

COMPETENCIA CULTURAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL EN PROFESIONALES DE LA SALUD: PERSPECTIVA INDÍGENA ZENÚ

Cultural Competence With Differential Approach On Health Professionals: Zenú Indian Perspective

*Lisbeth Astrid Flórez Martínez¹

Recibido: junio 14 de 2013.

Aprobado: julio 5 de 2013.

Resumen

Objetivo general: Evaluar el desarrollo de la competencia cultural con enfoque diferencial, en profesionales de la salud durante el proceso de atención a población indígena Zenú, en el marco de la Atención Primaria en Salud en el I nivel de atención, municipio de Sincelejo, año 2011. **Metodología:** Investigación mixta, transversal, descriptiva e interpretativa. Basada en una población de 133 profesionales de la salud y 33.532 indígenas Zenues, estratificada para la selección de la muestra 62 y 138 respectivamente, a través del programa StatCalc-Epi-Info 2011, con una prevalencia supuesta del 10% +/- 5%, confianza del 95%, seleccionadas aleatoriamente por el método coordinado negativo. Aplicándose la técnica de grupos focales, encuesta cerrada dirigida y cuestionario abierto de naturaleza cualitativa, previa validez de contenido y facial, información tratada en software ATLAS Ti 6, programa Epi-Info 6 y SPSS. **Resultados:** La competencia cultural en salud con enfoque diferencial fue desarrollada en un 70%, resultados obtenidos de la suma del dimensiones del ser (50%), asociada a los años de experiencia laboral (0,038 coeficiente eta) y el hacer en un (20%) relacionada a la capacidad técnica-científica, a pesar de no darse el saber (30%) consecuencia de la falta de formación. **Conclusión:** El desarrollo de la competencia cultural en salud es el resultado más desde las competencias básicas, genéricas y específicas, que desde la integralidad de las competencias profesionales incluida la competencia transversal del abordaje cultural en salud. Por tanto debe propenderse por formar profesionales humanamente integrales para la transformación social.

Palabras claves: Competencia, cultura, enfoque diferencial, indígenas, profesionales en salud.

Abstract

General objective: To evaluate the development of the cultural competence with differential approach, in health professionals during the attention process of the indigenous Zenú population, in the PHC framework in the first level of attention of the Municipality of Sincelejo, 2011. **Methodology:** Mixed, transversal, descriptive and interpretive investigation. Based on a population of 133 health professionals and 33.532 indigenous Zenues, stratified for a sample selection of 62 and 138 respectively through the StatCalc-Epi-Info 2011 program, with assumed prevalence of 10% +/- 5%, with a 95% confidence, randomly selected by the negative coordinated method. Focal group interviews closed directed interviews and qualitative open-ended questionnaires were applied, with previous content and facial validity, information tried in ATLAS You 6 software, Epi-Info programs 6 and SPSS. **Results:** The cultural competence in health with differential approach was developed by a 70%, The results were obtained by adding the "being" dimension (50%), associated to the years of work experience (0,038 coefficient eta) "the doing" in a (20%) related to the technical-scientific capacity, despite knowledge not being shown(30%) due to the lack of training. **Conclusion:** The development of the cultural competence in health is more the result from the basic and specific abilities that from the integral professional competences including the cross-cultural competence health wise. Therefore, there should be a need to form integral human professionals for social transformation.

Keywords: Competence, culture, differential approach, indigenous, health professionals.

¹ Enfermera. Especialista en Salud Familiar con Enfoque Gerencial, Magister en Educación

*Correspondencia: Lisbeth Astrid Flórez Martínez. lisflo0125@yahoo.es, Sincelejo -Sucre.

INTRODUCCIÓN

La comprensión de la cultura y su relación con la salud, ha provenido de diversas disciplinas, (1) las Ciencias Humanas (Antropología, la Sociología, la Educación, otras) y disciplinas del área de la salud (Enfermería, Medicina, Odontología, posgraduados en ciencias humanas, otros), brindado aportes para su comprensión y considerado importante el desarrollo de la competencia cultural para brindar atención congruente al contexto, respondiendo a las necesidades de los individuos según su cultura, etnia y denominaciones. Teniendo presente las minorías étnicas por su tendiente riesgo de extinción, especialmente la indígena.

