

FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PARA LA  
ATENCIÓN DEL PACIENTE DESDE LA INTERCULTURALIDAD, 2026

SEMILLERO: MANOS A LA OBRA INSTRUMENTADORES  
INSTITUTO CARDIO VASCULAR DEL CESAR

CARLOS ALBERTO MEJÍA VANEGAS  
LUIS EDUARDO CARRILLO LORA  
ANDRÉS FELIPE PERALES VEGA

UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA  
VALLEDUPAR, CESAR

2026

**FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PARA  
LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DESDE LA INTERCULTURALIDAD, 2026.**

**CARLOS ALBERTO MEJIA VANEGAS  
LUIS EDUARDO CARRILLO LORA  
ANDRÉS FELIPE PERALES VEGA  
DIANA GIRONT CARDOZO**

*Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Instrumentador*

*Quirúrgico*

**TUTOR**

**TAHANIA CHONA RODRIGUEZ**

**Instrumentadora quirúrgica**

**Especialista en calidad y auditoría en servicios de salud**

**Magister en administración de empresas e innovación**

**UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA  
VALLEDUPAR-CESAR**

**2026**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

**Firma del presidente del jurado**

---

**Firma del jurado**

---

**Firma del jurado**

**Valledupar, abril 2026**

## CONTENIDO

Resumen.....	13
Abstract.....	14
Introducción .....	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
1.1 Descripción del problema .....	17
1.2 Formulación del problema .....	21
2. JUSTIFICACIÓN .....	22
3. PROPÓSITO.....	25
4. OBJETIVOS .....	26
4.1 Objetivo general.....	26
4.2 Objetivos específicos .....	26
5. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....	27
6. FACTIBILIDAD Y DELIMITACIONES.....	28
6.1 Factibilidad .....	28
6.2 Delimitaciones .....	29
7. MARCO TEÓRICO.....	31
7.1 Marco conceptual.....	31
7.2 Antecedentes y/o estado del arte investigativo .....	34
7.3 Bases teóricas.....	36
7.4 Lineamientos sobre atención al paciente: .....	36
7.5 Marco legal .....	42
8. Diseño Metodológico.....	45
8.1 Tipo de estudio.....	45
8.2 Población.....	46
8.3 Muestra .....	48
8.3.2 Variable.....	49
9. Unidades de análisis.....	50
9.2 Criterio de inclusión.....	50
9.2.1 Criterio de exclusión.....	50
9.2.2 Técnicas obtención de la información .....	50
9.3 Fuentes primarias .....	51

9.3.1	Fuentes secundarias .....	51
9.4	Recopilación de la información .....	51
9.5	Análisis y presentación de la información .....	52
9.6	Presentación de la información .....	53
9.7	Difusión de la información .....	53
9.7.2	Aspectos Éticos de la Investigación.....	54
	Componente Ético del Estudio: .....	54
10.	Resultados y análisis de la información.....	56
8.1	Discusión.....	60
<b>9</b>	<b>Recomendaciones.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
11.	Discusión.....	74
12.	Conclusión .....	76
13.	Bibliografía .....	80
Anexos	.....	86

## Lista de Figuras

<b>Figura 1.</b> Ubicación geográfica Instituto Cardiovascular del Cesar .....	30
<b>Figura 2.</b> Ubicación geográfica Universidad Popular del Cesar.....	30
<b>Figura 3.</b> Nube de palabras generada a partir de las entrevistas .....	71
<b>Figura 4.</b> Red de palabras y comunidades semánticas detectadas mediante el algoritmo Fast Greedy.....	73

**Lista de cuadros**

<b>Cuadro 1.</b> Caracterización de la población y muestra del estudio.....	46
---	----

### Lista de tablas

<b>Tabla 1.</b> Contenidos curriculares vinculados a la interculturalidad .....	56
<b>Tabla 2.</b> Consciencia de valores, creencias y sesgos culturales .....	58
<b>Tabla 3.</b> Formación en diversidad cultural y competencias .....	60
<b>Tabla 4.</b> Preparación para comunicarse con personas de diferentes culturas .....	61
<b>Tabla 5.</b> Habilidad para respetar y valorar la diversidad .....	63
<b>Tabla 6.</b> Frecuencia de contacto con personas de diferentes culturas .....	64
<b>Tabla 7.</b> Disposición para participar en actividades interculturales .....	66
<b>Tabla 8.</b> Bigramas más frecuentes en las entrevistas .....	68
<b>Tabla 9.</b> Métricas descriptivas de la red semántica .....	70
<b>Tabla 10.</b> Nube de palabras generada a partir de las entrevistas .....	72

### Lista de graficas

<b>Gráfica 1.</b> Nivel de consciencia de valores, creencias y sesgos culturales .....	59
<b>Gráfica 2.</b> Formación de diversidad cultural y competencia .....	60
<b>Gráfica 3.</b> Preparación para comunicarse con personas de diferentes culturas .....	62
<b>Gráfica 4.</b> Habilidad para respetar y valorar la diversidad .....	63
<b>Gráfica 5.</b> Frecuencia de contacto con personas de diferentes culturas.....	65
<b>Gráfica 6.</b> Disposición para participar en actividades interculturales .....	66
<b>Gráfica 7.</b> Palabras más frecuentes en las entrevistas recolectadas .....	69

## **Dedicatoria**

A Dios, quien ha sido mi guía constante y mi mayor fortaleza. Gracias por brindarme salud, perseverancia, sabiduría y las herramientas necesarias para afrontar cada desafío, sostenerme en los momentos difíciles y permitirme alcanzar una de las metas más importantes de mi vida profesional.

A mi madre, María Lora, mi principal motor e inspiración. Gracias por tu amor incondicional, tu apoyo permanente, tu ejemplo de fortaleza y sacrificio, y por creer en mí incluso en los que yo mismo dude. Este logro es también tuyo, porque sin tu acompañamiento y aliento constante no habría sido posible llegar hasta aquí.

A mis hermanos, por ser el apoyo condicional en cada etapa de este camino, por su comprensión, paciencia y palabras de ánimo en los momentos más complejos. Su presencia y respaldo han sido fundamentales para continuar adelante con determinación

**Luis Eduardo Carrillo Lora**

A mi mamá, Elvira Vanegas, por ser mi fuerza más grande, por su amor incondicional y por enseñarme que los sueños se alcanzan con esfuerzo y fe. Todo lo que soy y lo que logro tiene un pedacito de ti. A mis hermanas Jeniffer, Julieth y Dianellys, por acompañarme y por recordarme siempre que la familia es el mejor refugio. A Marianella por creer en mí desde el día 1 en este camino, cada paso en este camino también es de ustedes.

A mi tutora Tania, quien admiro por su capacidad de ser docente y madre, por corregirme y guiarme cuando se necesitaba, Este proyecto es para ustedes, con todo mi amor y gratitud, porque sin su apoyo nada de esto habría sido posible.

**Carlos Alberto Mejía Vanegas**

Este proyecto de grado simboliza y significa la culminación de un significativo proceso académico y personal, no habría sido posible sin el apoyo invaluable de muchas personas. Agradezco primero que todo a la Institución, la cual me brindó herramientas para formarme como profesional y persona. A la profesora Tahania Chona, tutora, asesora y profesora, la cual me guió a través de la investigación y la carrera, dándome bases para ser un excelente investigador y una mejor persona y profesional.

Agradecer a mi familia, a mis abuelos Cristóbal Mendoza (QEPD) y María Mendoza, los cuales crearon la base de lo que soy. A mis padres por su apoyo incondicional, a mis hermanos por sus consejos y apoyo, a mis tías y tíos.

Por último, agradezco al Doctor Juan José Campanella, el cual me guio y enseñó bases para ser un excelente profesional y persona. Y muchas gracias al simbolismo de paz que el destino puso en mi camino, a la persona que transformó, destruyó y reconstruyó mis bases y creó una nueva persona, muchas gracias a la Jefe Viviana Castillo

**Andrés Felipe Perales Vega**

## **Agradecimientos**

Agradecemos a Dios por todas las bendiciones y herramientas que nos brindó para lograr esta meta profesional.

A la Universidad Popular del Cesar por brindarnos la oportunidad de estudiar nuestra carrera y alcanzar nuestro grado.

A todos los docentes que no solo nos educaron académicamente, a nivel práctico y profesional, también nos brindaron un ejemplo de ética y humanización que con orgullo llevaremos al campo laboral.

