

COMPETENCIAS INTERCULTURALES DEL PERSONAL OBSTETRA EN LA RED II CAJAMARCA 2016

INTERCULTURAL COMPETENCES OF OBSTETRICS STAFF IN THE NETWORK II CAJAMARCA 2016

Rossana Patricia León Izquierdo¹
Patricia del Rocio Chávayra Ysla²



Fecha de recepción : 14 diciembre 2018
Fecha de aceptación : 22 marzo 2019
DOI : <https://doi.org/10.26495/rtzh1911.130410>

Resumen

La presente investigación de tipo cuantitativa descriptiva transversal; tuvo como objetivo determinar las competencias interculturales del personal obstetra en la Red II Cajamarca 2016, para ello se empleó el instrumento elaborado por Fernández (2015) en España, el mismo que fue aplicado a 104 obstetras que laboran en establecimientos de salud de nivel I y II; mediante el muestreo aleatorio simple. Las competencias interculturales se establecieron en sus tres dimensiones. En la dimensión cognitiva se identificaron las sub dimensiones de habilidades interculturales 70,2%, encuentro intercultural 67,3%, conocimiento intercultural 58,6%, motivación por el encuentro intercultural 56,7 y conciencia intercultural con 54,8%; en la dimensión comportamental se determinó las sub dimensiones habilidad para establecer relaciones 78,8%, resolución de conflictos 77,9%, distancia social apropiada 62,5%, conoce la propia cultura 54,8%, flexibilidad 36,50%, empatía 33,7%, conoce las otras culturas 23,1%, tolerancia a la ambigüedad 21,2% y habilidad para no enjuiciar 5,8%; en este caso un 71,9% tuvo respuesta adecuada en el supuesto práctico que valora resolución de conflictos y la competencia que consideraron más importante fue conocimiento y comprensión de la propia cultura. De otro lado la sensibilidad intercultural estimó las sub dimensiones de atención (3.88), implicancia (3.66), confianza (3.57), respeto (2.60) y disfrute (2.27). Finalmente se concluyó que el obstetra presenta niveles de competencia consciente en la dimensión cognitiva, nivel medio en la dimensión afectiva de sensibilidad intercultural (SI) y nivel bajo en la dimensión comportamental.

Palabras clave: Competencia intercultural, dimensión cognitiva, dimensión afectiva, dimensión comportamental, sensibilidad intercultural, conocimiento intercultural.

Abstract

The present descriptive quantitative cross-sectional research; Had as objective to determine the intercultural competences of the obstetrician staff in Network II Cajamarca 2016, for that was used the instrument elaborated by Fernández (2015) in Spain, the same one that was applied to 104 obstetricians that work in health establishments of level I and II; By simple random sampling. Intercultural competences were established in three dimensions. In the cognitive dimension, the sub-dimensions of intercultural skills were identified 70.2%, intercultural encounter 67.3%, intercultural knowledge 58.6%, motivation for intercultural encounter 56.7 and intercultural awareness with 54.8%; In the behavioral dimension was determined the sub-dimensions ability to establish relationships 78.8%, conflict resolution 77.9%, appropriate social distance

¹ Magíster en Gestión de los Servicios de la salud, Universidad Nacional de Cajamarca, Perú, pleoni@unc.edu.pe, <https://orcid.org/0000-0003-0070-2400>

² Doctora en Gestión Universitaria, Oficina de Investigación, Creación Intelectual y Artística, Universidad Privada Juan Mejía Baca, Chiclayo, Perú, pchavarry@umb.edu.pe, <https://orcid.org/0000-0003-0575-3717>

62.5%, know the culture itself 54.8%, flexibility 36.50%, empathy 33.7%, Knows other cultures 23.1%, tolerance to ambiguity 21.2% and ability not to prosecute 5.8%; In this case 71.9% had an adequate response in the practical case that values conflict resolution and the competence they considered most important was knowledge and understanding of the culture itself. On the other hand, intercultural sensitivity estimated the sub-dimensions of attention (3.88), implication (3.66), confidence (3.57), respect (2.60) and enjoyment (2.27). Finally, it was concluded that the obstetrician presents levels of conscious competence in the cognitive dimension, average level in the affective dimension of intercultural sensitivity (SI) and low level in the behavioral dimension.

Key words: Intercultural competence, cognitive dimension, affective dimension, behavioral dimension, intercultural sensitivity, intercultural knowledge.

I. Introducción

La Organización de Naciones Unidas [ONU] (2000) destacó que las muertes maternas se consideran como prioridad mundial, por ello se formuló los Objetivos de Desarrollo del Milenio [ODM] al 2015 con la participación de 189 líderes mundiales para enfrentar este problema; finalmente se informó que la mortalidad materna había alcanzado en todo el mundo el 43%, aunque la distribución no era equitativa. La razón de mortalidad materna ratio en los países en desarrollo es de 239 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 12 por 100 000. Revelando además que existen grandes disparidades no sólo entre los países, sino también en un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos o entre la población rural y urbana. Cabe resaltar que el mayor número de fallecimientos se produce en domicilio o en el trayecto a un establecimiento de salud.

