mgr. María Vargas Salcedo
JURADO


Enf. Yolanda Torres Chávez
ASESORA

DEDICATORIA:

A mi Madre Luzmila

Por su apoyo incondicional, gracias a ella soy una profesional.

A mi hermana Milena

Por su apoyo y paciencia en todo momento.

A mi hija Luciana

La razón de mi existir y continuar día a día.

A mi esposo Christiam

Por su amor, paciencia y colaboración en mi tesis.

AGRADECIMIENTOS:

A cada una de las personas que con su conocimiento y experiencia, me apoyaron para la elaboración y a mejorar la presente tesis, y por su constante motivación.

ÍNDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I: DEL PROBLEMA

- | | | |
|----|---------------|---|
| 1. | Introducción | 1 |
| 2. | Marco Teórico | 7 |

CAPITULO II: DE LA METODOLOGÍA

- | | | |
|----|--------------------|----|
| 1. | Material y métodos | 52 |
|----|--------------------|----|

CAPITULO III: RESULTADOS

- | | | |
|----|--------------------------------|----|
| 1. | Presentación de los Resultados | 58 |
| 2. | Discusión | 71 |
| 3. | Conclusiones | 76 |
| 4. | Recomendaciones | 78 |
| 5. | Referencias Bibliográficas | 80 |

ANEXOS	83
--------	----

RESUMEN

La presente investigación se basa en un estudio descriptivo de tipo correlacional y transversal que busca determinar la aplicación del enfoque intercultural en la calidad de atención del profesional de Enfermería del Centro de Salud "San Francisco"; del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa. Se aplicaron 17 encuestas anónimas a igual número de profesionales de Enfermería y a 100 usuarios(as) de dicho Centro de Salud. La investigación se realizó entre los meses de abril, mayo y junio del presente año. El estudio permitió determinar que la mayoría de las(os) profesionales de Enfermería (70,59%) aplican de manera regular o media el enfoque intercultural cuando atienden a los usuarios(as). Por otro lado, sólo el 5,88% de las(os) profesionales de Enfermería presentan un grado alto en la aplicación del enfoque intercultural. Por otra parte, el 51,0% de las(os) usuarias(os) perciben un nivel bajo de satisfacción con la atención recibida por las(os) profesionales de Enfermería, y un 33,0% se encuentra en el nivel medio en la calidad de atención del Centro de Salud "San Francisco" del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa – Tacna.

ABSTRACT

Present bases himself on the investigation an it descriptive studio type correlacional transversal that he seeks and determine the focus' intercultural in quality application it attention an it professional's it Infirmary Center it Health District Gregorio Albarracín Lanchipa "San Francisco";. They applied themselves 17 anonymous surveys off same pro nr. from Infirmary to 100 users said Center Health. The investigation took place amid the it months April, it May year and June at the moment. The studio permitted determine of most them pro of Infirmary (70, 59%) that they apply or mediates focus intercultural when they attend the users way regular. On the other hand unaccompanied 5, 88% of them (yourselves) pro they check Infirmary a tall degree in the focus' intercultural application. Alternatively 51, 0% of them users perceive I bring down a par satisfaction with attention gotten by them pro he finds herself Infirmary, and 33, 0% in par I mediate in it quality it attention it Center it Health District Gregorio Albarracín Lanchipa "San Francisco" – Tacna.

CAPÍTULO I

DEL PROBLEMA

1. INTRODUCCIÓN

La gestión de la salud con enfoque intercultural puede ser interpretada de distintas maneras según las posiciones que se asuman, algunas veces se le maneja como una herramienta útil en los procesos de cambio en la salud comunitaria; en otros momentos, resulta un reconocimiento de dominio y sojuzgamiento de la cultura médica dominante ante los saberes populares subordinados. Desde nuestra posición teórica, la interculturalidad debe ser entendida como un proceso, dado que involucra las interrelaciones equitativas y respetuosas de las diferencias económicas y sociales, pero sobre todo de aquellas diferencias culturales, en donde la salud y la enfermedad, la muerte y el accidente ocupan un lugar preponderante. En este sentido, las concepciones indígenas (quechua-aymara) entorno a la salud y la enfermedad, así como las prácticas populares de atención y su

relación conflictiva y contradictoria con la medicina occidental son objeto de nuestra orientación intercultural en materia de salud.

Si ubicamos la interculturalidad en salud como un proceso que acontece entre usuarios y salubristas en zonas indígenas o con fuerte presencia nativa nos obliga a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de las relaciones negativas entre centro de salud - usuarios, entre conocimientos, prácticas institucionales y populares de atención. Por ello, la capacitación como una estrategia para el mejoramiento técnico y humano del personal de salud implica un ejercicio de profesionalización que debe reconocer y calificar el trabajo sanitario, a los(as) usuarios(as), los grupos sociales y las acciones que desarrollan.

Entre las razones y los motivos del por qué es necesaria modificar las conductas del personal de salud en contexto cultural indígena sobresalen: a) El conocimiento técnico de la salud-enfermedad generalmente ignora el contexto sociocultural de la población indígena; b) El personal de salud que trabaja en zonas indígenas generalmente desconoce la conceptualización local del proceso salud-enfermedad así como de sus prácticas de atención;

c) La falta de comunicación, empatía y confianza en la relación enfermera-paciente en zonas indígenas es más común de lo que suponemos; d) El personal de salud frecuentemente descalifica las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y la enfermedad.

Uno de los aspectos ya señalados que determinaría la calidad de un servicio de salud es el referido al enfoque de interculturalidad de los profesionales de Enfermería. El enfoque intercultural implica que los profesionales que laboran en un Centro de Salud, específicamente, las profesionales de enfermería, conocen las características culturales de los usuarios, este conocimiento se suma a la actitud de respeto a la diversidad cultural de los usuarios. Este enfoque permite a las profesionales de Enfermería mejorar la calidad en la atención, pues son los usuarios quienes reportan mejores niveles de satisfacción hacia el servicio cuando han sido comprendidos; bien tratados, apoyados, adecuadamente informados y aceptados como personas, con iguales derechos, tal como se reconoce en la Constitución Política del Perú (Artículo 2º Inciso 19).

Por otro lado, los conceptos de calidad y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud se han convertido en los últimos años en un tema obligado en las discusiones o análisis sobre la situación de salud a nivel nacional y regional.

Algunos expertos en el tema señalan que la calidad percibida en la atención en los servicios de salud es un requisito de la satisfacción. En otras palabras, cuando un usuario está satisfecho con el servicio de salud, se puede deducir que dicho servicio ha sido brindado con calidad. Los índices de satisfacción de los usuarios pueden servir para determinar la calidad en los procesos y servicios que se ofrecen en los Centros de Salud. En suma, la satisfacción es un antecedente de la calidad.

Por otra parte, la calidad percibida considera al cliente como el único capaz de definirla (único juez), se describe como el grado, la dirección de la discrepancia entre las percepciones del resultado y las expectativas del consumidor acerca del servicio. En efecto, si el servicio recibido en un determinado Centro de Salud cubre las expectativas del usuario, entonces se puede decir que el servicio ha sido de calidad.

La calidad de la atención en salud se basa en un conjunto de factores que no son fáciles de medir. Algunos de los principales determinantes de la calidad en salud son: talento humano, trato humano, calidez, amabilidad, enfoque intercultural, recursos físicos y financieros, políticas y programas, tecnología, procesos médicos y administrativos.

Algunos investigadores se han concentrado en determinar si la satisfacción de los usuarios es un buen índice para determinar la calidad de los servicios, sin embargo, se observa que la satisfacción con el servicio está influenciada por la calidad global, pero también con el servicio esencial, es decir, con el servicio médico o de enfermería, por lo que la conclusión básica que se desprende es que la calidad percibida del servicio es un antecedente de la satisfacción.

La presente investigación trata acerca de la *Aplicación del Enfoque de Interculturalidad en la Calidad de Atención del Profesional de Enfermería del Centro de Salud San Francisco*; ubicado en el Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa de Tacna. Está

constituido por tres capítulos, las referencias bibliográficas consultadas y los anexos respectivos.

En el capítulo I se ha desarrollado la introducción, descripción, antecedentes del problema, y se presenta el marco teórico, las hipótesis y los objetivos de investigación.

En el capítulo II se presenta el diseño de la Investigación, la población, muestra de estudio, las variables de estudio, los métodos y técnicas de recolección de datos.

En el capítulo III se presentan los resultados, se discuten los mismos y finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A lo largo de nuestra formación profesional hemos ido adquiriendo conocimientos necesarios e importantes para la práctica de nuestra profesión y así brindar una atención adecuada, en el marco del respeto y la empatía por la cultura de la población a la que ofrecemos atención profesional de enfermería.

En el entender que la persona y familia conforman un grupo o comunidad que se caracteriza por sus costumbres y creencias; frente a ello muchas veces el profesional de enfermería no comprende la diversidad cultural de los pueblos, en este caso del Perú, afectando así la calidad de la atención en la relación usuario - profesional de la enfermería.

En la región Tacna, en las últimas décadas, existe un considerable crecimiento demográfico debido a una fuerte migración desde zonas andinas hacia la ciudad de Tacna. La mayoría de estos migrantes son aymara-hablantes. Pues

pertenecen a la zona andina y altiplánica, tanto de la propia región Tacna (Tarata, Candarave) como de la región Puno. Estas familias de migrantes fueron llegando a la ciudad de Tacna, se asentaron en esta ciudad, fundaron Urbanizaciones, Pueblos Jóvenes, Centros poblados Menores, etc. formando así un conglomerado de pueblos e identidades que muestran finalmente una gran variedad cultural en nuestra ciudad.

Se ha observado que son muchas las profesionales de Enfermería que no sólo no conocen el idioma Aymara, sino que no conocen muchas de las expresiones culturales de los usuarios que viven en Tacna pero que pertenecen a la cultura andina, aymara o quechua. Son muchas las consecuencias evidentes de la falta de aplicación del enfoque intercultural por parte del profesional de Enfermería que afecta a la calidad de la atención en el Centro de Salud "San Francisco del Distrito Gregorio Albarracín Lanchipa.

Por otra parte, la calidad de atención en salud en un determinado centro hospitalario o de salud, es un concepto bastante amplio, que incluye aspectos económicos,

financieros, optimización de recursos, gestión administrativa satisfacción de los clientes entre otros factores. En esta investigación se considera que siendo el concepto calidad en la atención es muy amplia y revisando la bibliografía especializada pertinente, se ha determinado que la calidad de la atención puede ser medida a través de la satisfacción de los clientes o usuarios. Los autores: Zeithaml, V., Parasuraman, A. y Berry L. (1993)¹ afirman que en diversos modelo de gestión institucional se aplica lo que hoy en día se conoce como Calidad Total, que es un sistema de gestión empresarial íntimamente relacionado con el concepto de Mejora Continua y que incluye las dos fases anteriores. Uno de los principios fundamentales de este sistema de gestión institucional es el siguiente: "la búsqueda de la calidad total debe conducirnos a conseguir la plena satisfacción de los usuarios o clientes". Es por ello entonces que investigamos el concepto Satisfacción en los Usuarios como una forma indirecta para conocer la percepción de calidad en los servicios de atención en salud.

¹ ZEITHAML, V., PARASURAMAN, A. Y BERRY L. (1993). "Calidad total en la gestión de servicios. Cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y las expectativas de los consumidores". Madrid: Díaz de Santos.

El presente informe de tesis se ubica en campos relacionados a las ciencias de la salud, en particular de la profesión de enfermería.

En relación a esta problemática nos planteamos las siguientes interrogantes:

Problema General:

¿Existe asociación entre aplicación del enfoque de interculturalidad con la calidad de atención del profesional de Enfermería del C.S. San Francisco?

Problemas Específicos:

- a. ¿Cuál es el nivel de la aplicación del enfoque de interculturalidad del profesional de Enfermería del C.S. San Francisco?
- b. ¿Cuál es el nivel de la calidad de atención del profesional de Enfermería del C.S. San Francisco?

2.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

a) Aplicación del Enfoque Intercultural

EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR Y EL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO-BID. Publicaron el año 2006. GUÍA PARA LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD.² En dicho documento se especifica que “Se trata de un instrumento metodológico que ha de orientar los procedimientos de articulación de las demandas de la población diversa, con las distintas modalidades de una oferta plural de los servicios, mediante procesos de gestión o atención de la salud con pertinencia social y cultural, en los ámbitos de la descentralización, los gobiernos locales y la constitución del Sistema Nacional de Salud. Esta labor de adecuación permitirá promover los derechos ciudadanos, la revaloración de la diversidad cultural ecuatoriana, constante de manera explícita, en diversos cuerpos jurídicos y normativos, suscritos o expedidos hasta el momento por el país”. La presente Guía, una herramienta educativa de largo aliento, incorpora el

² MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR Y EL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO - BID (2006). “Guía para la adecuación cultural de los servicios de salud”. Consultado el 27 de junio del 2009. Disponible en: www.msp.gov.ec/dnspl/documentos/guia-adequacion.doc

enfoque de interculturalidad, a través del desarrollo de varias fases de implementación, siempre acompañada de sus correspondientes procesos participativos, que permitirán, en último término, la generación de servicios interculturales de salud. Se trata pues de un documento base que orienta la política estatal de introducir el enfoque intercultural en el sistema de salud en el país vecino de Ecuador.