A nuestra asesora de Macroproyecto TAHANIA CHONA RODRIGUEZ, quien nos ha brindado no solo su orientación teórica, metodológica y técnica, también nos ha apoyado de manera incondicional para lograr esta meta.

## Resumen

El presente estudio tiene como objetivo general, analizar los procesos de formación de los profesionales de la salud en relación con la atención intercultural del paciente, con el fin de identificar avances, limitaciones y oportunidades de fortalecimiento en el ámbito académico y asistencial.

La postura metodológica en la que desarrollo la investigación es de enfoque mixto concurrente, de tipo descriptivo, con la participación de 43 estudiantes, 26 docentes y 31 profesionales del área de la salud, los cuales pertenecen tanto a la Universidad Popular del César (UPC) como a una institución de 4to nivel. En el componente cuantitativo se aplicó una encuesta tipo Likert, procesando los datos de forma estadística, mientras que el componente cualitativo se desarrolló mediante entrevistas semiestructuradas. Los datos se analizaron utilizando estadística descriptiva y categorización temática, utilizando el programa Excel 2019 y NVivo. Por medio de los resultados, se logró concluir en términos generales que existe una disposición hacia el aprendizaje intercultural, especialmente en docentes, estudiantes y profesionales, aunque se identifican vacíos curriculares en la formación práctica de los estudiantes.

Para mitigar esta problemática, se expusieron diversas recomendaciones, se determina la necesidad de integrar la interculturalidad como eje transversal en los programas académicos de salud, promoviendo experiencias formativas que fortalezcan la empatía, la comunicación y el respeto por la diversidad cultural dentro del marco de análisis de población se entrevistaron para un total de 5 directivos entre la universidad popular del Cesar y una Institución de 4to nivel.

**Palabras clave:** atención en salud, formación profesional, interculturalidad, diversidad cultural, educación superior.

## Abstract

The general objective of this study is to analyze the training processes of healthcare professionals in relation to intercultural patient care, in order to identify progress, limitations, and opportunities for strengthening in the academic and clinical settings.

The methodological approach used in this research is a concurrent mixed-methods, descriptive study, with the participation of 43 students, 26 faculty members, and 31 healthcare professionals from both the Popular University of Cesar (UPC) and a postgraduate institution. The quantitative component involved a Likert-type survey, with the data processed statistically, while the qualitative component consisted of semi-structured interviews. The data were analyzed using descriptive statistics and thematic categorization, using Excel 2019 and NVivo software. The results generally indicate a willingness to embrace intercultural learning, especially among faculty, students, and professionals, although curricular gaps were identified in students' practical training.

To mitigate this problem, several recommendations were presented, determining the need to integrate interculturality as a cross-cutting axis in academic health programs, promoting formative experiences that strengthen empathy, communication and respect for cultural diversity within the framework of population analysis, a total of 5 directors were interviewed between the popular university of Cesar and a 4th level institution.

**Keywords:** health care, professional training, interculturality, cultural diversity, higher education.

## Introducción

Esta investigación de grado científico expresa una gran importancia en el ámbito académico y profesional. Así como Campinha-Bacote (1998, 2002), expresa en su modelo teórico que la competencia cultural no es un estado por el cual se alcanza a cabalidad, sino más bien un proceso continuo en el que los profesionales de la salud se esfuerzan por trabajar eficazmente dentro del contexto cultural del paciente.

En consiguiente, es importante mencionar que sumergirse en los elementos de la competencia cultural para adaptarlos a la problemática de estudio es muy beneficioso para el aporte del programa de instrumentación quirúrgica en el contexto hospitalario de salud. Así que para esta clasificación de ideas, la investigación buscó responder a diversas posturas en el ámbito de la formación de los estudiantes y los profesionales de la salud.

Inicialmente se desarrolló el título y la pregunta de investigación que dieron eje a los objetivos que buscan mitigar y dar una solución a esta problemática, luego se desarrolló el marco teórico y los antecedentes del estudio, concediendo operacionalizar a las variables donde marca una postura metodológica donde se aplica un diseño mixto simultáneo, en el que los métodos cuantitativo y cualitativo se desarrollan de forma paralela y se integran en la interpretación de los resultados. El enfoque cuantitativo utiliza una encuesta tipo Likert para evaluar las competencias culturales de los profesionales de la salud según las cinco dimensiones de Campinha-Bacote (2002). El enfoque cualitativo, mediante entrevistas semiestructuradas, profundiza en las percepciones, experiencias y motivaciones de los participantes sobre el cuidado intercultural. Dentro de la teoría propuesta por (Campinha-Bacote, 2002), dadas estas definiciones desarrolló las diferentes dimensiones que componen la competencia cultural:

**Deseo cultural:** la motivación del profesional para aprender y entender al otro. Abierto a nuevas ideas (Campinha-Bacote, 2002)

**Conocimiento cultural:** formarse, buscar información, etc. De la interpretación de la manera de enfocar la salud y la enfermedad. Hacerse una visión global para entender al grupo foráneo que va a atender. Conciencia cultural: engloba el respeto y la eliminación de prejuicios para poder entender mejor las diferentes culturas y ser más sensible a las necesidades de esas culturas. (Campinha-Bacote, 2002)

**Habilidades culturales:** se hace referencia al desarrollo de métodos para captar las visiones del individuo, inquietudes, etc. Y poder proponer un tratamiento adecuado a ello. Encuentros culturales: invita a la interacción con personas de diversas procedencias culturales para poder entender su cultura. Incluiría conocer la idiosincrasia de cada cultura a nivel educativo, cultural, económico, etc (Campinha-Bacote, 2002)

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del problema

Históricamente, según Hernández, (2011) “las sociedades han sido multiculturales; sin embargo, la preocupación por la interacción entre culturas, el trato y la comunicación se ha intensificado en las últimas décadas”. Este fenómeno, asociado a la globalización y a los procesos migratorios, ha generado desafíos significativos en los sistemas educativos y sanitarios, particularmente en contextos como Colombia, donde la diversidad cultural plantea retos en la atención en salud. En este sentido, la formación de los profesionales del área requiere el fortalecimiento de competencias interculturales que respondan a las dinámicas actuales en territorios como Valledupar, Cesar. En países europeos, por ejemplo, la migración ha exigido que los sistemas de salud puedan reconocer las prácticas y creencias culturales de los pacientes como un componente esencial de la atención intercultural (Amrith, 2006; Kulesa & Brantuo, 2021; Swidrovich, 2020).

En América Latina predomina la diversidad cultural, social y étnica, un rasgo que se manifiesta con fuerza en Colombia, país conocido por su práctica (Barrera Monje & Silva Fajardo, s. f.). En la constitución política de Colombia de 1991, se establece que la nación es pluriétnica y multicultural, concediendo a las comunidades indígenas y afrodescendientes derechos grupales relacionados con su identidad y sus costumbres.

En el sector salud de Colombia, la Ley 100 de 1993 estableció el sistema general de seguridad social en salud. No obstante, fue la Ley 1438 de 2011 la que planteó de forma clara la importancia de asegurar un enfoque diferenciado en la atención. De igual manera, la ley estatutaria 1751 de 2015 ratifica el derecho fundamental a la salud, subrayando la provisión de servicios que

sean de calidad y que tengan en cuenta la cultura. A ello se suman los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021 y las disposiciones del Decreto 1953 de 2014, que fortalecen el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI).

El Plan Decenal de Salud Pública, constituye la principal política pública en salud en Colombia, orientada a mejorar las condiciones de salud de la población mediante un enfoque de derechos, equidad y determinantes sociales, incorporando la interculturalidad como un elemento clave en la atención diferencial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Por su parte, el Decreto 1953 de 2014 establece un régimen especial para los territorios indígenas, permitiendo la implementación del Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI), lo cual reconoce y articula los saberes tradicionales con el sistema de salud oficial, garantizando una atención con pertinencia cultural (Presidencia de la República de Colombia, 2014).

No obstante, pese a este marco normativo y a la existencia de proyectos orientados a promover la inclusión y el respeto por la diferencia, aún persiste una brecha en el ámbito sanitario, donde la formación de los profesionales no siempre incorpora una perspectiva intercultural que permita brindar una atención equitativa, humanizada y respetuosa. Este vacío formativo se traduce en un tratamiento inadecuado o limitado hacia comunidades como las comunidades indígenas, afrodescendientes y otros grupos sociales históricamente marginados (Weigand, 2016).