Para lograr alcanzar la meta de reducción de mortalidad materna en 75% al 2015; se implementó diversos enfoques teniendo como principio rector fundamentalmente a la equidad e interculturalidad. Uno de los primeros fue el enfoque de atención centrado en la equidad de UNICEF (2015) donde se priorizo brindar atención a grupos que se encuentran en situación de vulnerabilidad ya sea por educación, etnicidad, edad, procedencia, distribución del ingreso, y otros factores sociales. Dentro de esta estrategia además de proyectar la extensión de cobertura de atención en salud reproductiva, incluyó también desarrollar planes de fortalecimiento de capacidades tanto de proveedores de salud como de los gobiernos y la sociedad civil con un enfoque de derechos, equidad e interculturalidad, y basados en evidencia; esto involucra la estrategia de comunicación en salud pública, para promover prácticas de cuidado de la salud clave para la madre y el niño.

En investigaciones que se realizaron sobre atención de la mujer gestante con enfoque de adecuación cultural e interculturalidad se identifica claramente la necesidad de mejorar las competencias interculturales del personal sanitario. Mayca et al. (2009) concluyó que es importante reconocer los aspectos socio-culturales, de género, económicos y geográficos, propios de las familias de zonas rurales y que dificultan la atención obstétrica en los primeros niveles, por ello la adecuación cultural es tan necesaria en la atención obstétrica actual. Reconoció también que el Perú se caracteriza por ser pluricultural, multiétnico y plurilingüe, en el que yacen 13 grupos lingüísticos y 60 grupos étnicos, por lo que su riqueza y diversidad cultural origina todo un sistema de concepciones con respecto al proceso de salud-enfermedad, incluido embarazo, parto y puerperio.

Por su parte, el Gobierno Peruano con apoyo de la cooperación internacional, desarrolló programas y proyectos dirigidos a proteger la salud materno infantil, que incluyó fundamentalmente reducir la brecha cultural, el Ministerio de Salud [MINSA] (2009) en respuesta a las propuestas internacionales para la reducción de la mortalidad materna, implementó el Programa de Fortalecimiento y Salud Básica para Todos, donde se introdujeron las primeras herramientas del conocimiento y enfoque intercultural. Posteriormente, estas experiencias se extendieron a través de otras intervenciones como los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas del Proyecto 2000, Proyecto Repro Salud, Par Salud, y otros financiados por UNICEF o United States Agency for International Development [USAID].

Uno de los logros más importantes del trabajo de UNICEF (2005) fue obtener que la experiencia de “Las Casas de Espera Maternas” y la atención del “Parto Vertical con Adecuación Intercultural” sean

adoptadas como Políticas de Estado a través del Ministerio de Salud. Otro programa que tuvo muy buenos resultados fue ejecutado en Churcampa, Huancavelica; donde se implementó el “Modelo de atención integral de la salud materno perinatal con pertinencia cultural y enfoque de derechos” que se basó en las estrategias de educación, salud y comunicaciones. El MINSA, Organización Mundial de la Salud [OMS] y BM (2013) informaron que se fortaleció las competencias de interculturalidad y adecuación cultural en el personal de salud, también se mejoraron los establecimientos para brindar una atención dirigida a promover una maternidad segura, saludable y la supervivencia perinatal, tomando en cuenta las creencias y expectativas de las usuarias, con un personal sanitario capacitado en el manejo de estrategias obstétricas y perinatales con adecuación cultural. Entre los logros principales del proyecto se reconoce la disminución de los embarazos, reducción de gestante adolescentes, el incremento del porcentaje de gestantes con seis controles prenatales, el incremento de partos institucionales, sobre el promedio nacional y al cuarto año del proyecto no se registró ninguna muerte materna.

El MINSA, OMS y BM (2013) también reportaron que, en el 2005 con el fin de disminuir las barreras culturales, el estado promulgó la Norma Técnica del Parto Vertical y en todo el territorio se implementó las casas de espera como una estrategia para reducir las barreras geográficas que impiden a las mujeres acudir al establecimiento de salud. Entre el año 2000 y el 2006 las casas de espera aumentaron de 99 a 337 sobre todo en zonas alto andinas.

El Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud [ParSalud] II (2013) refirió que la capacidad resolutive de los establecimientos de salud pública para la atención de las gestantes no sólo tiene que ver con el derecho de recibir tratamientos efectivos y oportunos. Es preciso garantizar la existencia de la “competencia cultural” del personal de salud, que sea capaz de respetar las diversas cosmovisiones de salud y enfermedad que para el caso de la salud materna implica la oferta del parto en posición vertical además del acompañamiento del esposo u otro familiar, el uso de plantas medicinales y el manejo de la placenta según las costumbres culturales, entre otras.

El departamento de Cajamarca registra los más elevados índices de mortalidad materna; frente a ello el Proyecto OPEP del Programa de Cooperación Perú – UNICEF (2005) que se desarrolló en la provincia de San Marcos entre los años 2002 y 2003; y cuyo objetivo general fue el garantizar que las gestantes y los recién nacidos reciban una atención de calidad en los servicios de salud respetando su cultura, promovió también la educación comunitaria y las redes de apoyo comunitario, para facilitar el traslado de la madre en casos de emergencia. Por último, efectuó la mejora de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud. Luego de finalizado el Proyecto en el año 2003 UNICEF (2005) elaboró un informe de los avances del mismo, indicando que se había logrado un aumento notable del parto institucional. Pero con respecto al personal de salud si bien se habían fortalecidos en la atención de emergencias obstétricas y neonatales, no se obtuvo el mismo resultado en el fortalecimiento de competencias en adecuación cultural e interculturalidad, ya que muchos de ellos aún se mostraban renuentes; lo que se vio agravado por la alta rotación del personal.