LA REPÚBLICA DE BOLIVIA, LA LEY DE ORGANIZACIÓN DEL PODER EJECUTIVO Y SU DECRETO REGLAMENTARIO, de febrero del 2006, han encomendado al Ministerio de Salud y Deportes, funciones específicas sobre la revalorización de la Medicina Tradicional y sobre la necesaria articulación de los diversos sistemas médicos en la Organización y el funcionamiento de los servicios públicos de salud. Para este efecto se crea el VICEMINISTERIO DE MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD,³ en fecha 8 de Marzo 2006 con el Decreto Supremo N° 28631, para desarrollar políticas, planes y proyectos de

³ MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL. Extraído el 03 de agosto del 2009, de: <http://www.sns.gov.bo/index.apx?op=22>

Interculturalidad en salud y la revalorización de la medicina tradicional. Cuyo objetivo general es: "facilitar el acceso a los programas y proyectos de salud a los pueblos indígenas, originarios, campesinos y afro bolivianos, a una atención de salud equitativa a través de una red de establecimientos básicos de salud con adecuación y enfoque de interculturalidad, dentro del derecho fundamental a una vida digna".

LA REPÚBLICA DEL PERÚ con fecha 14 de julio del año 2006 emitió la Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA,⁴ por la cual se aprobó la norma técnica de salud, donde en su artículo N° 01 dice: "Aprobar la NTS N° 047-MINSA/DGPS-V.01 "Norma técnica de Salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud". Asimismo, en el artículo N° 02, de la misma Resolución se dice: "Las unidades orgánicas, organismos públicos descentralizados, direcciones de salud, y todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud quedan encargadas de la difusión, implementación, monitoreo

⁴ MINISTERIO DE SALUD DE LA REPÚBLICA PERUANA. RESOLUCIÓN MINISTERIAL 638-2006/MINSA. "Norma Técnica de Salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud".

y evaluación de las disposiciones aprobadas en la presente norma en el ámbito de su jurisdicción”.

Por otro lado, la Norma Técnica en Salud señala en el acápite 5.1.3., que “la existencia de una pluralidad de grupos étnicos-culturales con conocimiento, prácticas, recursos y terapias propias distintas al sistema de salud oficial, ha generado en los agentes de este último, conductas discriminatorias, relaciones autoritarias en perjuicio de los sistemas de salud tradicionales y de los miembros de estos sectores de la población que son rechazados, menos valorados y excluidos de las ventajas, de los avances científicos de la medicina occidental”.

Entre los objetivos de esta norma están:

- Promover en los agentes del sistema de salud occidental actitudes de respeto a la diferencia y la diversidad, así como de reconocimiento y valoración de la contribución de las medicinas tradicionales.
- Asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas de salud para promover la complementariedad y el enriquecimiento mutuo.

- Incorporar estrategias para la identificación de factores protectores, individuales, colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a incrementar las condiciones que sean favorables a los estados de salud de los miembros de las comunidades culturales.

b) Calidad de atención del profesional de enfermería

GOVIN SCULL, Juana de los Ángeles, TORRES MILÍAN, Midalis y REGALADO CHOUZA, Dainelis, publicaron el año 2002, en la Revista de Ciencias Médicas de La Habana su investigación titulada: "Calidad de la Atención de Enfermería".⁵ Se encuestaron a 57 pacientes que ingresaron al hogar Materno de San Nicolás de Bari. Los indicadores de calidad en la atención el personal de Enfermería fueron: trato del personal, recursos para la atención, explicación del procedimiento, respuesta rápida al llamado, forma de orientación, condiciones de la unidad. Encontraron que el 90,8 % de los pacientes se mostraron satisfechos con los servicios.

⁵ Govin Scull, Juana, Torres Milian, Midalis y Regalado Chouza, Dainelis. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2002; 8 (1). Hogar Materno de San Nicolás. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. Extraído el 04 de agosto del 2009, de: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol8_1_02/hab03102.htm

ACEVEDO-PORRAS, Ana y CASTAÑEDA HIDALGO, Rosa. México (2008)⁶. "Satisfacción del Usuario con la Intervención de Enfermería". Las autoras aplicaron encuestas anónimas a los(as) usuarios(as) del Centro de Salud en la capital de México. Reportaron los siguientes resultados: el 82% de los pacientes parecen estar satisfechos con el personal de Enfermería. Dan más valor a la información y preparación que le proporcionaba el personal de enfermería, la disponibilidad, el trato personal y la enseñanza sobre el tratamiento a seguir.

JIMÉNEZ GUERRA, Evelyn Celsa y HUAMÁN VILCAS, Sonia, presentaron el trabajo de investigación titulado "Expectativa de Calidad de Atención y Satisfacción de los Usuarios en el C.S. de Tamburco Enero – Junio 2005"⁷. El presente trabajo de investigación se realizó en el C.S. de Tamburco, del distrito de Tamburco, provincia de Abancay, departamento de Apurímac. El trabajo tenía como objetivo determinar las expectativas de calidad de atención y

⁶ ACEVEDO-PORRAS, Ana y CASTAÑEDA HIDALGO, Rosa. México (2008). "Satisfacción del Usuario con la Intervención de Enfermería". Extraído el 24 de julio del 2009, de: <http://www.promep.uat.edu.mx>

⁷ JIMENEZ GUERRA, Evelyn Celsa y HUAMÁN VILCA, Sonia (2003). "Expectativa de calidad de atención y satisfacción de los usuarios en el C.S. de Tamburco enero – junio 2005. Extraído el 24 de julio del 2009, de: http://www.utea.edu.pe/Carreras/Enfermeria_Inves.htm

satisfacción del usuario en el C.S. Tamburco. Las autoras llegaron a las siguientes conclusiones:

- Que la expectativa de la calidad técnica es muy importante en un 86% y de ellos el 36% muestran insatisfacción.
- Con respecto a la expectativa de la calidad interpersonal el 70% indican que es importante y de ellos el 28% muestran insatisfacción.
- Asimismo la expectativa de la dimensión de infraestructura manifiesta que es importante en un 78% y de ellos el 30% manifiestan estar insatisfechos.

2.3 ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD

2.3.1 Definición de Interculturalidad.

Antes de definir el término interculturalidad es necesario que precisemos el concepto de cultura: Según Heise, María, Tubino, Fidel y Ardito, Wilfredo (2005):⁸ “una cultura es un conjunto de formas y modos adquiridos de concebir el mundo, de pensar, de hablar, de expresarse, percibir, comportarse, organizarse socialmente, comunicarse, sentir

⁸ HEISE, María, TUBINO, Fidel y ARDITO, Wilfredo (2005). “Interculturalidad. Un desafío”. Extraído de: <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/tubino1.pdf>

y valorarse a uno mismo en cuanto a individuo y en cuando a grupos. Es intrínseco a las culturas el encontrarse en un constante proceso de cambio”.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador⁹ define interculturalidad como “el proceso de diálogo (entre diferentes pensamientos, sentires, quehaceres; en suma, entre culturas), que permite no sólo mayores y mejores niveles de entendimiento, sino de conjunción de esfuerzos para la superación de las dificultades y el logro de propósitos comunes”.

El portal Wikipedia (2009)¹⁰ define Interculturalidad como: “(...) la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde se concibe que ningún grupo cultural está por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes. En las relaciones interculturales se establece una

⁹ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR (2006). “Guía para la adecuación cultural de los servicios de salud”. Disponible en: www.saludyfuturo.cl/images/pdf/gestion.pdf

¹⁰ WIKIPEDIA. La Enciclopedia Libre. (2009). “Interculturalidad”. Extraído de: <http://es.wikipedia.org/wiki/Interculturalidad>

relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo no es un proceso libre de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia". Es importante aclarar que la interculturalidad se ocupa tanto de la interacción que ocurre por ejemplo entre un ciudadano chino y un ciudadano boliviano, sino además la que sucede entre un hombre y una mujer, un niño y un anciano, un rico y un pobre, un marxista y un liberal, etc.

El portal Wikipedia (2009)¹¹, respecto a la interculturalidad, nos dice que: "No hay culturas mejores, ni peores, evidentemente cada cultura puede tener formas de pensar, sentir y actuar en las que determinados grupos que se encuentren en una situación de discriminación. Pero si aceptamos que no hay una jerarquía entre las culturas estaremos postulando el principio ético que considera que todas las culturas son igualmente dignas y merecedoras de respeto". Esto significa, también, que la única forma de comprender correctamente a las culturas es interpretar sus

¹¹ WIKIPEDIA. La Enciclopedia Libre. (2009). "Interculturalidad". Extraído de: <http://es.wikipedia.org/wiki/Interculturalidad>

manifestaciones de acuerdo con sus propios criterios culturales. Aunque esto no debe suponer eliminar nuestro juicio crítico, pero si que supone inicialmente dejarlo en suspenso hasta que no hayamos entendido la complejidad simbólica de muchas de las prácticas culturales. Se trata de intentar moderar un inevitable etnocentrismo que lleva a interpretar las prácticas culturales ajenas a partir de los criterios de la cultura de la persona que entra en contacto con la otra (de una cultura diferente).

2.3.2 Importancia del Enfoque Intercultural para el Profesional de Enfermería

Corrales Moreno (2003).¹² La llegada masiva de inmigrantes es una realidad hoy en nuestra región Tacna. Los flujos migratorios que se han venido produciendo han contribuido positivamente al aumento de la población. La llegada de compatriotas de la región de Puno desde la década de los años 1970 y de otras regiones de norte y oriente del Perú son muy significativos. Los profesionales de la salud deben ser conscientes de esta realidad demográfica, de tal

¹² CORRALES MORENO, E. (2003). "Aplicación de la mirada antropológica en la disciplina enfermera". Index de Enfermería (Granada), 43: 37-39.

modo que sean capaces de ocuparse de las futuras necesidades de la asistencia sanitaria de enfermería de la población cambiante. El profesional de enfermería debe poseer un conocimiento básico de las diferentes creencias y prácticas que se dan entre los muy diversos grupos culturales existentes en Tacna.

Es importante destacar que el fondo cultural del individuo comprende primordialmente sus normas internas de comportamiento y los valores o actitudes compartidos con su comunidad. Las normas de un grupo determinado sin embargo no están claramente definidas ni expresadas y varían entre los diferentes miembros del grupo. Muchos miembros de un grupo determinado no se ajustan a las conductas y normas, mientras que otros presuponen que todos los miembros de la comunidad comparten los mismos comportamientos, valores y actitudes. A eso se le denomina Etnocentrismo.

Para que un profesional de enfermería pueda proporcionar asistencia a un paciente con un fondo cultural o étnico distinto del propio, es preciso que se produzca una comunicación

intercultural eficaz. El perfil demográfico en la región Tacna está cambiando rápidamente y la necesidad de conciencia y comprensión interculturales está aumentando drásticamente en todos los profesionales de la salud; puesto que los profesionales de enfermería tratan con los pacientes de manera personal, debe interaccionar y relacionarse con todo tipo de personas.

Se debe reconocer que la salud y los cuidados son universales pero las formas de llevar a cabo esos cuidados y de concebir la salud vienen definidas de manera diferente según las culturas. En el contexto multicultural en el que vivimos se ha de valorar las creencias y valores de nuestros pacientes para así poder proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes con su cultura.

2.3.3 Origen del Enfoque Intercultural en Enfermería: Modelo de la Diversidad de Leininger

La enfermería intercultural surgió de su educación y experiencia clínica a principios de la década de 1960, y que definió como el área de estudio y trabajo centrado en el

cuidado basado en la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.

Galao, Roberto et al. (2005)¹³ destacan los ocho factores que influyeron en la doctora Leininger a la hora de instaurar lo que hoy denominamos enfermería transcultural o intercultural y que justifican desde su teoría del cuidado cultural y universal la necesidad de una enfermería transcultural:

- Debido al marcado aumento en las migraciones de gente dentro del país y entre países a nivel mundial, se necesita la enfermería transcultural ya que esta apareciendo una diversidad creciente que caracteriza nuestras poblaciones nacionales y globales. En este amplio sentido, la diversidad se refiere a las diferencias entre origen nacional, religión, edad, género, orientación sexual, capacidad y discapacidad, clase o estatus socioeconómico, educación, etc.