En este contexto, la salud intercultural se define como un campo dentro de la salud pública que combina la promoción, la prevención y el cuidado de manera integral, buscando abordar las particularidades culturales de cada comunidad (Weigand, 2016). Más, sin embargo la implementación de competencias interculturales en la formación académica y profesional sigue siendo escasa, lo que genera una discrepancia entre las directrices establecidas y las prácticas efectivas en el campo de la atención sanitaria.

Según (Censo Nacional de Población y Vivienda, 2018), Colombia cuenta con más de 1,9 millones de personas indígenas y cerca de 4,67 millones de población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera (DANE, 2019; DANE, 2020; UNFPA, 2023). Esta pluralidad se expresa en cosmovisiones, prácticas de salud, creencias y lenguas (más de 68 registradas) que condicionan el modo en que las comunidades perciben y acceden a los servicios sanitarios (MinTIC, 2023). Pese a la expedición de políticas y leyes orientadas a garantizar la atención diferencial y la pertinencia cultural, en la práctica aún persiste una brecha formativa que limita la capacidad de los profesionales de la salud para responder a la diversidad de manera integral.

Por consiguiente, diversos estudios han evidenciado que la falta de competencias culturales en el sector sanitario genera desigualdades en la calidad de la atención y en la percepción del usuario (Bernaes et al., 2015; Loza, 2010). En este sentido, la formación intercultural y bioética en áreas como enfermería resulta fundamental para fortalecer la humanización del cuidado y responder a los retos de un mundo globalizado, donde la interculturalidad impacta directamente en los procesos salud-enfermedad (Valdez-Fernández, 2017; Santos et al., 2013).

A lo anterior se suma el fenómeno migratorio venezolano, que ha tenido un impacto notable en la prestación de servicios de salud en Colombia. Para 2023, el país registró 2,88 millones de personas migrantes venezolanas, lo que representa un incremento en la demanda de atención y la necesidad de mejorar la comunicación clínica y la mediación cultural (INS, 2024; R4V, 2024). En el departamento del Cesar, y específicamente en Valledupar, se concentra una proporción significativa de esta población, lo que ha generado retos en la red hospitalaria y ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con equipos de salud capacitados en competencias interculturales (GIFMM, 2020; CESORE, 2023; Gobernación del Cesar, 2024).

En el ámbito regional, el Cesar es hogar de pueblos indígenas como los Kankuamo, Arhuaco, Kogui y Wiwa, quienes tienen asiento en resguardos reconocidos, como el Resguardo Kankuamo en Valledupar (MinInterior, 2023). Estos pueblos, junto con comunidades afrodescendientes y migrantes, interactúan con los servicios de salud desde perspectivas culturales particulares que muchas veces no son consideradas en la atención biomédica tradicional. Esta realidad demanda una aproximación más holística que articule la promoción, prevención, atención y fortalecimiento de los sistemas locales de salud con pertinencia cultural.

En este sentido, la labor de los profesionales de la salud no se limita a la aplicación de protocolos biomédicos, sino que exige la creación de espacios de diálogo horizontal e interactivo, donde se reconozcan y articulen los saberes y potenciales de los pacientes en sus contextos socioculturales. Tales prácticas permiten generar conocimiento sobre nuevas formas de cuidado y tratamiento, favoreciendo una atención con mayor pertinencia cultural (Santos, Ángel, & Chad, 2013). En la literatura especializada, se resalta que el desarrollo de la CI en la formación universitaria resulta indispensable para responder adecuadamente a las necesidades y preferencias de personas provenientes de diversas culturas, evitando la imposición de perspectivas únicas y favoreciendo el respeto mutuo (Díaz, 2018; Fernández Liria & Pérez-Sales, 2011).

El desarrollo de competencias en salud debe entenderse como un proceso continuo que articula conocimientos, procedimientos y actitudes en cuatro dimensiones fundamentales: el saber (conocimiento teórico), el saber hacer (aplicación en la práctica), el saber ser (actitudes personales) y el saber estar (habilidades interpersonales). Estas dimensiones permiten el ejercicio profesional integral, reconociendo la diversidad como un valor y no como una barrera (Tejada, citado en Farías et al., 2017). Los requerimientos mínimos para alcanzar dichas competencias incluyen el respeto, la autoconciencia, la capacidad de escuchar, la adaptación temporal de perspectivas, la

construcción de vínculos interculturales y la humildad cultural, entendida como la integración de respeto con autocrítica (Osorio Merchán & López, 2008).

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cómo se desarrolla la formación de los profesionales del área de la salud en Valledupar, Cesar, para garantizar una atención al paciente fundamentada en la interculturalidad?

## 2. JUSTIFICACIÓN

La diversidad cultural en Colombia representa una particularidad notable en el área de la salud, principalmente porque los pacientes presentan distintos contextos sociales, étnicos y lingüísticos que afectan a su visión del cuidado y de la relación con el personal de salud, (Aneas, 2005) Este estudio reconoce que la atención en salud no puede reducirse a su dimensión técnica. Resulta crítico vincularla con sus dimensiones sociales y culturales para cerrar brechas en la calidad y pertinencia del cuidado, especialmente en contextos interculturales.

Las leyes colombianas establecen que los trabajadores del sector salud son un componente esencial del sistema de atención sanitaria. La ley 1164 de 2007 establece normativas para formación y prácticas de los profesionales en salud, enfatizando que deben tener habilidades éticas y humanísticas para asegurar un trato digno y respetuoso al paciente (Congreso de la República de Colombia, 2007). Este estudio es importante porque se alinea con políticas públicas que promueven la formación integral del profesional de la salud para cubrir las necesidades de la población, enfocándose en el desarrollo de capacidades éticas y humanísticas que aseguren un trato digno y respetuoso a las personas (ley 1164, 2007).

Asimismo, la Ley Estatutaria 1751 de 2015 establece la salud como un derecho esencial, lo que significa que los responsables del sistema sanitario deben ofrecer un servicio que sea, al mismo tiempo, diferente y justo para cada persona, haciendo uso de un enfoque ético y humanístico que asegure atención digna y respetuosa, adaptada a las verdaderas necesidades de la población (Congreso de la República de Colombia, 2015). Esta investigación resulta pertinente porque aporta a la concreción del derecho a la salud desde un enfoque intercultural.

El proyecto es viable porque se alinea con la política nacional de talento humano en salud, que impulsa la capacitación continua y el desarrollo de competencias de los profesionales sanitarios para que ofrezcan una atención equitativa y con enfoque diferencial, respondiendo así a las demandas sociales de la población con un trato digno y ético (Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, 2018). Esto asegura que la propuesta investigativa tenga respaldo institucional y pueda articularse con iniciativas existentes de fortalecimiento académico en programas de la salud, favoreciendo la aplicabilidad de los resultados.

Por otro lado, la (Organización Mundial de la Salud, 2025), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) subrayan la necesidad de que el personal sanitario adquiera competencias interculturales, éticas y humanísticas para brindar servicios de salud efectivos y dignos en entornos diversos.

Esto implica que, como parte del sistema, todos los actores deben asegurar una atención diferencial y equitativa, desarrollando competencias que se alineen con las demandas sociales y culturales del país, respondiendo así a las necesidades reales de la población (OMS & OPS, 2017). Este modelo internacional apoya la validez de la investigación, ya que sitúa a los trabajadores de la salud en un contexto global de requerimientos profesionales, lo que eleva la importancia tanto académica como práctica del análisis.

Desde una perspectiva académica, investigaciones como la de Eisman et al. (2004) y Vilá (2008) evidencian que las competencias interculturales son esenciales para la comunicación efectiva y la construcción de confianza entre profesionales de la salud y pacientes. Por ello, el estudio se justifica en tanto busca explorar cómo los programas de formación integran o deberían integrar estas competencias en su currículo.

La ley 911 de 2004, en su enfoque sobre la ética profesional (deontológica), establece principios como el respeto a la dignidad del paciente, los cuales son vinculantes para todos los profesionales de la salud. (Congreso de la República de Colombia, 2004). La investigación, por lo tanto, tiene viabilidad ética al sustentarse en la normatividad vigente.

Adicionalmente, investigaciones como las realizadas por Molina-Marin et al. (2016) y Lagoueyte (2015) indican que la atención sanitaria debe incluir no solo el conocimiento biomédico, sino también la consideración de las costumbres culturales de los pacientes. Esta perspectiva refuerza la importancia de investigar la formación de los profesionales de la salud desde un enfoque intercultural, ya que en las áreas rurales y urbanas del país coexisten grupos con diferentes visiones sobre la salud y la enfermedad.