En la Red II Cajamarca se registró el mayor porcentaje de defunciones el 2015, y muchas de estas defunciones están relacionadas con la toma de decisión de la gestante, familia o pareja en buscar ayuda profesional cuando se presenta alguna complicación. Esta toma de decisión envuelve un arraigo cultural frente al cuidado de la gestante muy propio de poblaciones de zonas alto andinas; complicándose aún más por conductas del proveedor de salud que básicamente desconoce y peor aún no valora las prácticas culturales muchas veces desautorizándolas o denigrándolas; además de la utilización de lenguaje técnico, los gestos frente a su limpieza, vestimenta o a la limitada capacidad de retención de las usuarias, el no prestarles la debida atención para descifrar y/o comprender también su lenguaje corporal. Todo lo antes mencionado son parte de las competencias interculturales que el profesional obstetra debe poseer para brindar atención en contextos multiculturales y su deficiencia agranda aún más la brecha de accesibilidad cultural en la atención de la mujer embarazada.

Para Aneas (2009) la competencia intercultural implica la integración de tres componentes el cognitivo, afectivo y comportamental, los que permitirán que la persona ejecute todas sus actividades tomando en cuenta las necesidades y características culturales según el contexto donde interviene. Deadorff (2009) indica que competencia intercultural son aquellos comportamientos acompañado de una comunicación eficaz y adecuada en escenarios de interculturalidad. Liévano (2002) por su lado manifiesta

que las actitudes interculturales son la base de la competencia intercultural; vienen a ser cualidades de la persona que les permita admitir que existen distintas culturas igualmente legítimas; el componente cognitivo no necesariamente se refiere al conocimiento específico de varios grupos o de una cultura sino al conocimiento general de cómo se forman y funcionan los grupos sociales; la habilidad para interpretar, desde diversas perspectivas, hechos, ideas o documentos, así como adquirir nuevos conocimientos acerca de otras culturas, y la destreza de ponerlas en práctica.

II. Material y Métodos

Investigación cuantitativa de tipo descriptivo transversal, en donde los datos se midieron en un momento determinado, el cálculo de la muestra fue probabilístico, el marco de muestreo que se utilizó se construyó a partir de la información proporcionada por la oficina de recursos humanos de la RED II Cajamarca en relación al número de profesionales que a mayo del 2016 se encontraban laborando. El tamaño de la muestra fue de N= 104 obstetras, todos y cada uno de los seleccionados de manera aleatoria fueron encuestados.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario que fue aplicado en España por Fernández (2015), el mismo que estuvo estructura en dos apartados el primero sobre información general de la unidad de análisis y el segundo contiene la variable de competencias interculturales del personal obstetra en sus tres dimensiones conocimiento, comportamientos y sensibilidad intercultural y sus respectivas sub dimensiones. Para valorar el componente afectivo se empleó el instrumento de sensibilidad intercultural de Chen y Starosta (2000), el conocimiento se evaluó con el modelo de graduación en niveles de competencia intercultural que exponen Purnell y Paulanka (1998) y el modelo de competencia intercultural de Martínez, Martínez y Calzado (2006); los comportamientos se apreciaron mediante la aplicación de supuestos prácticos elaborados por un equipo de trabajo multidisciplinario.

Este instrumento fue validado por juicio de cuatro expertos y piloteados con obstetras de REDES excluidas de la muestra, el mismo que se corrigió después del piloteo. También fue auto cumplimentado y se aplicó en el establecimiento de salud por el investigador, en su totalidad. Muchas veces se tuvo que esperar la culminación de turno del obstetra para poder llenar el cuestionario debido a la recarga laboral del mencionado.

Sólo se excluyeron aquellas personas que se encontraban de vacaciones pues el 100% de profesionales se mostraron dispuestos a colaborar con la investigación, La información se procesó en Excel y el Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 23; se agrupó por dimensiones y sub dimensiones para el análisis estadístico correspondiente del cual surgieron los resultados. La variable investigada muestra las competencias interculturales que presenta el obstetra de la RED II Cajamarca en sus tres dimensiones y el nivel en el que se encuentran cada competencia.

III. Resultados

Los resultados obtenidos en la dimensión cognitiva (Tabla 1) fueron: en la sub dimensión conciencia intercultural se tiene que el 41,3% se ubica en el nivel de competencia consciente, el 13,5% se sitúa en el nivel de competencia inconsciente pero un 45.2% tiene algún incompetencia; en la sub dimensión motivación por el encuentro intercultural en el que 41,3% se ubica en el nivel de competencia consciente y el 15,4% se sitúa en el nivel de competencia inconsciente con un menor porcentaje de incompetencia inconsciente 7.7%, en conocimiento intercultural se tiene que 36,5% se ubica en el nivel de competencia consciente y el 22,1% se sitúa en el nivel de competencia inconsciente, pero un 40,4% se encuentra en incompetencia inconsciente . En habilidades interculturales se tiene que 18,3% se ubica en el nivel de competencia consciente y el 51,9% se sitúa en el nivel de competencia inconsciente por el contrario un 22.1% tiene incompetencia inconsciente; finalmente, en la dimensión encuentro cultural se muestra que 43,3% se ubica en el nivel de competencia consciente y el 24,0% se sitúa en el nivel de competencia inconsciente al igual que en la sub dimensión de encuentro intercultural se visualiza que ostenta el menor porcentaje de incompetencia inconsciente 7.7%.