¹³ GALAO MALO, ROBERTO et al. (2005) ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. Enero-abril, 2 (4). Consultado el 28 de junio del 2009. Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>

- Se ha dado un aumento en las identidades regionales, con gente que espera que los profesionales de enfermería y de la salud en general entiendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida.
- El uso excesivo de la tecnología aplicada a los cuidados en salud a veces entra en conflicto con los valores culturales de los pacientes.
- En todo el mundo, existen conflictos culturales, choques y violencia que desencadenan un impacto sobre los cuidados en salud al tiempo que cada vez más culturas interactúan las unas con las otras.
- Existe un aumento en el número de personas que viajan y trabajan en muy diferentes partes del país.
- Existe un aumento de los temas legales resultantes del conflicto cultural, la negligencia, ignorancia e imposición dentro de las prácticas en cuidados de salud.
- Se ha dado un aumento en los problemas de género y feminismo, con nuevas demandas sobre los sistemas

sanitarios con la intención de que se tengan en cuenta las necesidades de mujeres y niños.

- Se ha dado un aumento de la necesidad por parte de la comunidad y los servicios de cuidados en salud basados en la cultura en diferentes contextos ambientales.

Moreno , Manuel (2005),¹⁴ señala que este modelo está fundamentado en la antropología y la enfermería, desarrolla la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la etnoenfermería y resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales, para después contrastarlo con los factores externos, a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería, para conformar una aproximación integral al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales.

¹⁴ MORENO, Manuel (2005). "Una mirada antropológica del cuidado del paciente inmigrante". Biblioteca Lascasas / Fundación Index.

Para Leininger (citada en: Tarrés Chamorro, 2001)¹⁵ el conocimiento cultural se centra en conocer el punto de vista o visión del mundo del usuario; es decir, la visión interna o propia. Es importante tener conciencia de que las ideas preconcebidas y la incapacidad para autocriticarse, son causas, en la mayoría de los casos, de etnocentrismo, con el cual cubrimos nuestras carencias y debilidades, lo que nos vuelve severos y a veces despreciativos con las carencias y debilidades de los demás.

La etnoenfermería se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería, según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tiene de ellos una cultura determinada, a través de las manifestaciones locales de las personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores, sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como pueda ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

¹⁵ TARRÉS CHAMORRO, Sol (2001). "El cuidado del otro: diversidad cultural y enfermería transcultural". Universidad Católica San Antonio, Murcia- España. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html

Afirma Leininger (citada en: Tarrés Chamorro, 2001)¹⁶ que existe aún un conjunto de elementos como la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notablemente negativa en la calidad que prestan los profesionales de enfermería a sus pacientes de otras culturas. Por otra parte los diagnósticos médicos y de enfermería que no tienen en cuenta los factores culturales producen resultados desfavorables, en ocasiones con consecuencias graves.

2.3.4 Bioética profesional desde un punto de vista intercultural

Icochea, Georgina (2006)¹⁷, dice que tratar el tema de la bioética es un asunto relativamente reciente, así como ocurre con el debate sobre la interculturalidad, una y otra no se contraponen, por lo contrario tienen confluencias cuando filosofamos y hablamos de la axiología sobre una realidad tan compleja como el Perú.

¹⁶ TARRÉS CHAMORRO, Sol (2001). Op. cit.

¹⁷ ICOCHEA MARTEL, Georgina (2006). "Medicina Tradicional y Enfermería Intercultural en Ayacucho". Primera Edición. Naokim Editores. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Facultad de Enfermería. Ayacucho

Los momentos que esta viviendo toda la humanidad en los cuales la enfermería esta inmersa, ameritan que se haga una reflexión seria y profunda sobre el rumbo que esta tomando la sociedad con todos los adelantos técnicos – científicos nunca antes experimentados y comunicados con la rapidez de estos tiempos, y en los cuales los aspectos de humanismo y de valores ético – morales están siendo soslayados. Es por lo tanto necesario meditar para poder actuar con responsabilidad profesional y ciudadana. (Najera, 1996).

La conducta de los y las profesionales de enfermería debe adecuarse a la diversidad cultural de los pacientes que atendemos; dicho de otro modo el discurso de la atención intercultural debe aterrizar en cada momento de nuestra intervención como un hecho real y objetivo, ya que nosotros mismos, hoy, somos parte de los denominados "otros".

ICOCHEA, Georgina (2006)¹⁸. Asimismo actuar interculturalmente nos permitirá ampliar nuestra capacidad dialógica y comunicativa en una realidad plural, cumpliendo así con nuestra misión medular de brindar cuidados de enfermería integrales y con actitud intercultural; en tal sentido se señala que un segundo principio es mejorar los procesos de comunicación entre pacientes y profesionales, fenómeno que no solo involucra al lenguaje como acto comunicativo sino también al conocimiento de los protocolos de relación cultural y social de los pacientes, fundamentándose en los actuales principios de bioética médica expresado en el respeto a la autonomía de los pacientes y a su derecho a decidir libre e informadamente en el marco de la cultura propia.

Es vital tomar en cuenta el artículo 13 del Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería, que a la letra dice: "En su comportamiento profesional la enfermera no deberá descuidar a sabiendas las formas de conducta practicadas en

¹⁸ ICOCHEA MARTEL, Georgina (2006). "Medicina Tradicional y Enfermería Intercultural en Ayacucho". Primera Edición. Naokim Editores. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Facultad de Enfermería. Ayacucho.

la comunidad en que vive y trabaja”. En concordancia con este principio, nuestro Código de Ética y Deontológica precisa en el artículo 2, que “La enfermera (o) debe respetar los valores, usos, hábitos, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad; siempre que estos no pongan en riesgo su salud, considerando los principios bioéticos de autonomía de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia”. De esta manera, cumplir nuestras funciones, como enfermeras y enfermeros modernos implica tener presente el tipo de población a la cual servimos y nos debemos. (Pérez, 2004).

2.3.5 Interculturalidad y Salud Pública en el Perú Andino

DE LA ALDEA, Elena (2005) señala que lo Intercultural se refiere a la relación, de al menos dos culturas. Una propuesta de salud intercultural se refiere a la base programática de un modelo de atención de salud entre dos culturas que coexisten en un espacio geográfico y clínico. Podemos pensar 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.

Estos conceptos desarrollados en contextos globalizados, también nos llama a repensar sobre las poblaciones rurales que poseen una gran riqueza de conocimientos propios caracterizados por una visión holística de la salud humana (curanderos, chamanes, parteras, etc.).

Según estudios socio antropológicos realizados por el Ministerio de Salud del Perú, la interculturalidad en salud exige elementos para una interpretación socio-cultural en contextos heterogéneos, en el cual la cultura determinara la eficacia y /o efectividad del sistema de salud, incluso quizá sea, el principal determinante, pues todo pasa por el entramado cultural (De La Aldea, Elena, 2005).¹⁹ Esta

¹⁹ DE LA ALDEA, Elena (2005). "El enfoque intercultural en Salud". Centro de Investigación Social de Ayacucho – CIES. Disponible en: <http://www.ceisaperu.org/node/43>

definición nos permite comprender las barreras existentes en la salud institucionalizada que se impone verticalmente como un modelo externo a la cultura popular, que en muchos casos decidirá el éxito o fracaso de estos programas.

Los actores rurales vinculados a la salud son conscientes que los métodos "modernos" y los servicios de salud son necesarios, pero se encuentran en una disyuntiva debido a que consideran que también pueden exponerlos a riesgos desconocidos que estén fuera de su control. Estos métodos pueden generarles malestar, enfermedades e incluso la muerte, esto a la vez ha generado la falta de credibilidad y confianza en los profesionales de salud.

En temas de salud y enfermedad encontramos un análisis antropológico, respecto a signos, síntomas y significados expresados en el lenguaje cultural del poblador rural andino peruano. Las concepciones de salud enfermedad han sido profundamente afectada por la creciente interacción con la cultura urbana y la medicina

occidental, surgen así nuevos temas, por ejemplo, las tensiones sinergias entre la medicina occidental y tradicional.

El sistema comunal de salud es un sistema de representaciones, visión y reflexión del mundo de las comunidades, que se articula a los aspectos sociales, culturales y políticos de la comunidad. De acuerdo a esta concepción, el hombre andino se enferma cuando ocurre un desequilibrio entre la conducta y las fuerzas de la naturaleza o dioses tutelares como el "wamani" y la "pachamama". Las enfermedades surgen cuando los individuos pierden fe en sus dioses andinos, cuando transgreden o alteran las ofrendas y ritos previstos tradicionalmente.

La población andina peruana, confía su salud exclusivamente al curandero, también alternan su tratamiento con los servicios médicos oficiales, de acuerdo a los resultados y a su capacidad económica. Algunos reconocen también, valores y recursos que no tienen la medicina tradicional. Esto muestra las posibilidades de una

aproximación intercultural, por un lado la medicina tradicional aporta al saber de la medicina moderna y este sistema médico, a su vez contribuye a preservar, enriquecer y desarrollar al sistema tradicional.

De La Aldea, Elena (2005)²⁰ con su experiencia como enfermera en la ciudad de Ayacucho afirma que “los promotores de salud también tienen un prestigio al curar combinando la medicina tradicional con la moderna. Se resalta una serie de aspectos sociales, se teje una relación entre el promotores de salud y los pobladores (sobre su estructura socio económica)”. La obtención de nuevos conocimientos y elementos de curación adaptados a actividades del promotor de salud.

Finalmente esto nos supone que las fronteras de las culturas lejos de ser rigurosas e inquebrantables, son flexibles y permeables, por la que permiten un intercambio dinámico y de doble sentido (Pederson; 1999, citado por De

²⁰ DE LA ALDEA, Elena (2005). Op. cit.

La Aldea, Elena, 2005).²¹ Sin embargo, tenemos en cuenta que el amoldamiento intercultural en la salud-enfermedad, no es tan armoniosa, pues trae consigo respuestas de resistencia en el poblador rural andino.

Planas, María Elena (2006)²² en su libro: "Interculturalidad en Salud Mental" afirma que: "En un primer momento se debe dejar de lado las definiciones profesionales de la enfermedad y centrarse en las definiciones populares de los idiomas culturales, por los cuales los procesos de salud – enfermedad son contruidos culturalmente"

2.4 CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD

2.4.1 Definición de Calidad

Dar una definición de "calidad" no es fácil, pues se trata de un concepto multidimensional. La medicina, la mecánica, el arte, los deportes, la estética, entre otras disciplinas

²¹ DE LA ALDEA, Elena (2005). Op. cit.

²² PLANAS TOLEDO, María Elena (2006). "Interculturalidad en Salud Mental". Lima: CIES.

sociales del saber tiene su propia definición de calidad. De este modo, sólo en el ámbito lingüístico, la REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, en el Diccionario de la Lengua Española (Vigésima Edición),²³ define calidad como una "cualidad", una "manera de ser", "alguien que goza de la estimación general", o "lo mejor dentro de su especie". En medicina y educación, como en otras áreas del conocimiento, el término se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados con una determinada técnica o procedimiento. Sin embargo, aun dentro de este particular ámbito del concepto, no existe una sola definición para la calidad. Así, para Crosby (citado por Galán, M., 2000), por ejemplo, calidad "es conformidad con las especificaciones"; para Trifus (citado por Galán, M., 2000), "es dar al cliente aquello que espera" y para Taguchi (citado por Galán, M., 2000)²⁴ es "producir los bienes y servicios demandados, al menor costo posible para la sociedad".

²³ DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA - Vigésima segunda edición. Extraído el 02 de agosto del 2009, de: http://buscon.rae.es/draef/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=CALIDAD

²⁴ GALÁN, M. (2000). "El Reto de la Mejora en la Educación Superior: Una Perspectiva Europea", Programa de Doctorado: "Evaluación, Mejora y Calidad de la Educación Superior", Universidad de Cádiz, España.

Otero, Jaime (2002)²⁵ menciona que calidad "Es la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión".

2.4.2 Calidad de atención en los Servicios de Salud

Una definición que ha ido ganando simpatías es la dada por el Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos de Norteamérica (NAS)²⁶ y que se refirió a calidad en salud como "el grado por el cual los Servicios de Salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual". Sin embargo, es muy poco probable que una sola definición de calidad en salud sea aplicable en

²⁵ Otero, M. Jaime, Otero, I. Jaime I. (2002). "Gerencia en odontología". Tomo 2. Ética y Marketing. Lima.