El estudio también es factible desde la perspectiva educativa y laboral, puesto que puede ser utilizado para evaluar y modernizar los currículos de los programas de salud. Incorporar una visión intercultural en la educación inicial y en la formación continua promovería el crecimiento de habilidades comunitarias, éticas y humanas que se sumen a la destreza técnica del profesional (Ministerio de Salud, 2016). Esto tendría un impacto favorable en la atención brindada y en el bienestar de los pacientes.

Por lo tanto, el proyecto es válido ya que ayuda a mejorar el sistema de salud en general, al abordar los desafíos de equidad, inclusión y reconociendo de la diversidad cultural que han sido señalados por organismos internacionales y por la legislación nacional (UNESCO, 2013; Rehaag, 2006). Al enfocarse en los profesionales de salud, el estudio crea un área poco abordada en la literatura científica, produciendo información útil y relevante para optimizar la atención en diferentes y complicados entornos hospitalarios.

### **3. PROPÓSITO**

Esta investigación tiene como propósito determinar cómo se está formando el profesional de la salud para tratar las distintas necesidades de los pacientes desde una perspectiva intercultural, teniendo en cuenta que, la diversidad cultural constituye un elemento fundamental en los servicios de salud. En la actualidad, el encuentro clínico no solo se limita al abordaje técnico y científico de la enfermedad, sino que exige una mirada amplia e incluyente que considere al paciente como sujeto con historia, valores, creencias y prácticas propias que inciden en su proceso de salud y enfermedad. En este contexto, esta investigación busca aportar elementos que permitan visibilizar las fortalezas y limitaciones de la educación superior en torno a la incorporación de la interculturalidad en los planes de estudio y en la práctica clínicas.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general**

Analizar los procesos de formación de los profesionales de la salud en relación con la atención intercultural del paciente, con el fin de identificar avances, limitaciones y oportunidades de fortalecimiento en el ámbito académico y asistencial.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Examinar los contenidos curriculares vinculados a la interculturalidad presentes en los planes de estudio de los programas de pregrado en salud en instituciones de educación superior en la Costa Norte.
- Identificar los lineamientos normativos, éticos y de política pública que orientan la atención del paciente desde una perspectiva intercultural.
- Explorar la percepción de estudiantes y docentes acerca de la relevancia de la interculturalidad en los procesos de formación y en la práctica profesional en salud en la Universidad Popular del Cesar.

## **5. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Esta investigación se enmarca en la línea de Salud, Orientación en la educación, Cultural y Sociedad, esta línea de investigación aborda temas fundamentados en la educación, cultura y sociedad, donde se podrán comprender desde los contextos locales, nacionales e internacionales, las nuevas formas de aprender y comprender la realidad natural y social en que se vive actualmente. Es por eso que los educandos en instrumentación quirúrgica se han participes en los procesos investigativos de esta línea.

## 6. FACTIBILIDAD Y DELIMITACIONES

### 6.1 Factibilidad

La factibilidad, entendida como la posibilidad real de llevar a cabo un proyecto a partir de la disponibilidad de recursos, tiempos y capacidades institucionales, constituye un criterio esencial para garantizar la viabilidad de una investigación (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). En este sentido, la presente investigación es factible porque se desarrolla en la Universidad Popular del Cesar (UPC), institución que fomenta la investigación formativa y la generación de conocimiento pertinente a las necesidades regionales, lo cual asegura un respaldo académico y metodológico sólido (Universidad Popular Del Cesar , 2022)

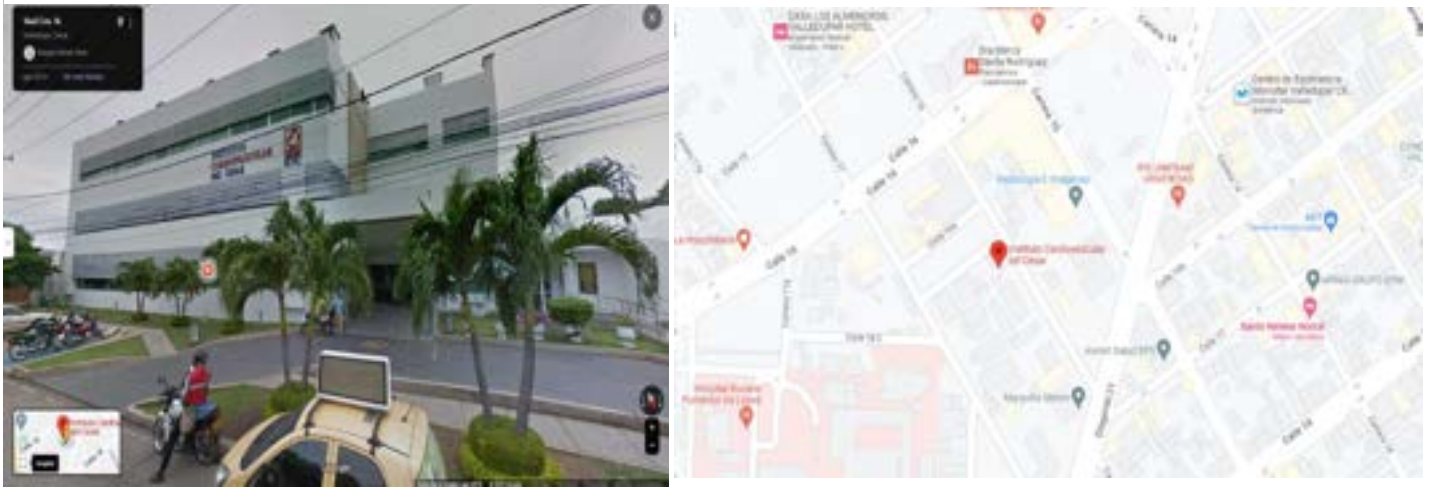
Así como también, contamos con la orientación de una tutora experta en procesos investigativos, de igual forma con el apoyo de profesionales de la salud y de la educación que facilitan la recolección y análisis de información, garantizando su eficiencia y pertinencia en los resultados. Igualmente, la infraestructura universitaria y el acceso a bases de datos científicas tales como SciELO, Scopus, Latindex y PubMed, las cuales permiten disponer de insumos técnicos y bibliográficos necesarios para el desarrollo del proyecto. Por lo tanto, la factibilidad de esta investigación radica en la articulación entre los recursos humanos, académicos e institucionales que ofrece la Universidad Popular del Cesar y la relevancia social del tema, asegurando así la posibilidad de su ejecución exitosa y la obtención de aportes significativos en la formación intercultural de los profesionales de la salud.

## 6.2 Delimitaciones

La delimitación de una investigación consiste en precisar el contexto espacial, temporal, institucional y poblacional en el que se desarrollará el estudio, con el fin de establecer los alcances y limitaciones de los resultados (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018). En este sentido, la presente investigación se llevará a cabo en la ciudad de Valledupar, departamento del César, específicamente en el Instituto Cardio Vascular del Cesar (ICVC) en el área de urgencias, UCI, quirófanos y hospitalización; durante el mes de octubre y noviembre del 2025, institución reconocida por su trayectoria en la atención de pacientes con patologías cardiovasculares y que actualmente mantiene un convenio académico con la Universidad Popular del Cesar (UPC). Este contexto constituye un espacio idóneo para investigar la formación intercultural de los profesionales de la salud, dado que en él confluyen estudiantes en formación y personal asistencial en contacto directo con los pacientes de diversa procedencia cultural y social.