Tabla 1

Niveles de conocimiento intercultural (CI) del obstetra de la Red II Cajamarca 2016, según sus dimensiones

	Conciencia intercultural		Motivación encuentro intercultural		Conocimiento intercultural		Habilidades interculturales		Encuentro intercultural		Resultado global de CI %
	n	%	N	%	n	%	N	%	n	%	
Incompetencia consciente	31	29,8	37	35,6	1	1,0	8	7,7	26	25,0	20.2
Incompetencia inconsciente	16	15,4	8	7,7	42	40,4	23	22,1	8	7,7	18.3
Competencia consciente	43	41,3	43	41,3	38	36,5	19	18,3	45	43,3	36.5
Competencia inconsciente	14	13,5	16	15,4	23	22,1	54	51,9	25	24,0	25.0

Fuente: Encuesta aplicada a obstetras de la Red II Cajamarca, 2016.

En cuanto al conocimiento que tienen los obstetras sobre aspectos de su intervención con personas de otras culturas (Tabla 2), la competencia que tiene media más alta corresponde a las *habilidades del profesional para desempeñarse en contextos de diversidad cultural* (3.7), posteriormente se encuentran dos competencias la *percepción adecuada de la diversidad cultural* (3.6) y *poseer conocimientos necesarios sobre la diversidad cultural* (3.6). Luego se sitúa *poseer los conocimientos para diseñar proyectos de intervención con enfoque intercultural* (3.2) y con la media más baja se encuentra *tener conciencia de los sesgos personales hacia grupos de otras culturas* (2.9).

Tabla 2

Distribución de los aspectos de intervención intercultural con personas de otras culturas y con carácter general del obstetra de la Red II Cajamarca, 2016

	N	Media	Desv. Tip
Soy consciente de mis sesgos personales y prejuicios hacia grupos culturales diferentes al mío	104	2,9	1,319
Poseo las habilidades necesarias para gestionar los aspectos de diversidad presentes en las situaciones profesionales con las que trabajo	104	3,7	1,239
Tengo los conocimientos necesarios para percibir los aspectos de diversidad presentes en las situaciones profesionales en la que trabajo	104	3,6	1,149
Tengo los conocimientos necesarios para diseñar un proyecto de intervención teniendo en cuenta los elementos de diversidad cultural presentes en las situaciones con las que trabajo.	104	3,2	1,317
Tengo conocimientos suficientes sobre los elementos de diversidad de las personas usuarias con quienes trabajo.	104	3,6	1,125

Fuente: Encuesta aplicada a obstetras de la Red II Cajamarca, 2016.

Otra dimensión que se valoró es la comportamental (Tabla 3), a través de respuestas dadas a determinados supuestos prácticos en este caso se encontró que la competencia que obtuvo el más alto porcentaje de respuesta correcta fue *habilidad para establecer relaciones* 78.8%, seguida de *resolución de conflictos* con 77.9%; *distancia social apropiada* 62,5%, *conocer y comprender la propia cultura* 54.8%, *flexibilidad* 35.6%, *empatía* 33.7%, *conocer las otras culturas* 23,1%, *tolerancia a la ambigüedad* 21.2% y *habilidad para no enjuiciar* 5,8%. Empero, si se observa la opción no sabe no conoce, *tolerancia a la ambigüedad* obtiene el más alto porcentaje (19.2%) seguida de *conocer la propia cultura* (14.4%) y *empatía*.

Tabla 3**Porcentajes de respuestas adecuadas de los supuestos prácticos, según criterio de los obstetras de la Red II Cajamarca**

SUPUESTOS PRÁCTICOS	Respuesta no adecuada	Respuesta adecuada	NS/NC
A su lugar de trabajo llega un matrimonio. El hombre se sienta enfrente de Ud. y la mujer se queda detrás. Lo primero que harías sería pedirle a la señora que se sentara al lado de su esposo.	94,2%	5,8%	0,0%
A su lugar de trabajo acude una persona. Usted tiene la mano derecha ocupada en esos momentos y le extiende la mano izquierda a modo de saludo, pero le rechaza. Esta reacción le extraña.	30,8%	54,8%	14,4%
La persona que va a verle no habla muy bien el castellano. Para solventar esta cuestión, usted llama a un intérprete/ mediador que le ayude en la comunicación.	59,6%	21,2%	19,2%
Cada vez que usted habla sobre métodos de planificación familiar, la señora que está enfrente suya, sonríe. Usted cree que le está entendiendo y le explica con detalle algunos de estos métodos	71,2%	23,1%	5,8%
La hija de un matrimonio recién divorciado cree que su madre no debería haber dado el paso de solicitar el divorcio. Usted le explica que eso es normal aquí y que hay muchos niños y niñas con los padres divorciados, que no pasa nada	55,8%	33,7%	10,6%
En una visita a domicilio, ante sus preguntas sobre la situación familiar, la señora le pregunta a usted si está casada-o, si tiene hijos... Usted no le da esta información porque es una cuestión personal que no afecta a la intervención	14,4%	78,8%	6,7%
Cuando le comenta al señor que puede tener derecho a determinados recursos, él le dice siempre que lo que Dios quiera, que lo que Dios quiera... Usted le dice que no, que es algo a lo que tiene derecho.	53,8%	35,6%	10,6%
La persona con la que habla está muy cerca de usted hasta el punto que intenta siempre poner la mano sobre su brazo. Usted lo retira porque se siente incómodo/a.	28,8%	62,5%	8,7%
Realiza una visita a domicilio. El señor le atiende en el salón y la señora se queda en la cocina. Usted, que quiere hablar con los dos, alza la voz para que la señora le oiga y le responda	18,3%	77,9%	3,8%
Media de supuestos total respondidos adecuadamente	3.87		