Wilson en su escrito "The significance of a Culturally appropriate health service for Indigenous Māori women, Nueva Zelanda", concluyo que los servicios de salud culturalmente apropiados generan confianza en los usuarios indígenas (2). Por su parte Mondaca & Pérez en su "Estudio Etnográfico de las Experiencias de Sanar y Enfermar en Mujeres Mapuche Huilliche-Sector Sur de San Juan de la Costa, Chile", concluyo la importancia de implementar Programas de Enfermería Transcultural para la atención a pueblos indígenas acordes al ciclo vital (3). En la misma línea, Romero en su investigación "Conservación y adaptación de los cuidados culturales en salud del pueblo indígena Wiwa-Sierra Nevada en el Duklindue, Colombia", determino que la conservación y adaptación del cuidado cultural de salud, es fundamental en la calidad de atención a usuarios indígenas (4).

Estas líneas de conocimiento, sustentan el objetivo de evaluar el desarrollo de la competencia cultural con enfoque diferencial en los profesionales de la salud en el marco de la atención primaria perspectiva étnica indígena Zenú en el municipio de Sincelejo, por el riesgo emergente de su continua extinción.

El abordaje del desarrollo de la competencia cultural se basó en la teoría del constructivismo social de Lev Vygotsky, pasando por puntos de convergencias de distintas definiciones de competencia, destacando "la construcción del mejor

desempeño para responder a las demandas del entorno", (5) hasta llegar a la recogida de elementos para la definición de competencia cultural en salud como "el proceso en el que el profesional de la salud se esfuerza continuamente para lograr la capacidad y disponibilidad para trabajar eficazmente en contexto cultural ..." (6). Construcciones resultantes de la persona que sabe actuar pertinentemente en contexto, movilizándolo recursos personales (conocimientos, actuaciones, cualidades y emotividad), definiéndose entonces las dimensiones del ser, saber y hacer (5), además de seis categorías, cinco propuestas por Baconte, conciencia, conocimiento, encuentro, deseo y habilidad cultural y el enfoque diferencial propuesto por la autora (6).

Pretendiendo generar núcleos de aprendizajes colectivos, contribuyendo a dar sentido a la responsabilidad social de la Educación Superior en salud a través de sus programas académicos y profesionales de la salud, con el propósito de erigir propuestas de desarrollo factibles y sostenibles, desde la articulación intersectorial/transectorial con participación social, ciudadana y comunitaria contribuyendo a su preservación. Tema agendado en la salud pública a nivel mundial. (7)

Lo anterior guio la evaluación, reconocimiento del bagaje cultural de los profesionales con participación de usuarios indígenas. Primero en el ser, desde la **conciencia cultural** entendida como proceso deliberado y cognitivo, en el cual el profesional de salud es estimador y sensitivo a los valores, creencias, estilos de vida, prácticas y formas de afrontamiento del proceso salud/enfermedad en contextos, determinado por la **autoconciencia y conciencia por la diversidad Cultural**, seguida por el **encuentro cultural**, proceso por el cual se manifiesta el compromiso social en las **interacciones culturales/étnica** y el **deseo cultural**, definida como la **motivación cultural individual y social** que los profesionales de la salud tienen para querer comprometerse en el abordaje cultural. Segundo el saber, comprendido por el **conocimiento Cultural**, entendido como proceso de búsqueda y obtención de **conocimiento profesional**

cultural/étnico, para la **valoración Cultural** en contextos y el **enfoque diferencial**, aboga por la garantía de derechos específicos de poblaciones vulnerables en condiciones de especial atención (indígena), a partir del **reconocimiento profesional e institucional**. Y por último el haber, concebida por la **habilidad cultural**, definida como la destreza para recolectar datos culturales relacionados con la historia de salud del usuario, a través de las **relaciones interpersonales** para llegar a la aplicación coherente de la **capacidad científica-técnica**.

Los resultados de estas valoraciones, plantea retos a la educación superior en salud del siglo XXI, especialmente para los profesionales de la salud, sustentado en los resultados concluyentes, planteando la necesidad de formación para ser competentes, tanto desde el punto de vista técnico-científico, como culturalmente “[...] pilares básicos de la actividad asistencial [...]”.(8)

MATERIAL Y MÉTODOS

Investigación cualitativa, distinguida por la complementariedad metódica cualitativa y cuantitativa (9), permitiendo la posibilidad de conocer lo social a partir de las bondades de cada enfoque. Caracterizada por ser fenomenológica, descriptiva e interpretativa y transversal.