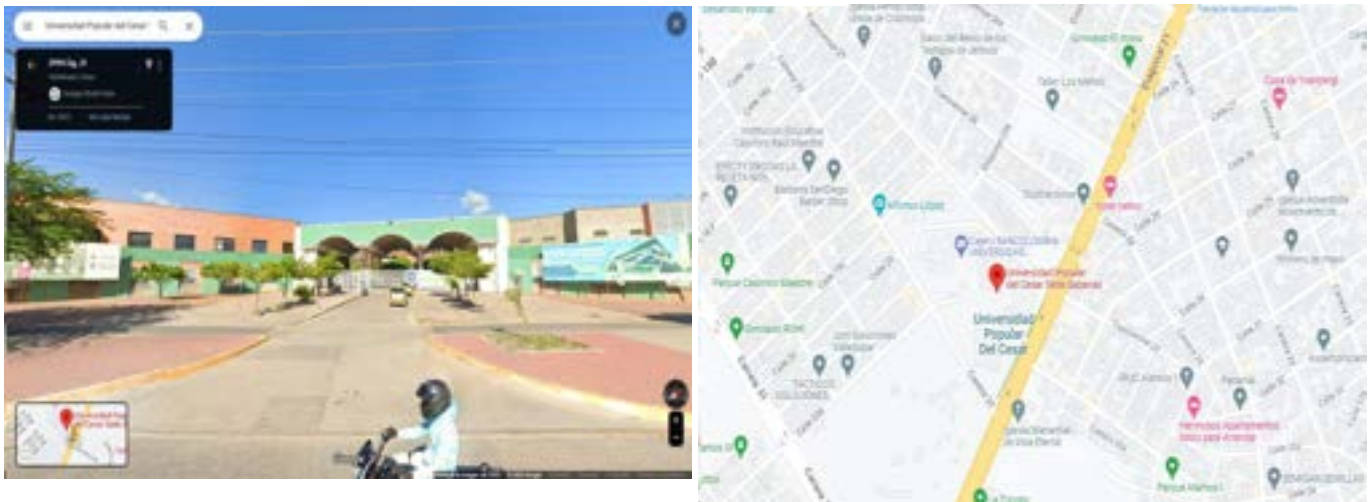
La ubicación geográfica del ICVC se observa en la Figura 1, lo cual permite contextualizar el espacio físico en el que se desarrollará el proyecto y sustentar la pertinencia de la investigación dentro de la dinámica sanitaria y educativa de la región.

**Figura 1.**  
*Ubicación geográfica Instituto Cardiovascular del Cesar*



*Fuente: Googlemaps, (2025)*

**Figura 2.**  
*Ubicación geográfica Universidad Popular del Cesar*



*Fuente: Googlemaps (2025)*

## 7. MARCO TEÓRICO

### 7.1 Marco conceptual

**Atención en salud:** Procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o población. (Asi Vamos En Salud , 2024)

**Contenidos programáticos:** Es el primer instrumento que el docente pone a disposición de los estudiantes para su aprendizaje: por tanto, es la hoja de ruta de navegación de las acciones a seguir ( Universidad Militar Nueva Granada, 2014).

**Costumbre:** Regla que no es impuesta en forma de mandato por los poderes públicos, sino que es reducida de un uso general y prolongado (repetitivo) y de la creencia en la existencia de una obligación. Constituye una fuente de derecho, a condición de que no vaya en contra de alguna ley. (Olano, 2022).

**Cultura:** Puede entenderse como la educación, la formación, desarrollo o perfeccionamiento de las facultades intelectuales y morales del ser humano; y, en su reflejo objetivo, constituye el mundo propio del hombre, en oposición al mundo natural, que existiría igualmente aun sin su presencia. Es también el producto de tal actividad, de tal formación; es decir, el conjunto de maneras de pensar y de vivir, cultivadas, que suelen designar con el nombre de civilización. (Megale, 2019).

**Currículo:** Currículo es el conjunto de criterios, planes de estudio, programas, metodologías, y procesos que contribuyen a la formación integral y a la construcción de la identidad cultural nacional, regional y local, incluyendo también los recursos humanos,

académicos y físicos para poner en práctica las políticas y llevar a cabo el proyecto educativo institucional. (Ministerio De Educacion Nacional , 1998)

**EPS (Empresa Promotoras de Salud):** Son las encargadas de organizar, directa o indirectamente la prestación del Plan de Salud Obligatoria (POS). (Secretaria De Planeacion, 1995)

**Etnia:** Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc. (Parodi, 2007)

**Identidad cultural:** La identidad cultural hace referencia al conjunto de peculiaridades propias de una cultura o grupo que permiten a los individuos identificarse como miembros de este grupo, pero también diferenciarse de otros grupos culturales. (Molano, 2007).

**Interculturalidad:** Es la interacción entre diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto mutuo. (Vigil, 2022)

**IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios):** Son todas las entidades, asociaciones y/o personas (ya sean) públicas o privadas que hayan sido aprobadas para prestar de forma parcial o total los procedimientos que se demanden en el Plan Obligatorio de Salud (POS). (Minsalud, 2017)

**Lineamientos de atención:** son una herramienta para la emisión y asesoramiento de las normas, reglamentos, acuerdos y demás preceptos de aplicación general que deben respetarse dentro de una organización. (Archivo General de la Nacion Colombia, 2023)

**Mamo:** Dentro de la etnia Arhuaca un líder espiritual, tienen la responsabilidad de mantener el orden natural del mundo por medio de canciones, meditación y ofrendas rituales. (Blanco, 2023)

**Medicina tradicional:** Es la suma de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentales en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, y que se utilizan para mantener la salud, tanto física como mental. (Organizacion Mundial De La Salud, 2023).

**Paciente:** En el ámbito clínico, es quien recibe los servicios de un especialista o profesional de la salud, se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención. (Galindo, 2016)

## 7.2 Antecedentes y/o estado del arte investigativo

El estado del arte constituye un insumo fundamental en todo proceso investigativo, ya que permite identificar los avances, limitaciones y tendencias en torno al objeto de estudio, situando la investigación en un marco de discusión científica amplio y actualizado. Según Gómez y Galeano (2017), este ejercicio no solo organiza y sistematiza el conocimiento, sino que también facilita reconocer vacíos conceptuales y metodológicos que justifican la pertinencia del trabajo. En el caso de la formación intercultural de los profesionales de la salud, resulta necesaria explorar las investigaciones y aportes teóricos que, a nivel global, regional y local, han explorado la relación entre diversidad cultural, atención en salud y competencias profesionales. De esta manera, se podrá construir un panorama crítico que evidencie las fortalezas y carencias en la afiliación de la interculturalidad en la educación superior y en la práctica clínica, contribuyendo así bases sólidas para el desarrollo de la presente investigación.

La interculturalidad es fundamental para la construcción de una sociedad democrática, puesto que los actores de las diferentes culturas que por ello se rijan, convendrán en encontrarse, conocerse y comprenderse con miras a cohesionar un proyecto político a largo plazo. En sociedades significativamente marcadas por el conflicto y las relaciones asimétricas de poder entre los miembros de sus diferentes culturas, como es el caso peruano, un principio como el de la interculturalidad cobra todo su sentido y se torna imperativo si se desea una sociedad diferente por ser justa. (Madeleine Zúñiga & Juan Ansión, 1997).

En América Latina se busca fomentar una cultura de la interculturalidad, esta iniciativa reconoce que la mayoría de las sociedades, tanto a nivel nacional como internacional, son

inherentemente multiculturales. El objetivo es construir un entorno que asegure el desarrollo económico, cultural y social de todos los pueblos, con un enfoque particular en las comunidades indígenas (Olivé, L, 2007)

Puesto que la interculturalidad es una aspiración, no una realidad, se prefiere hablar de educación para la interculturalidad en lugar de educación intercultural. La educación debe contribuir y puede hacerlo de manera privilegiada a la construcción de una nación intercultural. Indicábamos que la interculturalidad, como concepto, no admite asimetrías. Hay muchas económicas, políticas y sociales y todas deben ser combatidas. Pero como educadores corresponde directamente atender las dificultades netamente educativas, que también existen. (Olivé, L, 2007).

Esta asimetría escolar, se comprueba fácilmente al analizar los indicadores de desarrollo educativo. Según los datos del último Censo Nacional de Población y Vivienda (2000), el analfabetismo entre la población no hablante de lengua indígena de 15 de edad o más ascendía a 7.54%. En cambio, entre la población indígena es de 33.7%, proporción más de cuatro veces mayor. La población adulta no indígena sin instrucción a nivel nacional representa 8.31% de la población total, mientras que entre los indígenas representa 31.35%. En el otro extremo, 11.58% de la población adulta no hablante de lengua indígena cuenta con estudios superiores, mientras que esto es cierto en 2.6% de la población de lengua indígena. Por cada niño no indígena en edad escolar (6 a 14 años) fuera de la escuela hay dos niños no indígenas. La deserción y la reprobación en la escuela primaria son mayores en las escuelas indígenas que en las no indígenas, si bien la brecha se va cerrando. Pero 2.54% de los alumnos de sexto grado de primarias indígenas logra los niveles máximos de desempeño en las pruebas nacionales de español, y 0.67% en matemáticas. Los porcentajes correspondientes de las escuelas rurales no indígenas son de 6.34% y 1.39%,

respectivamente, y los de las escuelas urbanas de 14.09% y 3.12%. La asimetría escolar se combate ofreciendo una educación de calidad. Desde el paradigma de la diversidad, la calidad debe alcanzarse por los caminos más adecuados, que difieren según los grupos culturales y los contextos poblacionales. México tiene en ello uno de sus mayores retos educacionales (Schmelkes, 2006)

### **7.3 Bases teóricas**

#### **7.4 Lineamientos sobre atención al paciente:**

A la hora de abordar la formación intercultural en salud no es suficiente con explicar los lineamientos de seguridad del paciente o simplemente describir las prácticas culturales de diferentes comunidades, se requiere de un marco teórico referencial que dé coherencia y dirección al análisis, que de forma sistemática articule los aspectos normativos, teóricos y culturales. En esta línea, las teorías funcionan como un mapa conceptual, no reflejan la realidad de forma plena pero permiten por un lado organizar los elementos que están dispersos y por otro, identificar relaciones y por último, orientar el proceso de formación hacia una atención en salud en el sentido de la pertinencia intercultural (Hernández-Sampieri, R.; Mendoza, C., 2018).