Fuente: Encuesta aplicada a obstetras de la Red II Cajamarca, 2016.

Tabla 4

Distribución de las puntuaciones medias de la importancia de la competencia intercultural según el criterio del obstetra de la Red II Cajamarca, 2016

Competencia Intercultural	N	Media	Desv. Típ.
Comprensión De La Propia Cultura	104	2,54	2,203
Comprensión De La Otra Cultura	104	3,26	2,311
Empatía	104	3,70	2,189
Tolerancia A La Ambigüedad	104	5,75	2,224
Flexibilidad Cognitiva	104	5,02	2,000
Resolución De Problemas	104	5,40	2,041
Habilidad Para Formar Relaciones	104	4,83	2,287
Habilidad Para No Enjuiciar	104	5,52	2,543
Distancia Social Apropiaada	104	7,29	2,424

Fuente: Encuesta aplicada a obstetras de la Red II Cajamarca, 2016

La tabla 4 muestra las competencias relacionadas con los supuestos prácticos, según orden de importancia que le asigne el profesional en esta se observa que la competencia más valorada es comprensión y conocimiento de la propia cultura con una media de 2.54, comprensión de la otra cultura 3.26, empatía 3.7, habilidad para formar relaciones 4.83, flexibilidad 5.02, resolución de problemas, habilidad para no enjuiciar 5.52, tolerancia a la ambigüedad 5.75 y finalmente distancia social apropiada 7.29. En este caso los resultados son invertidos debido a que se solicitó a los obstetras que le signen el número uno a la alternativa más importante y nueve al menos importantes.

En la escala para medir la dimensión afectiva o de sensibilidad intercultural las puntuaciones medias más elevadas están en las sub dimensiones *atención* (3,88); *implicancia* (3,66); *confianza* (3,57) mientras que las puntuaciones más bajas se tienen en las sub dimensiones *disfrute* (2,27) y *respeto* (2,60).

Para finalizar se consideró identificar las características del personal obstetra y la influencia de estas características en los porcentajes de conocimiento intercultural en el que se visualizó que la experiencia laboral general y la formación específica no mejoran sustancialmente los porcentajes de los niveles de competencia.

Tabla 5

Distribución de las Puntuaciones Medias de la Sensibilidad Intercultural según el criterio del obstetra de la Red II Cajamarca, 2016

Competencia	N	Media	Desv. Típ
Confianza	104	3.57	1.04
Disfrute	104	2.27	1.07
Respeto	104	2.60	1.17
Atención	104	3,88	1,03
Implicancia	104	3,66	0,94
Sensibilidad intercultural	104	3,23	1,04

Fuente: Encuesta aplicada a obstetras de la Red II Cajamarca, 2016.

En la tabla 5 se visualiza que en relación a las puntuaciones medias de la sensibilidad intercultural las medias más elevadas están en la dimensión *atención* (3,88); *implicancia* (3,66); *confianza* (3,57) mientras que las puntuaciones más bajas se tienen en la dimensión *disfrute* (2,27).

Tabla 6

Distribución de las Características Personales con respecto al CI de las obstetras de la Red II Cajamarca, 2016