Marco Muestral

Conformado por 113 Profesionales, Medicina (46), Enfermería (28), Odontología (24), Bacteriología (15) y 33.532 indígenas Zenues. Diseño muestral obtenido a través del muestreo Probabilístico Estratificado de Elementos. Tamaño muestral, calculado por el programa StatCalc de Epi-Info 2011, con una prevalencia supuesta de 10% +/- 5%, y confianza del 95%, resultando 62 profesionales y 138 indígenas. Determinando unidades muestrales por selección probabilística (método aleatorio simple), utilizando el método coordinado negativo. (10)

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

Información recolectada mediante técnica de grupos focales (Indígenas), encuesta cerrada dirigida y cuestionario abierto cualitativo (Profesionales de la salud), previo diseño y validación por juicio de expertos, (1) y sujetos interviniente, (11) organizados a partir del marco teórico que sustentan las dimensiones y categorías a evaluar: ser (conciencia, deseo y encuentro cultural), saber (conocimiento y enfoque diferencial) y hacer (habilidad) (Tabla 1). Aplicados a muestra intencional de 10 sujetos por instrumento, seleccionados por muestreo no probabilístico, para determinar la validez facial.

Tabla 1. Evolución del Concepto Competencia Cultural en el ámbito de la salud.

Autor	Definiciones Competencia cultural en salud	Persona Elementos Culturales	Profesionales		
			Competencias		
			Ser	Saber	Hacer
Tawara D. Goode and Sharonlyn Harrison, Summer (2000),	Comprender la propia cultura y visión del mundo, adquirir valores, principios, conocimientos, atributos y destrezas para trabajar en un sistema, organización, programa o individuos, trabajando con eficacia en un ámbito de cruce de culturas.	Creencias Idioma Estilos interpersonales Conductas	Comprensión cultural. Cosmovisión. Valores y Principios. Compromiso. Autoevaluación.	Conocimiento	Trabajar con Eficacia Valoración
Pilleux, M. -2001	Capacidad para comprender las normas de comportamiento desde el punto de vista de los miembros de una cultura, especialmente la estructura social, los valores y creencias.	Normas de comportamiento Estructura social Valores Creencias	Comprensión.		
Margaret Andrews and y Joyceen S. Boyle, PhD, RN, CTN.	Competencia Cultural es adquirir conocimiento cultural como base de una evaluación cultural para proporcionar cuidados transculturales.	Elementos culturales		Conocimiento	Evaluación
Campinha Josefa-Bacote -2002	Proceso en el que el profesional de la salud se esfuerza para lograr la capacidad y disponibilidad para trabajar eficazmente en el contexto cultural.	Contexto cultural	Conciencia. Encuentros. Deseo.	Conocimiento	Trabajo eficaz Habilidades
Betancourt et al. (2003)	Capacidad del sistema sanitario y profesionales para tener en cuenta la influencia de los factores sociales y culturales en la salud de los pacientes.	Factores sociales, culturales Relaciones interculturales Contexto social	Reconocimiento. Adaptación. Conciencia.	Conocimiento	Evaluación
Lillo M, Vizcaya F, Domínguez J, Galao R. -2004	Integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes.	Comunicación inter e intercultural	Actitudes.	Conocimiento	Habilidad

Fuente: Elaborado por la autora de la investigación, Sincelejo (2011).

Continuación Tabla 1.