En el plano internacional, la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias, constituida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), creó una división especial para la seguridad de los pacientes. Sus políticas incluyen metas como identificar correctamente a los pacientes, mejorar la comunicación, garantizar la seguridad quirúrgica, reducir infecciones y prevenir daños por caídas. Con estos objetivos se diseñaron manuales y estándares que siguen siendo referentes de calidad hospitalaria (Universidad El Bosque, 2022). La verdad, sirven de base, aunque muchas veces se queden en lo técnico y dejen de lado la dimensión humana de la atención.

Ahora bien, cuando se habla de competencias culturales en salud, una de las teorías más reconocidas es la de Campinha-Bacote, propuesta en 2002. Su aporte está en recordar que la competencia cultural no es un logro fijo, sino un proceso continuo. La teoría describe cinco dimensiones: la conciencia cultural, que obliga a reconocer los propios prejuicios; el conocimiento cultural, que busca comprender valores y prácticas de distintos grupos; la habilidad cultural, que consiste en aplicar ese conocimiento de manera pertinente; los encuentros culturales, que son experiencias directas con pacientes de diferentes orígenes; y finalmente el deseo cultural, esa motivación genuina de querer aprender de la diversidad (Campinha-Bacote, 2002). Se considera que este modelo, aunque fue desarrollado en un contexto distinto, establece un referente analítico pertinente para evaluar los procesos de formación de los profesionales de la salud en Colombia.

La diversidad cultural del país se expresa en comunidades que mantienen vivas cosmovisiones y prácticas médicas ancestrales.

**Wayuu:** La medicina tradicional Wayuu integra sueños, plantas medicinales, animales, lugares sagrados y rituales. Los outsü, parteras y sobanderos ejercen funciones curativas que no se limitan a lo físico, sino que abarcan lo espiritual. Para ellos, las enfermedades pueden tener origen en los ayuulii (curables en casa) o los wanulü (graves y de carácter espiritual), donde solo el médico ancestral puede intervenir (Montiel, 2019; Portal de lenguas y literaturas de Colombia, 2023).

**Arhuacos:** Su concepción de salud se relaciona profundamente con la naturaleza. Una enfermedad puede originarse por alterar un equilibrio natural, como mover una piedra de su lugar. Su medicina tradicional combina plantas clasificadas en grupos (alimenticias, medicinales,

ceremoniales, sagradas) con prácticas como confesiones, ayunos, sueños y rituales guiados por los mamos (Reichel-Dolmatoff, 1975; Mutis, s.f.).

**Kankuamos:** Este pueblo, ubicado en la Sierra Nevada de Santa Marta, mantiene una tradición botánica donde cada planta posee alma y poder espiritual. Sus curanderos afirman haber tratado enfermedades que la biomedicina no resuelve, como mareos, infecciones renales o hemorragias. Para ellos, la medicina es un diálogo entre cuerpo, espíritu y naturaleza (ONIC, s.f.).

**Comunidades afrodescendientes:** Su medicina tradicional mezcla conocimientos terapéuticos transmitidos por curanderos, santeros o babalaos con rituales, rezos y uso de plantas. La santería, por ejemplo, fusiona santos cristianos con deidades africanas, y mediante trances o baños se busca sanar cuerpo y espíritu. Estas prácticas no solo curan dolencias, también refuerzan la identidad cultural y el tejido social frente a siglos de discriminación.

Cuando se contrastan estas ideas con la realidad nacional, aparecen escenarios muy concretos. Los Wayuu, por ejemplo, entienden que las enfermedades pueden tener un origen espiritual y que curar requiere no solo plantas, sino también sueños, lugares sagrados y la guía de los outsü (Montiel, 2019; Portal de lenguas y literaturas de Colombia, 2023; Tovar, 2017). Los Arhuacos relacionan el bienestar con el equilibrio de la naturaleza; para ellos, mover una piedra de su lugar puede ser suficiente para enfermar, y devolverla, para sanar (Zabalata, 2013). Su medicina es holista, porque combina plantas, confesiones, ayunos y rituales (Mutis, s.f.; Reichel-Dolmatoff, 1975). Los Kankuamos, por su parte, afirman que cada planta tiene alma y poder espiritual, y que con ellas se pueden tratar males que la medicina biomédica no siempre resuelve

(ONIC, s.f.). Y en las comunidades afrodescendientes, la sanación se mezcla con rezos, comidas y la fuerza de la santería, una práctica que combina santos cristianos con deidades africanas (Eswayuu, s. f.). No es solo medicina: es resistencia cultural, es identidad.

## COMPETENCIA CULTURAL

Para Campinha- Bacote, la competencia cultural se define como el proceso continuo mediante el cual los profesionales del cuidado de la salud se esfuerzan por adquirir la habilidad y la disponibilidad para trabajar efectivamente dentro del contexto cultural de la familia, el individuo, o la comunidad. Este proceso de la competencia cultural involucra la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales.

La autora destaca el **deseo cultural** como un elemento esencial, entendido como la motivación interna del profesional para desarrollar habilidades que le permitan afrontar los retos derivados de la interacción intercultural, más allá de una exigencia interna o institucional (Campinha-Bacote, 2002)

Por su parte, Papadopolus incluye en su definición de competencia cultural: la 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 y el derecho de los individuos a ser tratados adecuadamente sin prejuicio de su ascendencia, promueve la igualdad y el valor de los individuos en sí mismos (Papadopoulos, 2006)

Dada estas definiciones Campinha- Bacote, desarrolló las diferentes dimensiones que componen la competencia cultural: Deseo cultural: la motivación del profesional para aprender y entender al otro. Abierto a nuevas ideas. Conocimiento cultural: formarse, buscar información, etc. De la interpretación de la manera de enfocar la salud y la enfermedad. Hacerse una visión global

para entender al grupo foráneo que va a atender. Conciencia cultural: engloba el respeto y la eliminación de prejuicios para poder entender mejor las diferentes culturas y ser más sensible a las necesidades de esas culturas.

Habilidades culturales: se hace referencia al desarrollo de métodos para captar las visiones del individuo, inquietudes, etc. Y poder proponer un tratamiento adecuado a ello. Encuentros culturales: invita a la interacción con personas de diversas procedencias culturales para poder entender su cultura. Incluiría conocer la idiosincrasia de cada cultura a nivel educativo, cultural, económico, etc. Sensibilidad cultural: el trato es de compañeros iguales, se involucra la confianza, aceptación y respeto, así como la facilitación y la negociación.

Se propone el desarrollo de la competencia comunicativa transcultural, donde se crea un ambiente en el cual los significados, las ideas, la información, y los temas que son esenciales para el cuidado profesional se intercambian eficientemente.

El modelo de Purnell de competencia cultural (8,9), desarrollado a partir de 1995, puede ser utilizado por todas las profesiones que se dediquen al cuidado de la salud de un modo multidisciplinar. Este modelo es aplicable en todas las situaciones de práctica profesional y en cualquier contexto. Para Purnell la competencia cultural es la adaptación de la atención de una manera que es consistente con la cultura del cliente y por lo tanto de manera consciente configura un proceso no lineal.

El proveedor de cuidados puede avanzar en competencia cultural y mejorar o puede retroceder. Cuando ha avanzado lo suficiente está a un nivel alto de competencia cultural. En este modelo no lineal, Purnell nombra cuatro niveles o fases de competencia cultural: inconscientemente incompetente, conscientemente incompetente, conscientemente competente e inconscientemente competente. Desde la primera fase que sé es incompetente culturalmente ante

el nuevo contexto que afrontar y siendo inconsciente de ello, hasta que sé es inconscientemente competente culturalmente. Es decir, una persona ha ganado tal competencia cultural para ejercer su labor en un contexto cultural determinado que ya no se da cuenta que es competente a base de entrenamiento.