		CI							
		Incompetencia consciente		Incompetencia Inconsciente		Competencia consciente		Competencia inconsciente	
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%
		o							
Actividad	Jefe de establecimiento	1	1,0%	1	1,0%	2	1,9%	2	1,9%
	Coordinador/a programa en la RED II	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,9%
	Atención integral de pacientes	20	19,2%	18	17,3%	36	34,6%	20	19,2%
	Serumista	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,9%
Régimen laboral	Nombrado	15	14,4%	8	7,7%	20	19,2%	12	11,5%
	Contratado	6	5,8%	11	10,6%	18	17,3%	14	13,5%
Experiencia laboral	Menos de 5 años	1	1,0%	4	3,8%	7	6,7%	9	8,7%
	Entre 5 y 10 años	6	5,8%	5	4,8%	10	9,6%	8	7,7%
	Entre 11 y 20 años	8	7,7%	8	7,7%	14	13,5%	7	6,7%
	Más de 20 años	6	5,8%	2	1,9%	7	6,7%	2	1,9%
Experiencia laboral con otras culturas	Menos de 5 años	2	1,9%	9	8,7%	10	9,6%	11	10,6%
	Entre 5 y 10 años	5	4,8%	6	5,8%	12	11,5%	8	7,7%
	Entre 11 y 20 años	8	7,7%	3	2,9%	9	8,7%	6	5,8%
	Más de 20 años	6	5,8%	1	1,0%	7	6,7%	1	1,0%
Máxima formación	Estudios Universitarios culminados	14	13,5%	20	19,2%	27	26,0%	15	14,4%
	Maestría	11	10,6%	4	3,8%	7	6,7%	6	5,8%
Formación sobre competencias interculturales	Si	11	10,6%	8	7,7%	20	19,2%	8	7,7%
	No	17	16,3%	17	16,3%	10	9,6%	11	10,6%
	Ns/Nc	0	0,0%	0	0,0%	1	1,0%	1	1,0%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 6 se muestran los resultados referentes a las características personales de los obstetras y la dimensión sobre CI. Con respecto a los que realizan la actividad de jefe de establecimiento el 1,0% presentó incompetencia consciente; así como el 1,0% mostró incompetencia inconsciente; mientras que el 1,9% reveló competencia consciente y el 1,9% mostró competencia inconsciente.

En tanto que aquellos que realizan la actividad de atención integral de usuarios el 19,2% posee incompetencia consciente; así como el 17,3% incompetencia inconsciente; mientras que el 34,6% tuvo competencia consciente y el 19,2% competencia inconsciente siendo estos los porcentajes más altos en esta característica.

Para aquellos que son nombrados se tiene que 14,4% mostró incompetencia consciente; así como el 7,7% incompetencia inconsciente; mientras que el 19,2% se ubica en competencia consciente y el 11,5% en competencia inconsciente. Mientras que para aquellos que son contratados se tiene que 5,8% presenta incompetencia consciente y 10,6% incompetencia inconsciente; mientras que el 17,3% mostro competencia consciente y el 13,5% mostró competencia inconsciente.

Se observa también que de los que tienen experiencia laboral menor a los 5 años el 6,7% se sitúa en competencia consciente y el 8,7% en competencia inconsciente; en cuanto aquellos que tienen entre 5 a 10 años se tiene que el 9,6% posee competencia consciente y el 7,7% competencia inconsciente, a su vez 5,8% tiene incompetencia consciente y 4,8% incompetencia inconsciente; para los que presentan una experiencia laboral de 11 a 20 años se tiene que el 13,5% tiene un nivel de competencia consciente y el 6,7% mostró competencia inconsciente, 7,7% incompetencia consciente y 7,7% incompetencia inconsciente; mientras que aquellos que tienen una experiencia mayor a los 20 años el 5,8% mostró incompetencia consciente; mientras que el 6,7% competencia consciente.

En cuanto a los que tienen experiencia laboral con otras culturas se tiene que 1,9% mostro incompetencia consciente; así como el 8,7% mostró incompetencia inconsciente; mientras que el 9,6% mostro competencia consciente y el 10,6% mostró competencia inconsciente. Con respecto a los que tienen de 5 a 10 años de experiencia se tiene que 4,8% mostro incompetencia consciente; así como el 5,8% mostró incompetencia inconsciente; mientras que el 11,5% mostro competencia consciente y el 7,7% mostró competencia inconsciente. Para los que presentan una experiencia laboral de 11 a 20 años se tiene que 7,7% presenta incompetencia consciente; así como el 2,9% ostenta incompetencia inconsciente; mientras que el 8,7% tiene competencia consciente y el 5,8% competencia inconsciente; además para aquellos que tienen más de 20 años se tiene que 5,8% está ubicado en incompetencia consciente y 1,0% incompetencia inconsciente; mientras que el 6,7% mostro competencia consciente el 1,0% competencia inconsciente.

Con respecto a los que tienen estudios universitarios culminados se tiene que 13,5% manifiesta incompetencia consciente; así como el 19,2% incompetencia inconsciente; mientras que el 26,0% mostro competencia consciente y el 19,2% obtuvo competencia inconsciente. Para los que tienen estudios de maestría los porcentajes fueron inferiores en todos los casos donde el 10,6% mostro incompetencia consciente; así como el 3,8% mostró incompetencia inconsciente; mientras que el 6,7% mostro competencia consciente y el 5,8% mostró competencia inconsciente

En cuanto a los que recibieron formación sobre competencias interculturales se tiene que 10,6% posee incompetencia consciente; así como el 7,7% incompetencia inconsciente; mientras que el 19,2% mostró competencia consciente y el 7,7% mostró competencia inconsciente. Además, los que no tienen formación sobre competencias interculturales obtuvieron 9,6% mostro competencia consciente; así como el 10,6% mostró competencia inconsciente; mientras que el 16,3% mostro incompetencia consciente y el 16,3% mostró incompetencia inconsciente.

IV. Conclusiones

- El obstetra de la red II Cajamarca presenta niveles de *competencia consciente* en la dimensión cognitiva, nivel *medio* en la dimensión afectiva de sensibilidad intercultural (SI) y nivel *BAJO* en la dimensión comportamental.