²⁶ Citado en: GARCIA, Roberto E. "El concepto de calidad y su aplicación en Medicina". Rev. méd. Chile [online]. 2001, vol.129, n.7, pp. 825-826. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700020&lng=es

todas las situaciones. En todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos dos conceptos que son:

- La excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente".
- Adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad.

Dueñas Araque, Alonso (2006)²⁷ define calidad en salud de la siguiente manera: "Calidad es 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,

²⁷ DUEÑAS ARAQUE, Alonso (2006). "Dimensiones de la Calidad en los Servicios de Salud". Web Site: Gerencia Salud. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art260.htm>

administradores) con su cosmovisión y formación académica”.

2.4.3 Dimensiones de la Calidad en Salud

Dueñas Aroque, Alonso (2006)²⁸ en su artículo web “Dimensiones de la Calidad en los Servicios de Salud” propone que la calidad en salud debe considerarse en tres dimensiones:

- La dimensión técnico científica con lo cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo – beneficio.
- La dimensión administrativa referida a las relaciones prestadores consumidores que se relacionan con los proceso de atención de que dispone la organización.
- La dimensión humana tradicionalmente desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad siendo la parte fundamental de la atención en salud ya que la razón de

²⁸ DUEÑAS ARAQUE, Alonso (2006). Op. cit.

ser del servicio de salud es el ser humano como un todo biosicosocial.

Respecto de la dimensión humana en la calidad de los servicios de salud, Dueñas Araque, Alonso (2006)²⁹ explica que: “Los servicios de salud deben ser enfocados a los pacientes. El sistema de atención en salud debe hacer honor al paciente como individuo, respetando sus decisiones, cultura, contexto social y familiar. Su estructura de preferencias, necesidades específicas teniendo como pilares fundamentales en la atención la individualidad, la información, respeto por la intimidad del paciente, sus valores culturales, etnia, valores sociales que hacen a cada paciente un ser único y variable que se comportará diferente de acuerdo a las condiciones fisiológicas, emocionales y del entorno concomitantes con su proceso salud enfermedad, lo cual lo llevan a tener necesidades y expectativas diferente al momento de acudir a los servicios de salud”.

²⁹ DUEÑAS ARAQUE, Alonso (2006). Op. cit.

Esta definición de calidad en los servicios de salud lleva implícito el uso necesario de un enfoque que respeta la diversidad cultural de los pacientes o usuarios de los servicios. Como bien lo señaló el autor arriba citado, la dimensión humana en la atención de salud implica que el profesional de la salud aborde la problemática del enfermo o paciente de modo personalizado, respetando la individualidad y singularidad cultural del mismo, al margen de las consideraciones científicas, técnicos o administrativas que si bien son importantes, pero que no pueden desarrollarse sin el correspondiente aspecto humano en el servicio de salud.

2.4.4 Indicadores de Calidad de los Servicios de Salud

Hugo E. Arce (2007)³⁰ en su artículo digital titulado: "Proyecto sobre indicadores de calidad en salud de la OCDE", propone una lista de indicadores que contribuyen a definir si un determinado establecimiento de salud cumple con una atención calidad. Estos son:

³⁰ ARCE, Hugo (2007). "Proyecto sobre indicadores de calidad en salud de la OCDE". Consultado el 24 de junio del 2009. Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/Articulos/IndicadoresQOCDE.pdf>

- **Accesibilidad:**

Entendida como la adecuada respuesta institucional a la solicitud de servicio por un usuario con derecho al mismo.

- **Oportunidad:**

Referida a la prestación del servicio de salud en el momento en que el paciente lo requiere.

- **Pertinencia:**

Es el cumplimiento de las normas en la realización del procedimiento de tal manera que se garantice confiabilidad y eficacia.

- **Seguridad:**

Corresponde al control del riesgo de accidentes, eventos adversos o iatrogénicos.

- **Continuidad:**

Es la garantía para un paciente, en la prestación del servicio, de acceder a las diferentes atenciones que en forma secuencial va requiriendo, según el estado de salud.

- **Información:**

Hace referencia a la información administrativa y técnica de los servicios brindada a los usuarios.

- **Amabilidad:**

Corresponde al trato cortés y respetuoso del personal con el usuario.

2.4.5 Calidad del Servicio de Salud y Satisfacción de los(as) Usuarios(as)

Los conceptos de calidad y satisfacción se han encontrado en el centro del debate entre los investigadores de estos temas. Dos Reis Rodríguez, A. J.; Raposo, M.L. y Do Paco, A. (2003)³¹ afirmaban que la faceta más interesante que afrontan entonces los estudiosos del marketing de servicios era la interacción entre la calidad, la satisfacción y el valor. El debate de los años noventa se centraba en si la calidad es antecedente de la satisfacción o viceversa.

³¹ DOS REIS RODRÍGUEZ, A. J.; RAPOSO, M.L. y DO PACO, A. (2003). "Estudio sobre la satisfacción de los usuarios de una unidad de salud", Actas de las II Jornadas Internacionales de Marketing Público y No Lucrativo, Zaragoza (España), abril, pp. 141-152.

Sin embargo, la aproximación que estimamos más adecuada considera una relación dinámica, donde la calidad percibida es un antecedente de la satisfacción y un mayor nivel de satisfacción del cliente reforzará sus percepciones de calidad (Berné, Múgica y Yagüe, 1996).³²

La calidad percibida considera al cliente como el único juez de la calidad y se describe como el grado y la dirección de la discrepancia entre las percepciones del resultado y las expectativas del consumidor acerca del servicio (Riveros, Jorge y Berne, Carmen, 2007).³³

La calidad de la atención en salud se basa en un conjunto de factores que no son fáciles de medir. Algunos autores señalan que los principales determinantes de la calidad en salud son: talento humano, recursos físicos y financieros, políticas y programas, tecnología, procesos médicos y administrativos, desempeño y eficacia en el servicio e

³² BERNÉ, C.; MÚGICA J. M. y YAGÜE M. J. (1996). "La gestión estratégica y los conceptos de calidad percibida, satisfacción del cliente y lealtad", *Economía Industrial*, nº 307, enero-febrero, pp. 63-74.

³³ RIVEROS, Jorge y BERNE, Carmen (2007). "Estudio de la satisfacción en servicios públicos de Salud: El caso de un hospital del sur de Chile". Universidad Austral de Chile.

interacción con el sistema general de seguridad social en salud.

El hecho de que los métodos existentes no satisfacen plenamente las necesidades de medición de la calidad en el área de la salud, queda reflejado en la siguiente frase de Myers, citado por la Organización Panamericana de la Salud (1992),³⁴ en el que señala que: "...no existe ninguna otra organización (aparte de un hospital) cuya administración sea tan frustrante e ineficaz debido a su incapacidad para juzgar la calidad de su producto".

Volviendo al debate anterior, algunos investigadores han concentrado sus fuerzas en determinar si la satisfacción de los usuarios es un buen índice para determinar la calidad de los servicios, sin embargo, "...se observa que la satisfacción con el servicio está influenciada por la calidad global, pero también con el servicio esencial, es decir, con el servicio médico..., por lo que la conclusión básica que se desprende, es que la calidad percibida del servicio es un antecedente de

³⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1992). Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación Científica N° 534, Washington, D.C.

la satisfacción, no observándose ninguna relación en sentido inverso" (Bigné et al, 1997).³⁵

Aunque existen varias formas de realizar una evaluación sobre la satisfacción de los usuarios o pacientes de los servicios de salud, la mayoría de éstas se basan en un enfoque multidimensional, que incluye diversos aspectos tal como: entrega de información, accesibilidad, burocracia, humanización, atención a problemas psicosociales, etc.

Alvarado y Vera (2001)³⁶ refieren que el estudio del grado de satisfacción de los pacientes o usuarios de los servicios de salud tiene mucha importancia como criterio de evaluación de la atención prestada y es útil para quienes deben ejercer las funciones de regulación y financiamiento de los sistemas de salud. Lo que está en cuestión es cómo asegurar la mayor productividad sanitaria, eficiencia, calidad y nivel de satisfacción, con los recursos que la sociedad entrega a los centros hospitalarios, cuyos presupuestos concentran

³⁵ BIGNE E.; MOLINER, M. y SÁNCHEZ, J. (1997). "Calidad y Satisfacción en los Servicios Hospitalarios Esenciales y Periféricos". Investigación y Marketing. Diciembre, pp. 55-61.

³⁶ ALVARADO, R. y VERA, A. (2001). "Evaluación de la satisfacción de usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud". Revista Chilena de Salud Pública, vol. 5, nº 2-3, pp. 81-89.

actualmente más del 80% del gasto público en salud (Gobierno de Chile, 2002).³⁷

2.5 OBJETIVOS

Objetivo general.

Determinar la aplicación del enfoque de interculturalidad en la calidad de atención del profesional de Enfermería del C.S. San Francisco 2009.

Objetivos específicos:

- Identificar las características y la aplicación del enfoque de interculturalidad del Profesional de Enfermería del C.S. San Francisco 2009.
- Identificar las características personales y la calidad de atención percibida en los usuarios atendidos por el Profesional de Enfermería del C.S. San Francisco 2009.

³⁷ GOBIERNO DE CHILE (2002). "Hacia un nuevo modelo de gestión en salud", junio. Consultado el 24 de junio del 2009. Disponible en: www.saludyfuturo.cl/images/pdf/gestion.pdf

2.6 HIPÓTESIS

Hipótesis general.

Existe relación entre la aplicación del Enfoque de Interculturalidad con la Calidad Atención del Profesional de Enfermería del C.S. San Francisco.

Hipótesis específicas:

- La aplicación del enfoque de interculturalidad del Profesional de Enfermería del C.S. San Francisco se encuentra en un nivel medio.
- La calidad de atención del Profesional de enfermería del C.S. San Francisco hacia los usuarios se encuentra en un nivel medio.

CAPITULO II

DE LA METODOLOGÍA

1. MATERIAL Y MÉTODOS

1.1 Diseño de la Investigación

Se trata de una investigación observacional, transversal, descriptivo y correlacional

1.2 Población y Muestra de Estudio

Se uso el muestreo no probabilístico por conveniencia, pues tratándose de una cantidad reducida (17) de profesionales de Enfermería, se decidió incluir a todos(as) los profesionales de enfermería. Por otra parte, se consideró encuestar a 100 usuarios(as) que asisten al Centro de Salud San Francisco para ser atendidos(as) por el Profesional de Enfermería.

1.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

Para la inclusión del profesional de enfermería y los usuarios se tuvo los siguientes criterios:

- Se incluyó Profesionales de Enfermería (varones y mujeres) que laboran en calidad de trabajadores a plazo fijo (nombrados) o contratados en cualquier modalidad.
- Participaron usuarios(as) que asisten al Centro de Salud San Francisco para consulta y/o otros servicios que se ofrecen en dicho establecimiento.
- Usuarios(as) de 15 a más años de edad.

Para la inclusión del profesional de enfermería y los usuarios se tuvo los siguientes criterios:

- Se excluyó aquellos(as) estudiantes de Enfermería que se encontraron realizando sus prácticas pre profesionales.
- Usuarios menores de 15 años.

1.4 Variables de Estudio

- Variable Independiente:
Aplicación del Enfoque de interculturalidad.

- Variable Dependiente:

Calidad de atención del profesional de enfermería.

- Operacionalización de variables: (Anexo N° 1)

1.5 Métodos y Técnicas de Recolección de Datos

El método empleado en la investigación es la Encuesta, la técnica empleada son los cuestionarios. Se aplicaron dos (02) encuestas anónimas, una de ellas aplicada a los profesionales de enfermería del C.S. San Francisco y la otra a los usuarios(as) del C.S. san Francisco. En lo que respecta a la validez del instrumento se obtuvo la validez a través de juicio de expertos. También se llevó a cabo una prueba piloto para evaluar si las encuestas darían los resultados requeridos para poder efectuar la presente investigación.

Instrumentos de Recolección de los Datos.

- Encuesta Aplicación del Enfoque de Interculturalidad (Anexo N° 2)*

Dicha Encuesta consta de nueve (09) ítems con una escala de valoración de 1 – 9 que fue aplicada a los profesionales de Enfermería del C.S. San Francisco. El encuestado tuvo

que valorar su respuesta según su grado de conocimiento o aplicación de diversas características del enfoque de interculturalidad en salud. Los puntajes directos y niveles de la aplicación del Enfoque de Interculturalidad son:

- Nivel Alto: 70 – 81 puntos
- Nivel Medio: 51 – 69 puntos
- Nivel Bajo: < a 50 puntos

b. Encuesta de Calidad de la Atención mediante satisfacción de los usuarios. (Anexo N° 3)

La Encuesta de Satisfacción de los(as) Usuarios(as) consta de quince (15) ítems con dos alternativas de respuesta: Sí - No.