Autor	Definiciones Competencia cultural en salud	Persona Elementos Culturales	Profesionales		
			Competencias		
			Ser	Saber	Hacer
Papadopolus -2006	Responsabilidad del profesional de defender a los menos favorecidos en razón a su pertenencia étnica y el empoderar a las personas para participar en las decisiones de salud.	Pertenencia étnica Autocuidado de la salud Derechos Valores	Responsabilidad Abogacía. Empoderamiento.	Derechos	Inclusión
Kripalani S, Bussey-Jones J, Katz M, Genao I. A (2006)	Identificación de características creencias y prácticas de pensamiento que influyen en la relación médico-paciente y los resultados médicos. Centrado en el conocimiento, actitudes y habilidades, dentro de un enfoque multicultural,	Creencias, Pensamientos Determinantes sociales de la salud Factores socioculturales Valores, Comportamientos	Actitudes. Sensibilidad. Conciencia. Auto reflexión.	Conocimiento	Habilidades Identificar
Asociación Americana de Enfermería (AAN, 2007)	Conocimiento, entendimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado cultural aceptable.	Elementos culturales Visión del mundo	Entendimiento. Aceptación. Respeto. Aperturismo.	Conocimiento	Habilidad Cuidados Valoración
Comité Consultivo de Bioética Cataluña Du-na(2007)	Conjunto de conductas, actitudes y políticas que permiten al sistema, dispositivo y/o individuo funcionar de forma eficaz con pacientes y comunidades de origen cultural diverso.	Diversidad cultural	Conductas, Actitudes Cambio en la manera de pensar Entendimiento.	Políticas	Funcionamiento eficaz Comunicación
Purnell, L., & Paulanka, B. (2008)	Evaluación de pacientes en diversos entornos para comprender mejor sus propias creencias culturales, actitudes, valores, prácticas y comportamientos, prácticas de salud.	Creencias, Actitudes, Valores Comportamientos Comunicación Prácticas de salud	Comprensión.	Conocimiento	Evaluación
Rachel E. Spector (2009)	Desarrollar habilidades, conocimientos y actitudes de forma segura y satisfactoria para ofrecer cuidado cultural.	Elementos culturales	Actitudes. Sensibilidad.	Conocimiento	Habilidades Cuidado cultural seguro
Jeffreys, MR (2010).	Proceso de aprendizaje multidimensional que integra habilidades transculturales en las tres dimensiones educativas (cognitiva, práctica y afectiva),	Valores culturales Creencias, Tradiciones Prácticas, Estilo de vida	Dimensión Afectiva. Autoevaluación. Promoción activa. Innovación.	Dimisión cognitiva Sistemática investigación	Habilidades Medición Evaluación

Fuente: Elaborado por la autora de la investigación, Sincelejo (2011).

Metodología para evaluar la competencia cultural en salud

La evaluación se apoyó en elementos básicos para la evaluación de competencia en ámbito externo, (12) a través de autovaloraciones de

profesionales (cuantitativa y cualitativa), es decir la cuantitativa dada desde la recolección de datos en encuesta cerrada dirigida y tratada en matriz configurada en el Programa SPSS (Tabla 2).

Tabla 2. Matriz de evaluación del desarrollo de la Competencia Cultural en Salud con Enfoque Diferencial.

Competencia	Dimensión Valor% Ponderado	Indicador	Número de la Pregunta	Respuesta Esperada		Puntuación		Cuantificación	Calificación de la Dimensión		Desarrollo de la Competencia	
	Categoría			SI	NO	1 Acertada	0 No acertada		Desarrollo	No Desarrollo	Desarrollo	No Desarrollo
Competencia Cultural en Salud con Enfoque Diferencial	Ser 50%	Autoconciencia cultural	15	X		1		5	La suma de la mitad más uno	Menos de la suma de la mitad	>70% de la suma del valor de las dimensiones	<70% de la suma del valor de las dimensiones
			16	X		1						
	Conciencia Cultural	Conciencia por la diversidad cultural	17		X	1						
			18	X		1						
			19	X		1						
	Deseo Cultural	Motivación Cultural Individual y Social	20		X	1						
			21	X		1						
			22	X		1						
	Encuentro Cultural	Interacción Cultural/étnica	23	X		1		2				
			24	X		1						

Fuente: Elaborado por la autora de la investigación, Sincelejo (2011).

Continuación Tabla 2.