El modelo se asienta en teorías e investigaciones obtenidas de la organización, comunicación administrativa y las teorías de desarrollo familiar. Pero también toma base de la antropología, sociología, psicología, anatomía y fisiología, biología, ecología, nutrición, farmacología, religión, historia, economía, ciencia política y lingüística. Para valorar las influencias y la identificación de un grupo cultural, Purnell ha denominado las características primarias y secundarias de la diversidad.

Las características primarias engloban la nacionalidad, raza, olor, sexo, edad y afiliación religiosa. Las características secundarias son el nivel educativo, residencia urbana o rural, la identidad de enclave, el estado civil, el estado de paternidad, las características físicas, orientación sexual, nivel educativo, nivel socioeconómico, creencias políticas, experiencia militar cuestiones de género, razón por la migración y el estado de inmigración. El metaparadigma del modelo de Purnell está compuesto por los conceptos de Comunidad, Familia, Sociedad Global, Salud y Persona.

**Comunidad:** grupo o clase de gente que tiene un interés común o identidad y vive en un lugar específico. **Familia:** dos o más personas que se envuelven emocionalmente el uno con el otro. Pueden, pero no necesariamente, vivir en proximidad estrecha el uno con otro y podrían estar relacionados consanguíneamente o no. **Sociedad Global:** se entiende el mundo como una comunidad grande de personas en continúa multiculturalidad. **Salud:** estado de estar sano definido por una persona o un grupo étnico y generalmente tiene implicaciones biopsicosociales y

espirituales que actúan recíprocamente con la familia, con la comunidad, y con la sociedad global.

Persona: Es un ser humano, que constantemente se adapta al ambiente, desde el punto de vista biopsicosocial.

## **7.5 Marco legal**

La Constitución Política de Colombia de 1991 fundamenta el enfoque intercultural al reconocer y proteger la diversidad étnica y cultural de la nación, estableciendo el derecho de los pueblos a preservar sus costumbres y tradiciones. Artículos como el 7º sobre el reconocimiento de la diversidad, el 13º sobre la igualdad y la no discriminación, y el 70º que considera la cultura como fundamento de la nacionalidad, garantizan la dignidad de todas las culturas y promueven un trato equitativo, dando paso a la interculturalidad como principio de convivencia pacífica y pluralismo cultural (Constitución Política de Colombia, 1991).

Ley 397 de 1997 "por la cual se desarrollan los artículos 70, 71 y 72 y demás artículos concordantes de la Constitución Política y se dictan normas sobre patrimonio cultural, fomentos y estímulos a la cultura, se crea el Ministerio de la Cultura y se trasladan algunas dependencias," se ha avanzado hacia el reconocimiento de la transversalidad de las expresiones y bienes de esta categoría desde el fundamento de la Constitución Política, para esto el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Cultura en cumplimiento de sus competencias y cabeza del Sistema Nacional de Patrimonio Cultural - SNPC, y encargado de formular la política, establecer los lineamientos dirigidos a la salvaguardia, la protección, la recuperación, la conservación, la sostenibilidad y la divulgación del mismo, con el propósito de que sirva de testimonio de la identidad cultural nacional, tanto en el presente como en el futuro (Ley 397, 1997).

Ley 1516 del 6 de febrero de 2012, por medio de la cual se aprueba la “convención sobre la protección y la promoción de la diversidad de las expresiones culturales”, firmada en París el 20 de octubre de 2005 y busca garantizar la protección de la diversidad cultural como fuente de desarrollo sostenible y como un imperativo ético ligado al respeto de los derechos humanos, la libertad de expresión y la dignidad de todas las culturas y pueblos (Ley 1516 , 2012).

Ley 133 del 23 de mayo de 1994, por la cual se desarrolla el Decreto de Libertad Religiosa y de Cultos, reconocido en el artículo 19 de la Constitución Política (Ley 133, 1994).

Ley 2055 del 10 de septiembre del 2020, por medio de la cual se aprueba la “convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos en las personas mayores”, adoptada en Washintong, el 15 de junio de 2015. (Ley 2055, 2020).

Ley 74 del 26 de diciembre de 1968, por la cual se aprueban los “Pactos internacionales de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de Derechos Civiles y Políticos, así como el Protocolo Facultativo de este último, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en votación unánime, en Nueva York, el 16 de diciembre de 1966” (Ley 74, 1964).

Ley 319 del 20 de septiembre de 1996, por medio de la cual se aprueba el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, suscrito en San Salvador el 17 de noviembre de 1988 (Ley 319, 1996).

Ley 21 del 4 de marzo de 1991, por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989 (Ley 21, 1991).

La ley 1438 de 2011, que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud establecida por la ley 100 de 1993, introduce de manera explícita el enfoque diferencial en la atención sanitaria. Esta norma reconoce la diversidad cultural, social y territorial de la población colombiana y establece que la prestación de los servicios de salud debe adaptarse a las particularidades de los distintos grupos poblacionales, garantizando un acceso equitativo y respetuoso de sus diferencias (Ley 1438 , 2011).

## 8. Diseño Metodológico

### 8.1 Tipo de estudio

**Mixto con diseño concurrente:** Según (Hernández-Sampieri, R.; Mendoza, C., 2018) La investigación mixta tiene en cuenta las características más importantes de los enfoques cualitativo y cuantitativo, lo cual permite tener una visión más completa del objeto de estudio, por tal motivo, el presente trabajo se desarrolla bajo un enfoque mixto, uniendo técnicas de recolección y análisis de datos de ambos tipos.

En este caso, se emplea un diseño mixto concurrente, ya que los dos métodos se aplican de manera simultánea y son integrados al analizar e interpretar los resultados. Por un lado, en el enfoque cuantitativo, se utiliza una encuesta tipo Likert, la cual es diseñada para evaluar las competencias culturales de los profesionales de la salud, tanto en su formación como en su ejercicio, relacionadas con las cinco dimensiones propuestas por (Campinha-Bacote, 2002) Por otro lado, el enfoque cualitativo, se llevará a cabo, por medio de entrevistas semiestructuradas, las cuales permiten profundizar en las percepciones, experiencias y motivaciones de los participantes sobre la atención en salud desde una perspectiva intercultural.

Este diseño resulta adecuado porque no solo genera datos objetivos y comparables sobre el nivel de formación intercultural, sino que también capta matices y significados que trascienden lo numérico. Siendo así, enfoques permite proporcionar una base sólida y contextualizada para desarrollar un programa de formación en competencias culturales basado en evidencia empírica.

## 8.2 Población

(Arias, 2012), expone que la población es un conjunto de elementos con características comunes, integrado por los sujetos o ambientes que están inmersos en el fenómeno objeto de estudio, para su selección son extensivos los elementos poblacionales en función del contexto problemático. De acuerdo con los aportes requeridos, el estudio destaca una población profesional de salud, estudiantes de la salud y docentes. Esta población representa el universo de sujetos directamente relacionados con el análisis de la variable principal del estudio: la atención al paciente desde la interculturalidad. Los resultados obtenidos en esta investigación serán aplicables a este grupo, dado su vínculo directo con el contexto institucional de atención en salud y formación profesional.

**Cuadro 1.**  
*Caracterización de la población y muestra del estudio*

UNIVERSIDAD	Nombre del programa	Número de estudiantes	Número de docentes
Universidad popular del cesar	Instrumentación quirúrgica	327	
	Enfermería	424	
	Fisioterapia	40	
Universidad de la Guajira	Enfermería	443	26
	Nutrición y Dietética	321	23
	Medicina	0	0
Fundación Universitario Área Andina	Medicina	370	
	Enfermería		
	Psicología		
	Medicina	286	27

<b>Universidad del Santander</b>	Bacteriología	352	
	Fisioterapia		
<b>Universidad Libre</b>	Medicina		36
	Instrumentación Quirúrgica		18
	Enfermería		25
	Fisioterapia		15
<b>Universidad Metropolitana</b>	Bacteriología		23
	Fisioterapia		15
	Fonoaudiología		25
	Enfermería		
	Medicina		47
	Nutrición Y dietética		12
	Optometría	356	
	Odontología	322	
	Psicología	296	
<b>TOTAL</b>			

*Fuente: Elaboración propia (2025)*

<b>Profesionales del instituto cardiovascular del cesar</b>	<b>Universidad y programa</b>
7	Enfermería
18	Medicina
6	Instrumentación Quirúrgica
1	Fisioterapia

*Fuente: Elaboración propia (2025)*

### **8.3 Muestra**

La muestra por es definida por Arias (2012) como el proceso de selección de sujetos accesibles para el investigador, de acuerdo con criterios previamente establecidos. En este sentido, para la presente investigación se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que los participantes fueron seleccionados según su disponibilidad y pertinencia para el estudio.