La Encuesta ha sido validada a través de juicio de expertos y el coeficiente Alfa de Cronbach. Los puntajes directos y niveles de calidad de la atención son los siguientes:

- Nivel Alto: 12 – 15
- Nivel Medio: 8 – 11
- Nivel Bajo: 0 - 7

1.6 Recolección de Datos

Para iniciar el estudio de la presente investigación se solicitó permiso respectivo al Gerente del Centro de Salud San Francisco y se buscó la colaboración de los profesionales de Enfermería y de los Usuarios(as) del Centro de Salud.

1.7 Procesamiento, Interpretación y Análisis de Datos

Procesamiento: Primero se realizó el control de calidad de la información registrada en las fichas de recolección de datos (*Anexo N° 4*), posteriormente se digitaron en una base de datos y nuevamente se sometió a un segundo control de calidad con un recuento y tabulación de datos en el Software estadístico para investigaciones sociales SPSS v. 17.0 para Windows.

Análisis de datos: Se realizó un análisis univariado de las características personales del profesional de enfermería y de los usuarios, en ello, se calcularon las medidas de tendencia central (media aritmética, frecuencias absolutas, relativas simples).

En el análisis bivariado se utilizó los test estadísticos de Rho de Speerman y Chi cuadrado, según correspondía y por último se utilizó el modelo de Regresión Logística. Se considero un nivel de confiabilidad de 95% y un valor $p < 0,05$.

1.8 Validez y Confiabilidad del Instrumento

Los instrumentos de recolección de datos son dos encuestas anónimas que han sido validadas por tres (03) especialistas en salud e investigación. Participaron un psicólogo y dos profesionales de Enfermería, además de la aplicación de una formula de validación del instrumento. (*Anexo N° 5*)

Y para la confiabilidad del instrumento se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach. (*Anexo N° 6*)

CAPITULO III

DE LOS RESULTADOS

1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

En este capitulo se presenta los cuadros estadísticos descriptivos y gráficos que corresponden a la información obtenida como resultado de la investigación y los análisis estadísticos de los cuadros que a continuación se detalla.

CUADRO N° 1

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y SU RELACIÓN CON LA APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD C. S. SAN FRANCISCO 2009

E. Interculturalidad Características	Total	Baja		Media		Alta		Estadístico	Valor (p)
		N°	%	N°	%	N°	%		
Edad (años)									
25 a 34	5	2	11,76	3	17,65	0	0,00	0,314*	(0,220)
35 a 44	7	2	11,76	4	23,53	1	5,88		
45 a 54	5	0	0,00	5	29,41	0	0,00		
Total	17	4	23,53	12	70,59	1	5,88		
Tiempo de servicio (años)									
< 1	5	1	5,88	4	23,53	0	0,00	-0,122*	(0,641)
2 a 5	3	0	0,00	2	11,76	1	5,88		
6 a 9	1	1	5,88	0	0,00	0	0,00		
10 a 20	8	2	11,76	6	35,29	0	0,00		
Total	17	4	23,53	12	70,59	1	5,88		
Área de trabajo									
Adolescente	1	0	0,00	1	5,88	0	0,00	10,863 [†]	(0,697)
Adulto Mayor	1	0	0,00	1	5,88	0	0,00		
CRED	4	2	11,76	2	11,76	0	0,00		
Emergencia	6	2	11,76	3	17,65	1	5,88		
Jefatura	1	0	0,00	1	5,88	0	0,00		
TBC	1	0	0,00	1	5,88	0	0,00		
Promoción de la salud	1	0	0,00	1	5,88	0	0,00		
Tópico	2	0	0,00	2	11,76	0	0,00		
Total	17	4	23,53	12	70,59	1	5,88		

Fuente: Encuestas Aplicadas en el C.S. San Francisco-DGAL. Tacna 2009.

* Correlación de Rho Spearman

[†] Valor χ^2 significativo a nivel $p < 0,05$

DESCRIPCIÓN:

El cuadro N° 1; muestra que el grupo de edad de 35-44 años fue el único donde se evidenció la aplicación de un enfoque de interculturalidad Alto con 5,88%, mientras que las enfermeras comprendidas entre los 45 a 54 años predominaron con la aplicación media (29,41%), seguido del grupo de 35-44 y de 25-34 años con 23,53% y 17,65% respectivamente. Estas variables mostraron cierto grado de correlación pero sin significancia estadística ($Rho=0,314$; $P=0,220$).

Con relación al tiempo de servicio de las enfermeras, se evidencia que solo el grupo de 2 a 5 años aplican un enfoque de interculturalidad Alto con 5,88% mientras que el grupo de 10 a 20 años sobresale por su aplicación en un nivel Medio (35,29%), seguido de los grupos de 2 a 5 años y menor de 1 año con 23,53% y 11,76% respectivamente. Estas variables no mostraron correlación ($Rho = -0,122$, $P=0,641$).

Se observa que respecto al área de trabajo las únicas que aplican un enfoque alto de interculturalidad son del grupo de emergencia con 5,88%. En cuanto a la aplicación en un nivel medio se tiene al grupo de crecimiento y desarrollo, y tópico con 11,76%; y en un nivel bajo al grupo de adolescente, adulto mayor, jefatura, estrategia de tuberculosis y promoción de la salud con 5,88% respectivamente.

CUADRO N° 2 - A

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS(OS) USUARIAS(OS) Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL C. S. SAN FRANCISCO 2009

Calidad de atención Características	Total	BAJA		MEDIA		ALTA		Estadístico	Valor (p)
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Edad (años)									
15-24	29	11	37,93	14	48,28	4	13,79	(-0,202)*	(0,044)
25-34	53	26	49,06	17	32,08	10	18,87		
35-44	14	11	78,57	1	7,14	2	14,29		
45-54	4	3	75,00	1	25,00	0	0,00		
Total	100	51	51,00	33	33,00	16	16,00		
Sexo									
Femenino	87	43	49,43	30	34,48	14	16,09	(0,775)	(0,679)
Masculino	13	8	61,54	3	23,08	2	15,38		
Total	100	51	51,00	33	33,00	16	16,00		
Estado civil									
Soltero	34	18	52,94	11	32,35	5	14,71	(0,098)	(0,951)
Casado/conviviente	66	33	50,00	22	33,33	11	16,67		
Total	100	51	51,00	33	33,00	16	16,00		
Grado de instrucción									
Primaria	10	6	60,00	3	30,00	1	10,00	(3,859)	(0,695)
Secundaria	65	29	44,62	24	36,92	12	18,46		
Técnico	4	2	50,00	1	25,00	1	25,00		
Superior universitario	21	14	66,67	5	23,81	2	9,52		
Total	100	51	51,00	33	33,00	16	16,00		

Fuente: Encuestas Aplicadas en el C.S. San Francisco-DGAL. Tacna 2009.

† Valor χ^2 significativo a nivel $p < 0,05$

* Rho de Spearmann

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 2 - A, se puede observar que los usuarios que perciben una calidad de atención alta son los que oscilan entre los 25-34 años de edad (49,06%), mientras que en el nivel medio se encuentran los grupos de 15-24 y 25-34 con 48,28% y 32,08% respectivamente. En lo que se refiere al sexo, el nivel alto se encuentra en el grupo femenino con 16,09% de igual manera sobresalta el grupo femenino en el nivel medio con 34,48% con respecto al grupo masculino de 23,08%.

En cuanto al estado civil, el grupo preponderante en el nivel alto es el de los casados/convivientes con 16,67%, así mismo este grupo resalta en el nivel medio de calidad de atención con 33,33%. Respecto al grado de instrucción, predomina el grupo de secundaria y superior universitario con 65,0% y 21,0% respectivamente.

CUADRO Nº 2 – B

CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LAS(OS) USUARIAS(OS) Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL C. S. SAN FRANCISCO 2009

Ocupación	Total	Baja		Media		Alta		Estadístico	Valor (p)
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Ama de casa	42	15	35,71	18	42,86	9	21,43	(10,970)	(0,089)
Estudiante	13	7	53,85	6	46,15	0	0,00		
Obrero/comerciante	28	18	64,29	5	17,86	5	17,86		
Profesional	17	11	64,71	4	23,53	2	11,76		
Total	100	51	51,00	33	33,00	16	16,00		
Tiempo de espera en el servicio									
< 1/2 hra.	17	9	52,94	7	41,18	8	47,06	(-0,100)*	(0,323)
1/2 - 1hra	21	7	33,33	10	47,62	8	38,10		
1 - 2 hrs.	22	11	50,00	5	22,73	10	45,45		
2 - 4 hrs.	32	19	59,38	9	28,13	12	37,50		
4 - 6 hrs.	8	5	62,50	2	25,00	2	25,00		
Total	100	51	51,00	33	33,00	40	40,00		

Fuente: Encuestas Aplicadas en el C.S. San Francisco-DGAL. Tacna 2009.

† Valor χ^2 : significativo a nivel $p < 0.05$

* Rho de Spearmann

DESCRIPCIÓN

En el cuadro Nº 2 – B, sobresale el grupo de las ama de casa con 42,0% y le sigue el de los comerciantes con 28,0%. En cuanto al tiempo de espera para ser atendidos, el grupo que tiene mayor porcentaje es el de 2 - 4 horas con 32,0%.

CUADRO N° 3

**APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL
C. S. SAN FRANCISCO 2009**

ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD	N°	%
Bajo (< de 50)	4	23,53
Medio (51 - 69)	12	70,59
Alto (70 - 81)	1	5,88
Total	17	100,00

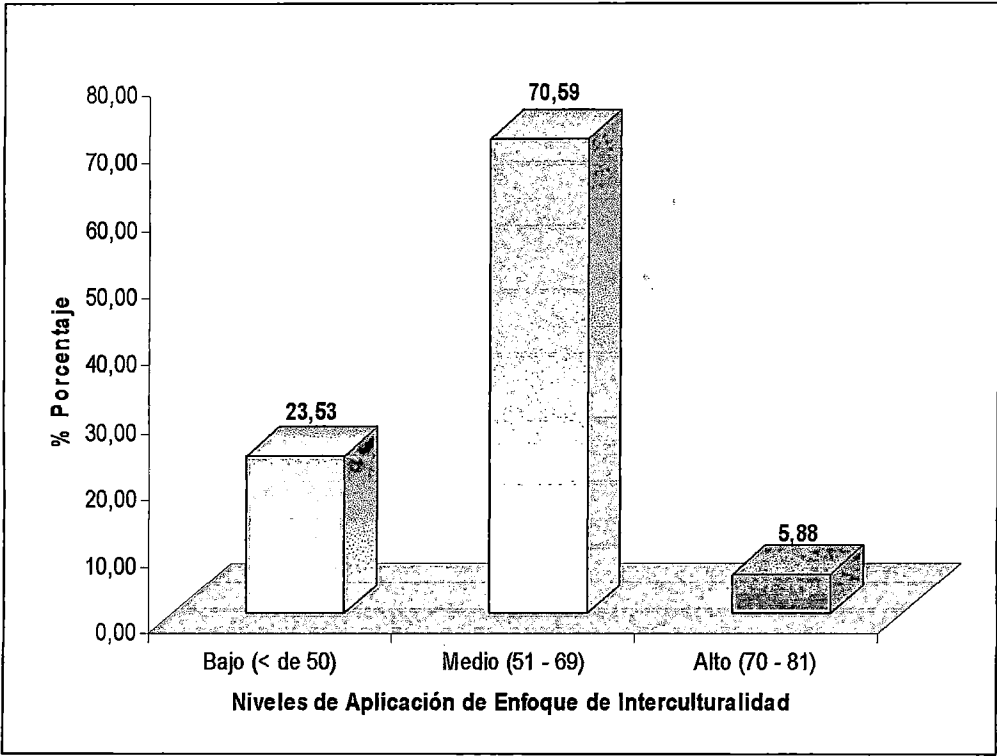
Fuente: Encuestas Aplicadas en el C.S. San Francisco-DGAL. Tacna 2009.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 3, se observa que un mayor porcentaje de aplicación del enfoque de interculturalidad se encuentra en el nivel medio con 70,59% seguido del nivel bajo con 23,53% y por último el nivel alto con solo 5,88%.