- En la dimensión cognitiva (CI) el profesional obstetra es competente en las sub dimensiones habilidades interculturales, encuentro intercultural, conocimiento intercultural.
- En la dimensión comportamental el personal obstetra es competente en las sub dimensiones habilidad para establecer relaciones, resolución de conflictos, distancia social apropiada.
- En la dimensión afectiva (SI) el obstetra presenta nivel alto de competencia en la sub dimensione atención; con nivel medio en las sub dimensiones implicancia, confianza, respeto; y nivel bajo en la sub dimensión disfrute.
- La experiencia laboral y capacitación específica mejoran los porcentajes de los niveles de competencia cognitiva.

V. Referencias

- Aguilar, R. (2012). *Determinantes sociales de la mortalidad materna en la DIRESA Cajamarca durante los años 2009--2010*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca.
- Alles, M.A. (2005). *Gestión por Competencias*. El diccionario. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=2qguP7cfbr4C&pg=PA302&lpg=PA302&dq=GESTION+POR+COMPETENCIAS.+EI+diccionario.&source=bl&ots=HU4FdWMF9J&sig=KEVzjcUgwz_C55SMYrHjZm_2r4&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKewiu7Muw7qLNAhVCTCYKHbvrB6AQ6AEIRTAI#v=onepageq=GESTION%20POR%20COMPETENCIAS.%20EI%20diccionario.&f=false
- Aguilar, S. (2005) Formulas para el cálculo de la muestra de investigación en salud. *Salud en Tabasco*, 11(1-2), 333-338. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>
- Aneas, A. (2009). *Competencia Intercultural: Competencia clave en las organizaciones actuales*. Vivir entre culturas una nueva sociedad. Recuperado de: http://www.academia.edu/975691/COMPETENCIA_INTERCULTURAL_COMPETENCIA_CLAVE_EN_LAS_ORGANIZACIONES_ACTUALES
- Bardales, (2013). *Calidad de atención de adolescentes embarazadas en los establecimientos de salud de la ciudad de Cajamarca 2008-2009*. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca.
- Blanco, A. (2007). *Trabajadores competentes: Introducción y reflexiones sobre la gestión de recursos humanos por competencias*. Recuperado de: https://books.google.com.pe/books?id=H1tYIHVziM8C&pg=PA14&lpg=PA14&dq=trabajadores+competentes&source=bl&ots=ernLI0bflT&sig=zu1QCAflw5rEPC3gJSxGsnhnV2s&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKwi98e-o_aLNAhXPZiYKHf5rBxwQ6AEIVDAM#v=onepage&q=trabajadores%20competentes&f=false
- Bustos, V., Villarroel G., Ariza, F., Guillou, M., Palacios, I., Cortez, L., Huamán, L. (2015). *Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural de los países andinos*. An. Fac. med, 76(spe). doi: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i1.10971>. 116
- Chenet. (2015). *Manual de Gestión de Personal en el Sector Público*. Talento humano y evaluación por competencias en las entidades del estado. Lima, Perú: Gaceta jurídica.
- Deardorff, D. (2010, 28 de septiembre). Modelo para el desarrollo de competencias interculturales. *Global University Network of Innovation GUNI*. Recuperado de: <http://www.univnova.org/documentos/444.pdf>
- Del Carpio, L. (2013, 04 de setiembre). Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000 - 2012. *Rev. perú. med. exp. salud pública*, 30(3), 461-4. Recuperado de: http://www.unfpa.org.pe/WebEspeciales/2014/Jun2014/publicaciones/DELCA_RPIO-Situacion-Mortalidad-Materna-Peru-2000-2012.pdf
- Fernández, C. (2016, 12 de junio). *Antropología al servicio de la Bioética: el Humanismo Metafísico* [Web log post]. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=165548>

- Fernández, M. A. (2015). *La competencia intercultural en el ámbito de los servicios sociales comunitarios*. (Tesis doctoral). Universidad de Huelva, Andalucía, España.
- Freyermuth-Enciso, M. G. (2014). La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas: Un análisis desde la interculturalidad. *LiminaR*, 12(2), 30-45. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166580272014000200003&lng=es&tlng=es.
- García, J., Aguilera, J. R., y Castillo, A. (2011). Guía técnica para la construcción de escalas de actitud. *Odiseo: revista electrónica de pedagogía*, 8 (16), 2-10. Recuperado de: <http://www.odiseo.com.mx/2011/8-16/garcia-aguilera-castilloguiaconstruccion-escalas-actitud.html>
- Gobierno Regional Cajamarca. (2012). *Análisis de Situación de Salud Cajamarca 2012*, Cajamarca, Perú: Dirección Regional de Salud Cajamarca. Goicochea, E. (2012). Interculturalidad en salud UCV. *Scientia* 4(1), 52-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4366608.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la investigación*. Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Liévano, B. M. (2002). *Desarrollo de Competencias Interculturales en Orientación*. Recuperado de: http://www2.uned.es/centrointer/Competencias_interculturales.pdf
- Mayca, J., Palacios, E., Medina, A., Velásquez, J. E., “y” Castañeda, D. (2009). Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. *Rev. perú. med. exp. salud pública*, 26(2), 145-160. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342009000200004&lng=es&nrm=iso
- Medina, A. (2006). *Guía para la adecuación cultural de los servicios de salud*. BID. Recuperado de: <http://cpap.pe/node/83>
- MINSA. (2008). Documento Técnico: *Adecuación cultural de la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva*. Recuperado de: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1062_DGSP263.pdf
- MINSA, (2010). *Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la casa materna 2010*. Recuperado de: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/compendio/pdf/casamaterna.pdf>
- MINSA. (2015, 06 al 12 de septiembre). Semana Epidemiológica N° 36. *Boletín epidemiológico*. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/boletin.php>
- Muñoz, S. F., Castro, E., Castro, Z. A., Chávez, N., “y” Ortega, D. M. (2012). Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 44(1), 39-44. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01210807212000100005&lng=en&tlng=es.
- Murillo, J. P. (2015). Construcción de competencias interculturales para el desarrollo de una propuesta de experiencias de aprendizaje para alumnos de primer año de medicina. *In Anales de la Facultad de Medicina*, 76(SPE), 77-87).
- Naciones Unidas. (2000, 13 de septiembre). *Asamblea General. Declaración del Milenio* [Web log post]. Recuperado de: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
- Ñaupá, H. (Edit.). (2013). *Metodología de la investigación científica y elaboración de tesis*. Lima, Perú: Editorial UNMSM.
- OMS, Banco Mundial y Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. (2013). *Factores de éxito en la salud de las mujeres y los niños: Perú*. Recuperado de: <http://www.who.int/pmnch/successfactors/en/>