Competencia	Dimensión Valor% Ponderado	Indicador	Número de la Pregunta	Respuesta Esperada		Puntuación		Cuantificación	Calificación de la Dimensión		Desarrollo de la Competencia	
	Categoría			SI	NO	1 Acertada	0 No acertada		Desarrollo	No Desarrollo	Desarrollo	No Desarrollo
Competencia Cultural en Salud con Enfoque Diferencial	Saber 30%	Conocimiento profesional cultural/étnico	25	X		1		5	La suma de la mitad más uno	Menos de la suma de la mitad	>70% de la suma del valor de las dimensiones	<70% de la suma del valor de las dimensiones
	Conocimiento Cultural	Valoración Cultural	26	X		1						
			27	X		1						
			28	X		1						
			29	X		1						
			30	X		1						
			31	X		1						
			32	X		1						
	Enfoque Diferencial	Reconocimiento del derecho indígena a nivel profesional	34	X		1						
			35	X		1						
			36		X	1						
			37	X		1						
	Hacer 20%	Reconocimiento del derecho indígena a nivel institucional	38	X		1						
			39	X		1						
			40	X		1						
			41	X		1						
			42	X		1						
	Relaciones interpersonales		43	X		1						
			44	X		1						
			45		X	1						
Habilidad Cultural	Capacidad Técnico-científicas	46	X		1							
		47	X		1							
		48	X		1							
		49	X		1							

Fuente: Elaborado por la autora de la investigación, Sincelejo (2011).

Las preguntas fueron categorizadas por dimensión, codificadas y calificadas con valores de uno (acertada) y cero (no acertada), en donde la suma asertiva de la mitad más uno en cada dimensión, determinaba su desarrollo. De igual forma a cada dimensión se le asignó un porcentaje de cumplimiento, ser (50%), saber (30%) y hacer (20%). Por último, la sumatoria de las dimensiones desarrolladas mayor al 70% determinaba el desarrollo de la competencia cultural en salud con enfoque diferencial.

Los parámetros evaluatorios se establecieron de acuerdo al modelo de evaluación criterial, según el marco teórico. Resaltando, los porcentajes

asignados a las dimensiones (50,30 y 20), fundamentados en las concepciones de E. Zuleta, quien forjó la idea del hombre con pensamiento crítico, que propenda por el ser [50%] y el saber [30%], [...] "...confiriendo en todo caso un espacio para pensar, mucho mayor que el paso al acto, es decir el hacer [20%]. Es por ello, que la definición [...] integral de competencias contiene no sólo la dimensión cognoscitiva y la dimensión del hacer, sino también la dimensión del ser, en el proceso de desempeño". (13)

Lo anterior se complementó con la autovaloración cualitativa de los profesionales de la salud, a través de cuestionario abierto, permitiendo

conocer las experiencias, opiniones y creencias. De igual forma la intervaloración de los indígenas, como una manera de elaborar grupalmente la realidad desde las experiencias y percepciones de la población en estudio (11). Finalmente, se interrelacionaron los resultados cuantitativos a través de la estadística descriptiva e inferencial con el análisis de los resultados de los datos cualitativos saturados, fundamento los resultados.

Técnicas de Tratamiento e Interpretación de Datos

El tratamiento de la información se apoyó en las cuatro fases propuestas de M. Leininger, expresada en: a) Recogida y descripción de datos, b) Identificación y clasificación de categorías, c) Análisis de datos y d) Resultados (14). Realizando nueve encuentros con grupos focales indígenas, procesados en el software ATLAS Ti 6, analizados hasta la saturación. Así como la aplicación de encuesta cerrada dirigida y cuestionario abierto de naturaleza cualitativa a Profesionales, procesado el primero, en la herramienta Epi-Info 6 y SPSS, elaborando tablas de contingencias estadísticas “nominal por intervalos”, determinando asociación, mediante la prueba estadística de coeficiente Eta y el segundo procesado en el software ATLAS Ti 6.

Aspectos Éticos

Investigación clasificada como riesgo mínimo, acogida a la Resolución N°008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de salud y Protección Social de Colombia, por la cual se establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

RESULTADOS

Desarrollo de la Competencia Cultural con Enfoque Diferencial en profesionales de la salud

Los profesionales de la salud se caracterizaron por ser nativos (62%), tener >10 años de residencia (77%), ninguna denominación étnica (94%), ejercicio profesional >cinco años (90%), vinculación laboral con la ESE Municipal San Francisco de Asís, atendiendo población indígena

na entre uno y cinco años (55%) y ninguna formación continuada (65%). Desarrollando la dimensión del ser el 68%(42), excepto los profesionales en Bacteriología 62%(5), el hacer un 77%(48), anotando que los profesionales en bacteriología lograron su desarrollo el 50%; diferente el no desarrollo del saber 71%(44). Determinando el desarrollo de la competencia cultural con enfoque diferencial en un 70%, de acuerdo a las sumatoria de los porcentajes asignados a cada una de las dimensiones (ser 50% y hacer 20%), (Programa Epi-Info 6).