GRÁFICO N° 1

**APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL
C. S. SAN FRANCISCO 2009**



Fuente: Cuadro N° 03

CUADRO N° 4

CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL C. S. SAN FRANCISCO 2009

CALIDAD DE ATENCIÓN	Nº	%
Baja	51	51,00
Media	33	33,00
Alta	16	16,00
Total	100	100,00

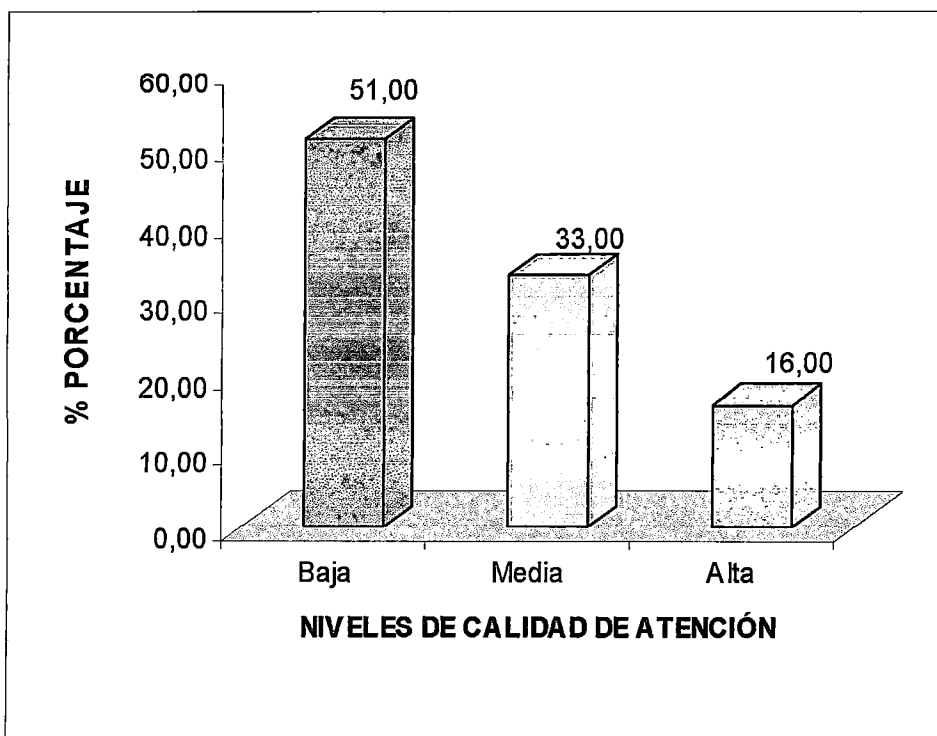
Fuente: Encuestas Aplicadas en el C.S. San Francisco-DGAL. Tacna 2009.

DESCRIPCIÓN:

El cuadro N° 4, se puede observa que predomina un nivel bajo (51,0%) en la calidad de atención del profesional de enfermería, según la percepción de los usuarios, así mismo le sigue el nivel medio representado por el 33,0% y por último el nivel alto con 16,0%.

GRÁFICO N° 2

CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL C. S. SAN FRANCISCO 2009



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO N° 5

APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA C.S. SAN FRANCISCO 2009

Calidad de atención Aplicación Enfoque Interculturalidad	Calidad de atención					
	BAJA	%	MEDIA	%	ALTA	%
Bajo (< 50)	22	56,41	14	35,90	3	7,69
Medio (51-69)	29	52,73	19	34,55	7	12,73
Alto (70-81)	0	0,00	0	0,00	6	100,00
TOTAL	51	51,00	33	33,00	16	16,00

Rho de Spearmann = 0,234

P = 0.019

Fuente: Encuestas Aplicadas en el C.S. San Francisco-DGAL Tacna 2009.

*Correlación de Rho Spearman; significativo a nivel $p < 0,05$

DESCRIPCIÓN:

El cuadro N° 5, muestra que el mayor porcentaje de la percepción en la calidad de atención es baja cuando el enfoque de interculturalidad aplicada por las enfermeras también es baja (56,41%), le sigue el enfoque medio y percepción de calidad de atención baja con 52,73%. En cuanto a la calidad de atención media, también predomina cuando el enfoque intercultural es bajo con 35,9%, seguido del nivel medio para ambos casos con 34,55%. Respecto a la calidad de atención Alta, se observó que el 100% es percibida en este nivel cuando el enfoque intercultural también es alto.

Al aplicar el estadístico de correlación notamos que la aplicación del enfoque intercultural y la calidad de atención se encuentran levemente correlacionadas pero estadísticamente significativa ($Rho = 0,234$; $P=0,019$), este nos indica que a medida que aumenta la aplicación del nivel de enfoque de interculturalidad también aumenta la percepción de la calidad de atención percibida por los usuarios.

CUADRO N° 6

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA DE ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD Y LA CALIDAD DE ATENCIÓN C. S. SAN FRANCISCO 2009

Calidad de atención	B	Valor Wald	Valor P	ASOCIACION
Aplicación Enfoque Interculturalidad	-1,779	9,010	0,003	SI

Fuente: Encuestas Aplicadas en el C.S. San Francisco-DGAL. Tacna 2009.

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 6, se realizó el análisis por regresión logística, donde se ha incluido la variable independiente (Aplicación de enfoque de Interculturalidad) que en una primera evaluación resultó levemente correlacionada a la calidad de atención (VD). En este segundo momento de análisis, el resultado nos muestra que se mantiene asociada ambas variables con alta significancia estadística (Wald=9,010; P=0,003).

2. DISCUSIÓN

En el cuadro N° 3, demostramos que la gran mayoría (70,59%) de enfermeras aplicaron un nivel medio del enfoque de interculturalidad y el 23,53% un nivel bajo, estos resultados nos estaría indicando que los profesionales de enfermería del C. S. San Francisco no estarían considerando lo ideal que debería aplicarse en este tema. En este contexto, la Norma Técnica de enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad nos plantea que la baja aplicación del enfoque de interculturalidad en los servicios de salud representa problemas en estos tiempos de globalización y se generan debates en cuestión a este tema; y esto podría deberse a la asociación con la calidad de atención debido al constante vínculo enfermera – usuario.

Según el acápite 5.1.3 de la Norma Técnica de Salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, señala que la existencia de una pluralidad de grupos étnicos-culturales con conocimiento, prácticas, recursos y terapias propias y distintos al sistema de salud oficial, ha generado en los agentes de este último, conductas discriminatorias y

relaciones autoritarias en perjuicio de los sistemas de salud tradicionales y de los miembros de estos sectores de la población que son rechazados, menos valorados y excluidos de las ventajas, de los avances científicos de la medicina occidental”.

Con los resultados obtenidos en el estudio, podemos corroborar lo mencionado en la Norma Técnica, ya que el nivel medio a bajo de aplicación del enfoque de interculturalidad podría estar repercutiendo en los usuarios, dado a que a que la percepción en la calidad de atención predominantemente fue de baja a media, lo cual probablemente estaría haciéndolos sentir rechazados y excluidos de los servicios de salud.

En el cuadro N° 4, se encontró que entre los usuarios, un poco más de la mitad (51,0%) percibieron una baja calidad de atención y un 33,0% un nivel medio. En contraste a estos resultados, el estudio realizado por GOVIN SCULL & TORRES MILÍAN & REGALADO CHOUZA (La Habana, 2002) en su trabajo “Calidad de la Atención de Enfermería” evidenció que el 90,8% de los usuarios encuestados

mostraron satisfacción con la calidad de atención de enfermería. Otro estudio realizado por ACEVEDO-PORRAS & CASTAÑEDA HIDALGO (México, 2008) sobre "Satisfacción del Usuario con la Intervención de la Enfermería" encontró que el 82% de sus encuestados se encontraron satisfechos con las intervenciones de enfermería.

Al comparar estas cifras porcentuales se observa que los resultados de nuestro estudio discrepan con lo publicado por GOVIN & TORRES & REGALADO y con los de ACEVEDO-PORRAS & CASTAÑEDA; al respecto, podríamos decir que esta diferencia pueda deberse a que las investigaciones fueron hechas en otro espacio, tiempo y población, el primero fue realizado en Cuba y el segundo en México, siendo estos países más desarrollados en lo referido a la calidad de atención de servicios de salud con atención integral, rápida y moderna que comparado a nuestro sistema de salud y más aún el C. S. San Francisco donde se carece de recursos materiales, humanos y es administrado por un Comité Local de Administración de Salud (CLAS), nos posiciona en una situación de desventaja ante estos países.

En el cuadro N° 5, se halló que el mayor porcentaje de la percepción en la calidad de atención es baja cuando el enfoque de interculturalidad aplicada por el profesional de enfermería también es baja (56,41%), le sigue el enfoque medio y percepción de calidad de atención baja con 52,73%. En cuanto a la calidad de atención media, también predomina cuando el enfoque intercultural es bajo con 35,9% y respecto a la calidad de atención Alta, se observó que el 100% es percibida en este nivel cuando el enfoque intercultural también es alto.; en cuanto al estudio realizado no se hallaron antecedentes de investigación sobre el tema, para poder realizar comparaciones o contrastaciones respecto a las cifras encontradas.

Con este resultado, no tratamos de fundamentar que la aplicación del enfoque de interculturalidad es la única causa que originaría un nivel alto en la calidad de atención del profesional de enfermería, ya que esta última variable es muy compleja e interactúa con un conjunto de componentes inherentes al sistema de salud.

Este resultado también nos indicó que a medida que aumenta la aplicación del nivel de enfoque de interculturalidad también aumenta el nivel de la calidad de atención del profesional de enfermería

percibida por los usuarios, esto podría deberse a que en Tacna existe una alta tasa de población migrante de la ciudad de Puno caracteriza por su cultura arraigada; ubicadas en distintas zonas de la ciudad sobre todo dentro de la jurisdicción del Centro de Salud San Francisco.

En el cuadro N° 6, se comprobó estadísticamente la asociación entre la variable de aplicación de enfoque de Interculturalidad y la variable calidad de atención ($Wald=9,010$; $P=0,003$). Se deduce que en el estudio realizado, el efecto negativo producido en calidad de atención percibida por el usuario, podría ser explicado, por una predominancia de aplicación de enfoque intercultural bajo a medio por la profesional de enfermería, ya que este nivel no fue el ideal que debió aplicarse a los usuarios del primer nivel de atención del Centro de Salud San Francisco.

3. CONCLUSIONES

- 1) En lo que se refiere a la aplicación del enfoque de interculturalidad se puede concluir que la mayor parte de las profesionales de enfermería del C.S. San Francisco, se encuentran aplicando este enfoque entre un nivel medio a bajo; y según las características de las profesionales de enfermería se observa que entre la edad de 45 a 54 años y 35 a 44 años predominaron con el nivel medio; el tener 10 a 20 años de servicio destaca en el nivel medio y el trabajar en el área de emergencia, muestra el mayor porcentaje de enfoque de interculturalidad.

- 2) El Centro de Salud San Francisco en cuanto a la calidad de atención del profesional de enfermería se encuentra en un nivel bajo a medio (51,0% y 33,0%), ya que según las características de la muestra de estudio los grupos que refirieron niveles bajos de calidad de atención, podrían ser los más vulnerables por no estar recibiendo la atención adecuada.

- 3) La existencia de una leve correlación entre la aplicación del enfoque intercultural y la calidad de atención; junto a la asociación existente entre ellas, nos evidencia que según los niveles de

aplicación del enfoque aumenten también los niveles de la calidad subirán positivamente; no siendo el enfoque intercultural el único factor a contribuir con la mejora de la calidad de atención de las enfermeras.

4. RECOMENDACIONES

- 1) Es necesario que se efectúen investigaciones sobre la aplicación del enfoque de interculturalidad en la atención que brinda el profesional de Enfermería que labora en los diversos Centros de Salud, tanto públicos como privados de la región Tacna.
- 2) Se sugiere la elaboración de planes y programas de salud implementando el enfoque de interculturalidad, ya que es urgente la aplicación de esta temática para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad en Tacna; así también capacitar a los profesionales de enfermería en lo concerniente al tema de interculturalidad ya que hay muchos de ellos que no tienen conocimiento de dicho enfoque ni como aplicarlo, y como enfermeras debemos ser las principales promotoras para beneficio de nuestra profesión y atención a la población.
- 3) Es importante que el Profesional de Enfermería cuestione la forma de trabajo cotidiano ya que urge un cambio de actitud personal para así darle a nuestra profesión un matiz de calidez y calidad.