- OMS/OPS. (2014, 6 de mayo). *Once países de América Latina y el Caribe registraron avances en mortalidad Materna* [Web log post]. Recuperado de: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=839:once-paises-de-america-latina-y-el-caribe-registraron-avances-en-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-segun-nuevo-informe-de-la-onu&catid=697:noticiash
- ONU. (2015,). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de 2015. Naciones Unidas* [Web log post]. Recuperado de: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdgreport2015_spanish.pdf
- PARSALUD. (2013). *Libre Elección del Parto en Posición Vertical* [Web log post]. Recuperado de: <http://www.parsalud.gob.pe>
- Real Academia española. (2016, 30 de abril). *Diccionario de la lengua española*. Edición del tricentenario [Web log post]. Recuperado de: <http://www.rae.es/diccionario-panhispanico-de-dudas/definiciones>
- Rodríguez, D., Verdú, J. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*, 13, (3), 433-441. Recuperado de: <file:///C:/Users/Paty/Downloads/DialnetConsecuenciasDeUnaMuerteMaternaEnLaFamilia-4955983.pdf>
- Rodríguez, C. E. (2010). *Procedimiento para estudiar las necesidades informativas de los directivos en la EHTC "Hermanos Gómez"*. Aplicación de AMIGA [Web log post]. Recuperado de: <http://www.eumed.net/librogratis/2010c/758/La%20Gestion%20en%20las%20organizaciones.htm>
- Ruiz, M.P. Bernardo. (2012). *Validación de un documento para el estudio de la sensibilidad cultural en la provincia de Castellón*. (Tesis doctoral). Universidad Jaume I, Castellón, España. 119
- Sachse, M., Sesia, P., Pintado, A., "y" Lastra, Z. (2012, 05 de diciembre). Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Revista Conamed*, 17(1), S4-S15. Recuperado de: <http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/article/view/325/601>
- Sanhuesa, S., Paukner, F., San Martín, V., "y" Friz, M. (2012). Dimensiones de la competencia comunicativa intercultural (CCI) y sus implicaciones para la práctica educativa. *Folios*, (36).131-151. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012348702012000200008&lng=en&tlng=es.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 80-93. Recuperado de: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17264634201000100013&lng=en&tlng=es.
- Serrano, J. (2013, 15 de julio). *Principios de Bioética*. Universidad Complutense de Madrid [Web log post]. Recuperado de: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/69/40/>
- Serra, M., Mestres, L., González M., Leyva, J. M., Sánchez R., "y" Montiel, M. (2013). Competencia clínico cultural: análisis de la capacitación de los profesionales de la salud. *Index Enferm [revista en la Internet]*, 22(1-2), 16- 19. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100004>
- UNESCO. (2016). Oficina de la Unesco en México. *Líneas Generales* [Web log post]. Recuperado de: <http://www.unesco.org/new/es/mexico/work-areas/culture/>
- UNICEF. (2005). *Maternidad Segura*. Recuperado de: http://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/maternidad_segura.pdf
- UNICEF. (2015). *Estrategia de UNICEF en América Latina y el Caribe para Contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna, neonatal e infantil. 2011-2015*. Recuperado de: http://www.unicef.org/lac/Estrategia_Mortalidad_Materna_Neonatal.pdf 120
- UNMSM (2014, 11 de abril). *Gestión en Salud* [Web log post]. Recuperado de: <http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/>

Vásquez, O., Fernández, M., Fernández, M., “y” Vaz, P. (2011). Construcción y validación de una escala de buenas prácticas interculturales en trabajo Social. *Cuadernos de trabajo Social*, 25(1), 159-171. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2012.v25.n1.38442

Vilá, R. (2006) La dimensión afectiva de la competencia comunicativa intercultural en la educación secundaria obligatoria: escala de sensibilidad intercultural *Revista de investigación educativa*, 24(2), 353-372. Recuperado de: <http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/96891/9307>