Por otra parte, es significativo el resultado de la relación de los datos socio demográficos que caracterizaron la muestra de los profesionales de la salud con la asociación del desarrollo de cada una de las dimensiones (ser, saber y hacer), a través de la medida de asociación estadística Eta, en la cual los valores mayores a 0,050, establecen no asociación. Destacan las de mayor representatividad, edad cronológica/ciclo vital individual, género, profesión, educación continuada, zona de ejercicio profesional, no están asociados al desarrollo de las dimensiones de la competencia cultural en salud (>0,050). Caso contrario a los años de experiencia laboral los cuales se asocian solo al desarrollo de la dimensión del ser (<0,038), (Programa SPSS) (Statistical Package for the Social Sciences).

Valoración de la dimensión del Ser en el desarrollo de la conciencia, deseo y encuentro cultural

El desarrollo de la dimensión del Ser, se caracterizó por la valoración cultural, expresada en la estimación y sensibilidad ante los valores, creencias, costumbres, estilos de vida, propios e indígenas, sin prejuicios culturales/étnicos, reconociendo la importancia de los encuentros culturales como estrategia para generar credibilidad y confianza durante el proceso de atención. Sin embargo, se consideran desarraigados culturalmente, mostrándose desinteresados y desmotivados en querer comprometerse en el abordaje cultural y diferencial, (Atlas. Ti 6).

Frente a lo anterior, contraria es la percepción indígena, manifestaron sentirse desvalorizados y

deslegitimados en su saber, asienten que el compromiso de la atención está dado más por la necesidad extrínseca del salario y cumplimiento contractual que por el compromiso social.

Valoración de la dimensión del Saber en el desarrollo del conocimiento cultural y el enfoque diferencial

El escaso desarrollo alcanzado en la dimensión del saber, estuvo determinado por el desconocimiento del tema, consecuencia de la falta de formación, durante la vida familiar, académica y profesional, de allí la omisión de la cultura como determinante social en salud para su evaluación y valoración. A lo cual ha contribuido la administradora [ESE] del I nivel de atención, omitiendo la operativización de las políticas públicas en salud para la población indígena, relacionada con la formación del talento humano, sistema de información, entornos físicos, materiales y recursos con enfoque diferencial, además de la falta de participación comunitaria en la evaluación y organización de los planes y servicios de salud.

Además de lo anterior, los indígenas consideraron tener poco reconocimiento de la medicina tradicional y su cosmovisión del proceso salud/enfermedad a nivel profesional e institucional, (Atlas. Ti 6).

Valoración de la dimensión del Hacer en el desarrollo de la habilidad cultural

En el desarrollo de la dimensión del hacer, se identificaron las capacidades técnico-científicas, en respuesta al aprendizaje de las competencias específicas de cada profesión, sin tener en cuenta el enfoque diferencial. De igual forma se identificaron deficiencia en las relaciones interpersonales, reconociendo falta de humanización y comunicación intercultural.

Frente a este desarrollo, los indígenas valoran la capacidad técnico-científica, sin embargo manifiestan desintegralidad en la atención, relaciones interpersonales deficitarias, percepción de indiferencia y subvalorización frente a sus necesidades, (Atlas. Ti 6).

DISCUSIÓN

Competencia Cultural con Enfoque diferencial: Desafío de la Educación Superior

De la evaluación del desarrollo de la competencia cultural con enfoque diferencial, se concluyó:

- El desarrollo de las competencias específicas no se asocia con el desarrollo de la competencia transversal (competencia cultural), determinante social básico en salud.
- Desarrollo desintegrado de la competencia cultural, más desde las competencias básicas, genéricas y específicas, que desde la integralidad de las competencias profesionales.
- El desarrollo de la dimensión del ser, dada más por lo que se piensan ser, que por la concreción de su desarrollo, es decir se percibe un interés idealista “de pensamiento”. (13)
- Evidencia de ceguera cultural, relacionada con el no desarrollo de la dimensión del saber, por la falta de conocimiento sobre la cultura de la población indígena y la integración de la cultura como determinante social en salud en el proceso de atención.
- Indiferencia institucional y profesional, ante el marco normativo e informes de evaluación de salud de los pueblos indígenas.
- La participación activa de los indígenas Zenues permitió ganar espacio para la autogestión y abogacía de la calidad del proceso de atención en salud.
- Necesidad de gestionar el desarrollo de competencia cultural en salud con enfoque diferencial desde la Educación Superior.