- 4) La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann debe incluir en su Plan de Estudios, como Eje Transversal, el Enfoque de Interculturalidad, dado que la población de nuestra región es proveniente en su mayoría de la zona alto andina y de otras regiones del país donde se caracteriza por una pluriculturalidad tanto de idioma, raza o etnia y otros.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVARADO, R. y VERA, A. (2001). "Evaluación de la satisfacción de usuarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud". Revista Chilena de Salud Pública, vol. 5, nº 2-3, pp. 81-89.
2. CAMPOS, ROBERTO Y OTROS. (2004). "La Interculturalidad en la Practica Medica del Doctor Albert Schweitzer" en: Revista Gaceta Médica Mexicana. Vol.140. Nº 6. México.
3. CORRALES MORENO, E. (2003). "Aplicación de la mirada antropológica en la disciplina enfermera". Index de Enfermería (Granada), 43: 37-39.
4. DOS REIS RODRÍGUEZ, A. J.; RAPOSO, M.L. y DO PACO, A. (2003). "Estudio sobre la satisfacción de los usuarios de una unidad de salud", Actas de las II Jornadas Internacionales de Marketing Público y No Lucrativo, Zaragoza (España), abril, pp. 141-152.
5. FERNÁNDEZ, GERARDO. (2004). "Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas". Primera Edición. Editorial Abya Yala. Ecuador.

6. FULLER, NORMA. (2002). "Interculturalidad y Política. Desafíos y Posibilidades". Red para El Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú. Lima.
7. GALÁN, M. (2000). "El Reto de la Mejora en la Educación Superior: Una Perspectiva Europea", Programa de Doctorado: "Evaluación, Mejora y Calidad de la Educación Superior", Universidad de Cádiz, España.
8. ICOCHEA MARTEL, Georgina (2006). "Medicina Tradicional y Enfermería Intercultural en Ayacucho". Primera Edición. Naokim Editores. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Facultad de Enfermería. Ayacucho.
9. MARRINER TOMEY, Raile Alligood. (2005). "Modelos y Teorías en Enfermería". 4ª edición. Editorial Harcourt Brace. Madrid.
10. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. RESOLUCIÓN MINISTERIAL 638-2006/MINSA. (2006). "Norma Técnica de Salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud".

11. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Grupo de Trabajo de Salud Mental de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos. (2006). "Salud Mental Comunitaria en el Perú: Aportes Temáticos para el Trabajo con Poblaciones". Proyecto Amares. Lima.
12. MORENO, Manuel (2005). "Una mirada antropológica del cuidado del paciente inmigrante". Biblioteca Las casas / Fundación Index.
13. NAJERA, ROSA. (1996). "Ética y Enfermería en Materiales de Estudio para la Formación de Ética y Bioética". ISDEN. Lima.
14. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1992). Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación Científica N° 534, Washington, D.C.
15. PLANAS TOLEDO, María Elena (2006). "Interculturalidad en Salud Mental". Lima: CIES.
16. RIVEROS, Jorge y BERNE, Carmen (2007). "Estudio de la satisfacción en servicios públicos de Salud: El caso de un hospital del sur de Chile". Universidad Austral de Chile.

Referencias Electrónicas

1. ARCE, Hugo (2007). "Proyecto sobre indicadores de calidad en salud de la OCDE". Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/Articulos/IndicadoresQOCDE.pdf>
2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ (2009). Disponible en: <http://www.tc.gob.pe/legconperu/constitucion.html>
3. DE LA ALDEA, Elena (2005). "El enfoque intercultural en Salud." Centro de Investigación Social de Ayacucho – CIES. Disponible en: <http://www.ceisaperu.org/node/43>
4. DUEÑAS ARAQUE, Alonso (2006). "Dimensiones de la Calidad en los Servicios de Salud". Web Site: Gerencia Salud. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art260.htm>
5. GALAO MALO, Roberto et al. (2005) ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. Enero-abril, 2 (4). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>
6. GOBIERNO DE CHILE (2002). "Hacia un nuevo modelo de gestión en salud", junio. Disponible en: www.msp.gov.ec/dnsipi/documentos/guia-adecuacion.doc

7. GONZÁLEZ MARTIN, Miranda. "Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas". Fernández Juárez, Gerardo (2004), Ediciones Abya Yala, Quito, Ecuador. Cuadernos Antropológicos. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2005000100009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1850-275X
8. GOVIN SCULL, Juana, TORRES MILÍAN, Midalis y REGALADO CHOUZA, Dalinies. Revista de Ciencias Médicas La Habana (2002).. Hogar Materno de San Nicolás. "Calidad de la Atención de Enfermería". Disponible en:
http://www.cpicmha.sld.cu/hab/vol8_1_02/hab03102.htm
9. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE ECUADOR Y EL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO - BID (2006). "Guía para la adecuación cultural de los servicios de salud". Disponible en:
www.saludyfuturo.cl/images/pdf/gestion.pdf
10. RUBIO CEBRIÁN, Santiago (1995). "Glosario de Economía de la Salud". Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España. Citado por Otero, Jaime (2008). Disponible en:

[http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que es calidad en salud.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/que_es_calidad_en_salud.doc).

11. TARRÉS CHAMORRO, Sol (2001). "El cuidado del otro: diversidad cultural y enfermería transcultural". Universidad Católica San Antonio, Murcia- España. Disponible en: http://www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html
12. WIKIPEDIA. La Enciclopedia Libre. (2009). "Interculturalidad". Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Interculturalidad>

ANEXO N° 1
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

	VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE	Aplicabilidad del Enfoque de interculturalidad	Significa, la apertura a conocer y comprender la cultura, así como la cosmovisión de la población que se atiende en los servicios médicos y actuar con absoluto respeto para mejorar el impacto clínico ya que las dos formas de atención en salud (la convencional) y la tradicional), conviven en un mismo espacio social.	• Idioma de los usuarios(as).	• Nivel alto • Nivel medio • Nivel Bajo	Ordinal
			• Creencias de los (as) usuarios(as).	• Nivel alto • Nivel medio • Nivel Bajo	Ordinal
			• Costumbres de los(as) usuarios(as).	• Nivel alto • Nivel medio • Nivel Bajo	Ordinal
			• Prácticas sanitarias de los(as) usuarios(as).	• Nivel alto • Nivel medio • Nivel Bajo	Ordinal

	VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA
VARIABLE DEPENDIENTE	Calidad de atención del Profesional de Enfermería	Calidad en la atención en salud es satisfacer las necesidades del usuario(a) que acude al Centro de Salud e implica consistencia y adecuación de las necesidades del usuario(a) a las condiciones del Centro de Salud.	• Accesibilidad • Oportunidad • Pertinencia • Seguridad • Continuidad • Información • Amabilidad	• Nivel alto • Nivel medio • Nivel Bajo	Nominal
				• Nivel alto • Nivel medio • Nivel Bajo	Nominal
				• Nivel alto • Nivel medio • Nivel Bajo	Nominal
				• Nivel alto • Nivel medio • Nivel Bajo	Nominal
				• Nivel alto • Nivel medio • Nivel Bajo	Nominal

ANEXO N° 2

ENCUESTA DE APLICACIÓN DE ENFOQUE INTERCULTURAL

Sra /Srta. Enfermera, la presente es una Encuesta que intenta recoger sus opiniones acerca del Enfoque Intercultural en la atención de salud. Trata de ser honesta en sus respuestas pues nos ayudará a mejorar nuestro servicio a la población. Antes de responder a la Encuesta, sírvase anotar los siguientes datos:

Edad: _____

Tiempo de servicio en el Centro de Salud: _____ Área de trabajo: _____

Instrucciones:

Usted encontrará un conjunto de afirmaciones referidas a la aplicación del enfoque intercultural en salud. Señale el grado de conocimiento que usted posee colocando un aspa (X) en la columna que mejor refleje dicho conocimiento o aplicación. Recuerde que 1 es muy bajo y 9 muy alto.

Ítems	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Aplico mi conocimiento del enfoque intercultural en salud.									
2. Hablo el idioma nativo de los(as) usuarios(as) de este Centro de Salud (Idioma Aymara o Quechua.									
3. Respeto las creencias de los(as) usuarios(as) acerca de las vacunas y la vacunación.									
4. Aplico mi conocimiento de las creencias de los(as) usuarios(as) acerca de la extracción de la sangre.									
5. Aplico mi conocimiento de las preferencias de las usuarias en ser atendidas por mujeres, en la atención gineco-obstétrica									
6. Aplico mi conocimiento de las prácticas populares de curación que usan los(as) usuarios(as).									
7. Reconozco la importancia de las creencias religiosas a de los(as) usuarios(as).									
8. Aplico mi conocimiento de las creencias respecto a la influencia del daño en la salud de los(as) usuarios(as).									
9. Reconozco la importancia que otorgan los(as) usuarios(as) al uso de las plantas medicinales.									

Gracias por su colaboración.

ANEXO N° 3

ENCUESTA DE CALIDAD DE ATENCIÓN

Instrucciones:

A continuación se presenta una lista de afirmaciones respecto a la opinión que usted tiene de la Calidad de Atención de Enfermería del Centro de salud San Francisco. Cada pregunta tiene dos posibles respuestas: **Sí** o **No**. Por favor responda con sinceridad a cada una de las interrogantes. Recuerde que la encuesta es anónima.

Edad:_____ Grado de instrucción:_____ Ocupación:_____

Sexo:____ Estado Civil:_____

Preguntas	Sí	No
1. La enfermera se presenta adecuadamente ante usted.		
2. La enfermera le brinda orientación al ingreso al Centro de Salud.		
3. La enfermera se interesa en llamarla a su consulta médica.		
4. Recibe usted por parte de la enfermera apoyo y confianza.		
5. La enfermera le brinda un trato amable y cordial.		
6. La enfermera le brinda información acerca de los trámites de que debe realizar en el Centro de Salud.		
7. La enfermera muestra interés en escucharlo(a)		
8. La enfermera muestra interés en su padecimiento o problema de salud.		
9. La enfermera le brinda una atención personalizada		
10. La enfermera le dedicó el tiempo suficiente		
11. La enfermera le explicó lo que tenía		
12. La enfermera le explicó adecuadamente el procedimiento que le iba a realizar.		
13. Entendió las recomendaciones de la enfermera.		
14. Esta satisfecha(o) con el tiempo de espera para la atención de enfermería.		
15. Esta satisfecha(o) con la atención con la atención de enfermería que recibió.		

¿Cuánto tiempo espero en ser atendido?_____

Gracias por su colaboración

ANEXO N° 4

PRUEBA ESTADÍSTICA PARA COMPARACIÓN DE PROPORCIONES:

Chi cuadrado:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

Donde:

χ^2 = Estadística De Ji cuadrada

O = Frecuencia observada

E = Frecuencia esperada

PRUEBA ESTADÍSTICA PARA CORRELACION DE RANGOS

Rho de Spearman:

$$r_s = \frac{\sum (R_X - \bar{R}_X) (R_Y - \bar{R}_Y)}{\sqrt{\sum (R_X - \bar{R}_X)^2} \sqrt{\sum (R_Y - \bar{R}_Y)^2}}$$

Donde:

r_s = Estadística De Rho de Spearman

R_x = Rango de la variable X

R_y = Rango de la variable Y

— — — $\bar{R}_X$ y $\bar{R}_Y$ = Media de los rangos de las variables X y Y

ANEXO N° 5

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

I. GUÍA DE ENTREVISTA N° 1

Se construyo una tabla adjunta, donde se colocaron los puntajes por ítems y sus respectivos promedios.

N° ITEM	EXPERTOS			PROMEDIO
	A	B	C	
1	5	5	5	5
2	5	5	5	5
3	5	5	4	4,67
4	5	5	5	5
5	5	5	5	5
6	5	4	5	4,67
7	5	5	5	5
8	5	5	4	4,67
9	5	5	5	5

Con los promedio hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + (x - y_3)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo de la escala concebida para cada ítem

y = El promedio de cada ítem.

En el presente trabajo de investigación la distancia de puntos múltiples DPP es de: 0.57

Se determino la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + (x_3 - 1)^2 + \dots + (x_9 - 1)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo en la escala para cada ítem (es decir 5).

1 = Valor mínimo de la escala para cada ítem (es decir 1).

La Dmax hallada fue de 12.

La Dmax se dividió entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de 2. 4.

Con este último valor hallado, se construyo una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar al Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre si, llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

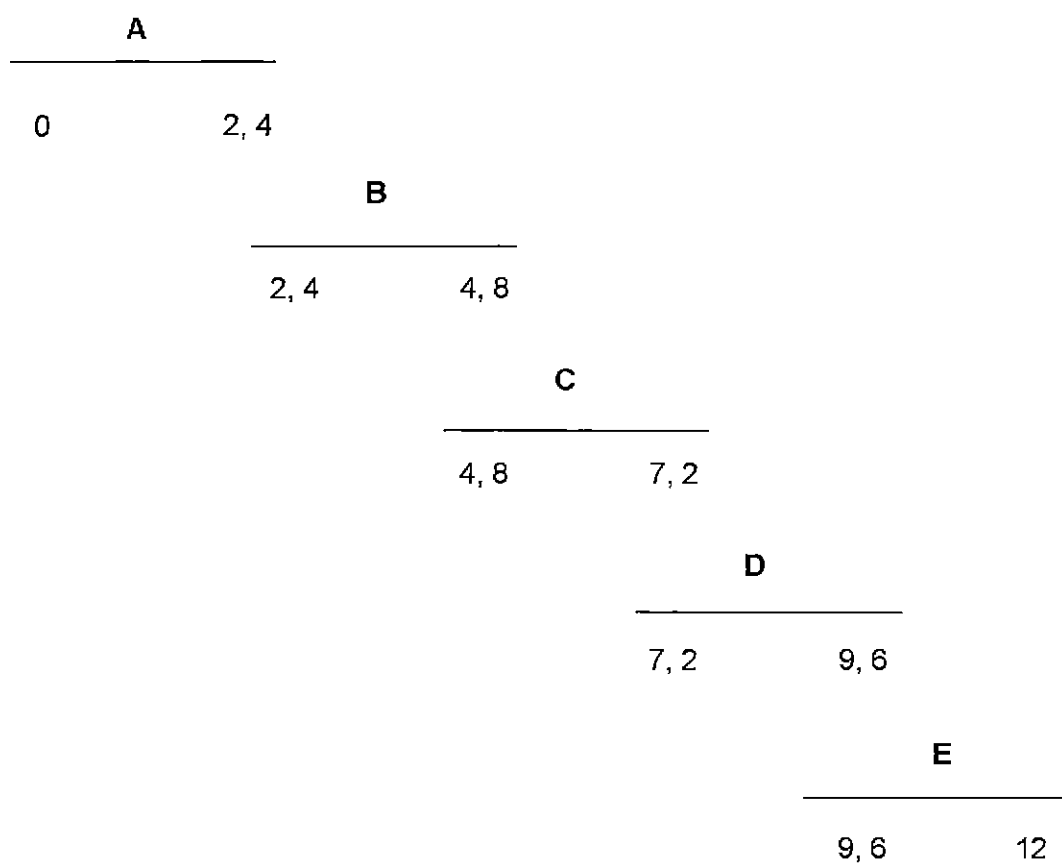
A: Adecuación total

B: Adecuacion total

C: Adecuación promedio

D: Escasa adecuación

E: Inadecuación



El valor hallado del DPP fue de 0.57 cayendo en la zona A, lo que significa una Adecuación Total del instrumento y que puede ser aplicado.

II. GUÍA DE ENTREVISTA N° 2

Se construyo una tabla adjunta, donde se colocaron los puntajes por ítems y sus respectivos promedios.

N° ITEM	EXPERTOS			PROMEDIO
	A	B	C	
1	4	5	5	4,67
2	5	4	5	4,67
3	5	5	4	4,67
4	5	5	5	5
5	5	5	4	4,67
6	5	5	5	5
7	5	4	5	4,67
8	5	5	5	5
9	5	4	5	4,67

Con los promedio hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + (x - y_3)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo de la escala concebida para cada ítem

y = El promedio de cada ítem.

En el presente trabajo de investigación la distancia de puntos múltiples DPP es de: 0.81

Se determino la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + (x_3 - 1)^2 + \dots + (x_9 - 1)^2}$$

Donde:

x = Valor máximo en la escala para cada ítem (es decir 5).

1 = Valor mínimo de la escala para cada ítem (es decir 1).

La Dmax hallada fue de 12.

La Dmax se dividió entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de 2.4.

Con este último valor hallado, se construyo una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar al Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre si, llamándose con las letras A, B, C, D, E.

Siendo:

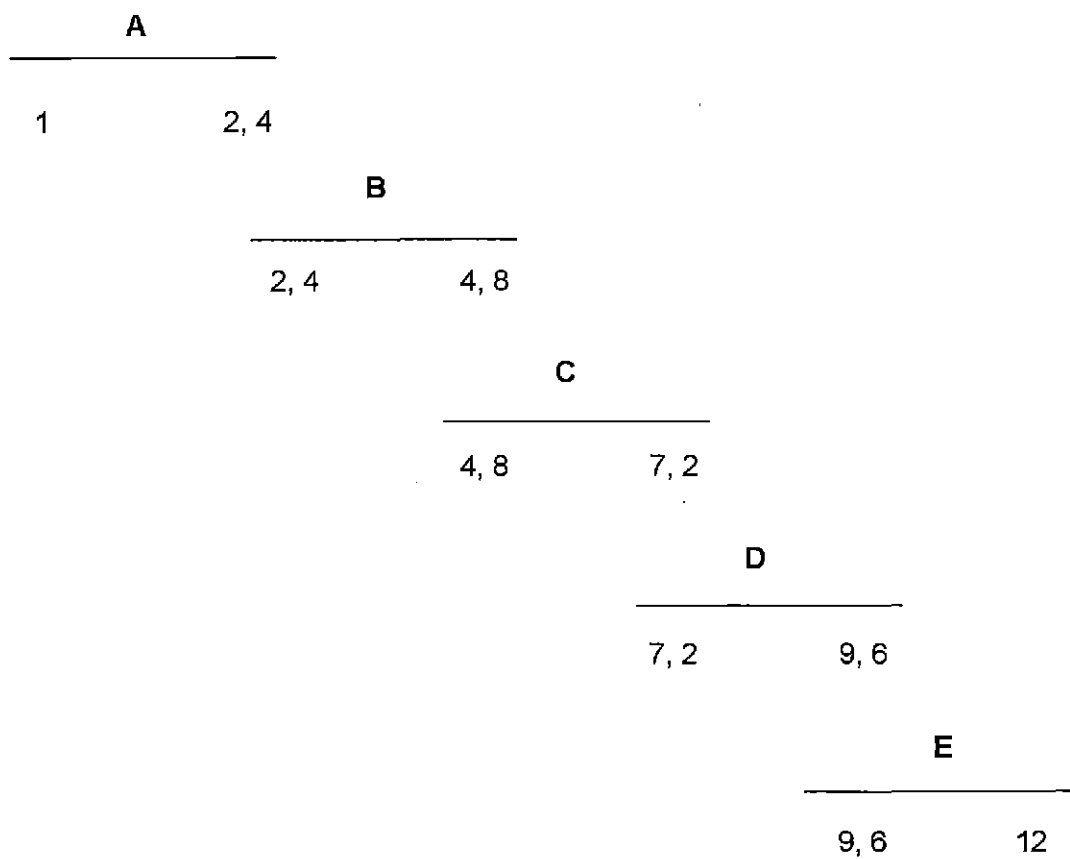
A: Adecuación total

B: Adecuacion total

C: Adecuación promedio

D: Escasa adecuación

E: Inadecuación



El valor hallado del DPP fue de 0. 81 cayendo en la zona A, lo que significa una Adecuación Total del instrumento y que puede ser aplicado.

ANEXO N° 6

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

(Alpha de Cronbach)

INSTRUMENTO N° 1

Aplicación del Enfoque de Interculturalidad

ítems	Coefficiente Alpha
Ítem 1	0,8393
Ítem 2	0,7919
Ítem 3	0,8423
Ítem 4	0,7797
Ítem 5	0,8442
Ítem 6	0,7455
Ítem 7	0,8372
Ítem 8	0,7918
Ítem 9	0,8050

Siendo:

Coefficiente de 0: Nula confiabilidad

Coefficiente $\geq 0,70$: Fiabilidad respetable

Coefficiente 1: Máximo de confiabilidad (confiabilidad total)

- Por lo tanto se puede considerar que las variables consideradas en esta investigación, señaladas anteriormente tienen valores ***respetables de confiabilidad***.

INSTRUMENTO N° 2

Encuesta de satisfacción con la atención

Ítems	Coefficiente Alpha
Ítem 1	0,7878
Ítem 2	0,7321
Ítem 3	0,7838
Ítem 4	0,8424
Ítem 5	0,8525
Ítem 6	0,7894
Ítem 7	0,8225
Ítem 8	0,9334
Ítem 9	0,7354
Ítem 10	0,8111
Ítem 11	0,8545
Ítem 12	0,9434
Ítem 13	0,7953
Ítem 14	0,7835
Ítem 15	0,8002

Siendo:

Coefficiente de 0: Nula confiabilidad

Coefficiente $\geq 0,70$: Fiabilidad respetable

Coefficiente 1: Máximo de confiabilidad (confiabilidad total)

- Por lo tanto se puede considerar que las variables consideradas en esta investigación, señaladas anteriormente tienen valores ***respetables de confiabilidad***.

ANEXO N° 7

CUADRO N° 1

CARACTERÍSTICAS DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL

C. S. SAN FRANCISCO 2009

CARACTERÍSTICAS	N°	%
Edad (años)		
25-34	5	29,41
35-44	7	41,18
45-54	5	29,41
Promedio $\pm$ DE*	38,17	(DE=7.73)
Total	17	100,00
Tiempo de servicio (años)		
< 1	5	29,41
3-5	3	17,65
6-9	1	5,88
10-20	8	47,06
Total	17	100,00
Área de trabajo		
Adolescente	1	5,88
Adulto Mayor	1	5,88
CRED	4	23,53
Emergencia	6	35,30
Jefatura	1	5,88
TBC	1	5,88
Promoción de la salud	1	5,88
Tópico	2	11,76
Total	17	100,00

Fuente: Encuestas Aplicadas en el C.S. San Francisco-DGAL. Tacna 2009.

* DE = Desviación estándar

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 1, se evidencia que de acuerdo a la edad, el grupo que mas sobresale es el de 35-44 con 41,18% seguido de los grupos de 25-34 y 45-54 con 29,41% cada uno. Relacionado al tiempo de servicio; el grupo de 10-20 tiene el mas alto porcentaje (47,06%) seguido del grupo menor de 1 año con 29,41%.

En cuanto al grupo predominante en el área de trabajo se tiene a emergencia con 35,30%, continuado por el grupo de crecimiento y desarrollo (23,53%) y tópico con 11,76%; así mismo el grupo de adolescente, adulto mayor, jefatura, estrategia de tuberculosis y promoción de la salud con 5,88% respectivamente.

CUADRO N° 2 - A

CARACTERÍSTICAS DE LAS(OS) USUARIAS(OS) DEL C. S. SAN FRANCISCO 2009

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
Edad (años)		
15-24	29	29,00
25-34	53	53,00
35-44	14	14,00
45-54	4	4,00
Promedio $\pm$ DE*	28,53	(DE=7.62)
Total	100	100,00
Sexo		
Femenino	87	87,00
Masculino	13	13,00
Total	100	100,00
Estado civil		
Soltero	34	34,00
Casado/conviviente	66	66,00
Total	100	100,00
Grado de instrucción		
Primaria	10	10,00
Secundaria	65	65,00
Técnico	4	4,00
Superior universitario	21	21,00
Total	100	100,00

DESCRIPCIÓN:

En el cuadro N° 2, se puede identificar las características predominantes de las(os) usuarias(os) del centro de salud San Francisco, donde el grupo de 25 a 34 años de edad representó el 53% y los de 15-24 años el 29,0%. Con relación al sexo, las mujeres predominaron con 87% respecto a los hombres (13,0%).

Referente al estado civil, las(os) usuarias(os) casados/convivientes representan el 66,0% ante las(os) usuarias(os) solteras(as) con 34,0%. Según el grado de instrucción, existe una mayor representación del grupo de secundaria con 65,0% seguido del grupo superior universitario con 21,0%.

CUADRO Nº 2 – B

CARACTERÍSTICAS DE LAS(OS) USUARIAS(OS) DEL

C. S. SAN FRANCISCO 2009

CARACTERÍSTICAS	Nº	%
Ocupación		
Ama de casa	42	42,00
Estudiante	13	13,00
Comerciante	28	28,00
Profesional	17	17,00
Total	100	100,00
Tiempo de espera en el servicio		
< 1/2 hra.	17	17,00
1/2 - 1.0 hra	21	21,00
1.0 - 2.0 hrs.	22	22,00
2.1 - 4.0 hrs.	32	32,00
4.1 - 6.0 hrs.	8	8,00
Total	100	100,00

Fuente: Encuestas Aplicadas en el C.S. San Francisco-DGAL. Tacna 2009.

* DE = Desviación estándar

DESCRIPCIÓN:

De acuerdo a la ocupación, el mayor porcentaje lo tiene el Ama de casa con 42,0% seguido de los comerciantes con 28,0%. Y respecto al tiempo de espera en el servicio, el grupo de 2,1-4,0 hrs. tiene mayor porcentaje (32,0%) continuado por el grupo de 1,0-2,0 hrs. con 22,0%.