Estos resultados, confirman los postulados expuestos por teóricos referenciados, en donde el desarrollo de las dimensiones del ser, saber y hacer dan lugar al desarrollo de la competencia cultural, sin especificaciones que deban ser incluyentes o excluyentes. Razón que motiva continuar investigando, para la apropiación de conceptos que aporten al debate de la tendencia de la educación del siglo XXI, de formar y

evaluar por competencias.

Por otro lado, el desarrollo de la dimensión del ser, denota cierto grado de sensibilidad humana, valor significativo para el desarrollo de la competencia cultural, que podría impulsar el actuar a favor de la población indígena, considerado por E. Zuleta (13) esencia para el desarrollo humano, de igual forma Pilleux (16) considera que la sensibilidad humana sumada a la sensibilidad y humildad cultural, y al pensamiento crítico, propiciaría un ejercicio profesional eficaz en contextos con diversidad cultural. Frente a este desarrollo, Julia Duran docente Unicartagena, asesora de la tesis, reflexiona en torno al resultado el cual podría estar viciado, dada la auto-protección de la integridad como profesional.

El desarrollo de la dimensión del hacer desde las habilidades técnico-científicas, va acorde con la tendencia de la educación Colombiana, adquisición de habilidades, en donde el “enfoque de competencias se centra en el hacer y descuida el ser”, (12). Igual consideración de los miembros de la Cátedra abierta Estanislao Zuleta, “la educación Colombiana está encaminada a formar personas que tengan capacidades técnicas [...] que tengan la posibilidad de saber hacer” [...] (13). Así mismo lo expone el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior [ICFES] 1999, quien define competencia como un saber hacer en contexto, lo cual según Posada Álvarez, docente de la Universidad del Atlántico, se expresa en desempeño. (17)

Finaliza esta discusión, con la reflexión de E. Zuleta (13) “[...] encontrar sentido al conocimiento implica establecer relaciones entre conceptos [...]”. De esta manera se tienen en cuenta las influencias del contexto sociocultural sobre el aprendizaje; si no se tiene en cuenta que somos pluriculturales, multiculturales, heterogéneos, que tenemos un bello y privilegiado país, no podemos hacer que estos conceptos educativos trasciendan las fronteras de la indiferencia”.

Estos resultados llevaron a la generación de interrogantes en torno a ¿qué paso con el proceso de adquisición de conocimiento cultural/étnico/indígena Zenú en los profesionales de

la salud?, que de manera significativa no desarrollaron, cuando el contexto está marcado por indígenas Zenues y los profesionales han vivido la mayor parte de sus vidas e interactúan diariamente en su quehacer profesional.

Los resultados expuestos, denotan la necesidad de fortalecer la atención en salud basado en la cultura. Planteando como propuestas la Pedagogía Social para el desarrollo integral de competencias, gestionando y visibilizando la participación social, ciudadana y comunitaria en el planteamiento curricular de la educación superior, en respuesta a la responsabilidad social institucional e individual, que propendan por la preservación de minorías étnicas indígenas.

Es importante resaltar que el proceso de investigación, conto con una elaboración rigurosa, sistémica y flexible, sin limitaciones en el espacio o territorio, recursos financieros, información o acceso a ella, sin embargo acaeció limitación en el tiempo de la investigadora relacionado con su rol laboral fuera del contexto, lo cual no interfirió en su viabilidad y concreción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Osorio MB, López DL. Competencia cultural en salud: necesidad emergente en un mundo globalizado. *Índex Enferm* [online] 2008 Dic [Citado 2010 Sep. 15]; 17(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400010&script=sci_arttext.
2. Wilson D. The significance of culturally appropriate health service for indigenous Māori women. *Contemporary Nurse* [online] 2008 April [Cited 2011 Feb. 28]; 28(1-2); 173-188. Available from: <http://www.contemporarynurse.com/archives/vol/28/issue/1-2/article/2345/the-significance-of-a-culturally-appropriate>.
3. Mondaca P, Pérez D. Estudio Etnográfico de las Experiencias de Sanar Enfermar en Mujeres Mapuche Huilliche del Sector Sur de San Juan de la Costa, Chile. [Tesis] Universidad Austral de Chile, Escuela de Enfermería, 2009. [Citado 2010 Jun. 10] Disponible en:

- <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2009/fmm741e/doc/fmm741e.pdf>.
4. Romero ÁV. Conservación y adaptación de los cuidados culturales en salud del pueblo indígena Wiwa de la Sierra Nevada en el Duklindue Colombia 2005. [Tesis Magistral] Barranquilla: Fundación Universidad del Norte, 2005. [Citado 2011 May. 28] Disponible en: <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/10584/681/1/41947381.pdf>.
 5. Cuevas L, Rocho VE, Casco R, Martínez M. Punto de Encuentro entre Constructivismo y Competencias. AAPAUNAM [online] 2011 Ene-Mar [Citado 2011 Ene. 05]; 3(1). Disponible en: <http://www.csems.uady.mx/media/docs/Formacion%20docente/Constructivismo%20y%20Competencias.PDF>
 6. Campinha J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Health Care Services: A Model of Care. J Transcult Nurs [online] July 2002 [Cited 2010 Sept. 28] 13(3); 181-184. Available from: <http://coe.stanford.edu/courses/ethmedreadings10/Process%20of%20Cultural%20Competence.pdf>.
 7. Torres C. Etnicidad y salud: otra perspectiva para alcanzar la equidad. Programa de Políticas Públicas y Salud División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C [online] 2001 [Citado 2011 Jun. 21]; 1-232 Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/hdp/hdd/etnia.pdf>.
 8. Comité Consultiu Bioètica de Catalunya. Orientaciones sobre la Diversidad cultural y la salud. Generalitat de Catalunya [online] 2007 [Citado 2010 Jun. 10]; 1-55. Disponible en: <http://www.pcb.ub.edu/bioeticaidret/archivos/pdf/cbc/DiversidadCultural.pdf>.
 9. Salgado AC. Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación del Rigor Metodológico y Retos. Liberabit [online] 2007 [Citado 2010 Jun. 15]; 13: 71-78. Disponible en: [http://revistaliberabit.com/es/wp-](http://revistaliberabit.com/es/wp-content/uploads/2013/revistas/liberabit13/8_ana_cecilia.pdf)
 10. Bautista L. Diseños de Muestreo Estadístico. Departamento de Matemáticas y Estadística. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., 1998.
 11. Bonilla E, Rodríguez P. Más allá del dilema de los métodos. La Investigación en las Ciencias Sociales. Universidad de los Andes. Bogotá-Colombia: Norma; 2006.
 12. Tobón S. Competencias en la Educación del Siglo XXI. Evaluación por Competencias. En: Conferencia magistral en Primer Congreso Internacional "competencias en la educación del siglo XXI". México D.F: Universidad Anáhuac; 2008. Disponible en: <http://www.slideshare.net/wilkis/evaluacion-por-competencias-3248196>.
 13. Zuleta E. Educación y democracia. 1^{era} edición, Colombia: Fundación Estanislao Zuleta; 1995.
 14. Transcultural Nursing Society. Theories and Models. [online] [Cited 2011 Jan. 10] Available from: <http://www.tcns.org/Theories.html>.
 15. Martínez F, Martínez J, Calzado V. La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. Intervención Psicosocial [online] 2006 [Citado 2011 Mar. 15]; 15(3): 331-350. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592006000300007&Ing=es.
 16. Pilleux M. Competencia Comunicativa y Análisis del Discurso. Estud. filol, Valdivia, [online], 2001 [Citado 2011 Oct. 21]; (36); 143-152. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0071-17132001003600010&script=sci_arttext
 17. Posada R. Formación Superior Basada en Competencias, Interdisciplinariedad y Trabajo Autónomo del Estudiante. RIE [online] [Citado 2011 Feb. 11]; 1-33. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/648Posada.PDF>