La muestra estuvo conformada por tres grupos principales: estudiantes, docentes y profesionales del área de la salud vinculados a la Universidad Popular del Cesar y a una institución de salud del departamento del Cesar.

En el caso de los estudiantes, se incluyeron aquellos que han tenido contacto directo con el paciente durante sus prácticas formativas, lo que garantiza su experiencia en contextos reales de atención en salud. Los docentes participantes corresponden a profesionales vinculados a programas de formación en salud, con experiencia en procesos educativos. Por su parte, los profesionales de la salud incluidos en el estudio se desempeñan en áreas asistenciales, lo que les permite interactuar con pacientes de diversos contextos culturales.

Esta selección permitió contar con informantes clave que aportan perspectivas desde la formación académica y la práctica clínica, en relación con la atención del paciente desde un enfoque intercultural.

### **8.3.2 Variable**

(Hernandez et al, 2014) Describen que las variables representan los elementos descriptores del objetivo general, de esta subyacen las dimensiones o subvariables de los objetivos específicos, que enmarcan tanto el desarrollo teórico de la investigación, como la creación del instrumento de recolección de la información. De acuerdo con lo descrito para el presente estudio se definen dos variables principales, la formación de los profesionales de la salud para la atención al paciente con enfoque intercultural. Estas variables se estructuraron en dimensiones e indicadores que orientan el diseño metodológico.

## **9. Unidades de análisis**

Para el análisis de los datos se utilizará la estadística descriptiva y los resultados serán presentados en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes.

Para el análisis de correlación se utilizará el programa estadístico sps.

El instrumento para la recolección de los datos será sometido a validación por juicio de expertos para su aplicación y se realizará una prueba piloto a fin de identificar dificultades para el análisis de la información.

### **9.2 Criterio de inclusión**

Se incluirán en el estudio los participantes que pertenezcan a uno de los tres grupos definidos: profesionales de la salud, estudiantes de programas de la salud o docentes universitarios vinculados a dichos programas, y que hayan sido seleccionados aleatoriamente dentro de su grupo para asegurar la representatividad.

#### **9.2.1 Criterio de exclusión**

Se excluirán del estudio todos los profesionales de la salud, estudiantes y docentes que manifiesten su no deseo de participar.

#### **9.2.2 Técnicas obtención de la información**

(Arias, 2012) Define las técnicas de obtención de la información, como los procesos de detección de datos que se recogen del contexto problemático objeto de estudio, estas se clasifican en técnicas secundarias y técnicas primarias

### **9.3 Fuentes primarias**

(Arias, 2012) Define las fuentes primarias como la información que se detecta de los sujetos o contexto directo de estudio. Para el caso de la investigación actual la información primaria se recoge directamente de los sujetos objeto de estudio. Profesionales de la salud, estudiantes del área de la salud y docentes, a través de la técnica de encuesta y el instrumento cuestionario en su modalidad de auto administrado en su escala de Likert, el cual consta de 11 Ítems, el cual fue aprobado por el comité de investigación para su aplicación.

#### **9.3.1 Fuentes secundarias**

Desacuerdo con (Amrith, 2008) (Swidrovich, 2019) y (Salaverry, 2010). Las fuentes secundarias consultadas aportaron elementos teóricos críticos para el estudio, provenientes de libros especializados, artículos científicos y documentos normativos. Estas fueron obtenidas mediante búsqueda en bases de datos como Google Scholar, PubMedy Redalyc, e incluyen información sobre interculturalidad en salud, competencia cultural y atención a pacientes indígenas, contribuyendo a la solidez académica y pertinencia cultural de la investigación.

### **9.4 Recopilación de la información**

Cada instrumento incluyó un encabezado con fecha, hora, lugar y nombre del entrevistado, con el fin de contextualizar la aplicación y garantizar trazabilidad en la información, en coherencia con (Arias, 2012) y la Teoría de la Competencia Cultural (Campinha-Bacote, 2002)

**Encuestas:** Aplicación a profesionales y estudiantes mediante plataformas digitales y en formato físico.

**Entrevistas:** Realización y transcripción de entrevistas con profesionales de la salud, estudiantes.

**Documentos:** Recolección de programas educativos y materiales de formación.

### **9.5 Análisis y presentación de la información**

El análisis de la información se realizó a partir de un enfoque mixto, integrando técnicas cuantitativas y cualitativas de acuerdo con el diseño metodológico del estudio.

En el componente cuantitativo, los datos obtenidos mediante la encuesta tipo Likert fueron organizados y procesados en el programa Microsoft Excel 2019. Se aplicó estadística descriptiva, incluyendo el cálculo de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), lo que permitió identificar tendencias en las respuestas de los participantes. Los resultados fueron presentados a través de tablas y gráficos, facilitando su interpretación. Asimismo, se realizaron cruces de variables entre los grupos de estudio (estudiantes, docentes y profesionales de la salud), con el fin de comparar comportamientos y evidenciar posibles diferencias en las dimensiones analizadas.

En el componente cualitativo, la información recolectada mediante entrevistas semiestructuradas fue transcrita y analizada utilizando el software NVivo. Se empleó el método de análisis temático, iniciando con una codificación abierta para identificar unidades de significado relevantes en los discursos de los participantes. Posteriormente, se realizó una codificación axial, agrupando los códigos en categorías y subcategorías, lo que permitió establecer relaciones entre los temas emergentes. Finalmente, se consolidaron categorías centrales (codificación selectiva), relacionadas con la formación intercultural, la atención en salud y las competencias culturales.

Este proceso permitió interpretar de manera sistemática las percepciones, experiencias y discursos de los participantes, facilitando la integración de los hallazgos cualitativos con los resultados cuantitativos.

La información fue presentada de manera organizada mediante tablas, gráficos y representaciones visuales como nubes de palabras y redes semánticas, lo que contribuyó a una mejor comprensión de los resultados y al análisis integral del fenómeno estudiado.

### **9.6 Presentación de la información**

La información recolectada fue organizada y analizada a través de dos enfoques: cuantitativos y cualitativos.

En el enfoque cuantitativo, se aplicaron estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes), complementadas con análisis de correlación para identificar posibles relaciones entre las variables.

Por su parte, en el enfoque cualitativo, el procesamiento de los datos se realizó mediante software especializado ( NVivo, Atlas.ti) se empleó el método de análisis temático, lo que permitió identificar patrones recurrentes y establecer categorías emergentes a partir de las entrevistas.

### **9.7 Difusión de la información**

**Informes Técnicos:** Elaboración de informes detallados para la Universidad Popular del Cesar.

**Presentaciones:** trabajo escrito y sustentación

### 9.7.2 Aspectos Éticos de la Investigación

La presente investigación se desarrollará cumpliendo con los principios éticos fundamentales que rigen los estudios en seres humanos, tales como el respeto por la dignidad de los participantes, la garantía de confidencialidad y la obtención del consentimiento informado.

Asimismo, se seguirá lo estipulado en la Declaración de Helsinki sobre los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos (Asociación Médica Mundial, 2013) y en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (Ministerio de Salud, 1993), que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud con seres humanos.

#### **Componente Ético del Estudio:**

**Consentimiento Informado:** Se obtendrá el consentimiento libre y voluntario de todos los participantes antes de su inclusión en el estudio.

**Confidencialidad:** Se garantizará el manejo confidencial y anónimo de la información proporcionada por los participantes.

**Aprobación Ética:** La investigación se desarrolló bajo los principios éticos establecidos para estudios en seres humanos, garantizando el consentimiento informado, la confidencialidad y el respeto por los participantes. De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, el estudio se clasifica como investigación sin riesgo, por lo cual no requirió aval de un comité de ética.

**Investigación sin riesgo:** De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, este estudio se clasifica como investigación sin riesgo, ya que se basa en entrevistas y cuestionarios que no implican intervenciones físicas o psicológicas sobre los pacientes.

**Principio de totalidad/integridad:** este principio indica esa integridad que debe mantenerse en el contexto donde no dé, una equivalencia a la desintegración o ruptura de la unidad de la persona, en lo corporal, psicológico y axiológico.

**Principio Respeto a la Persona:** El respeto por los participantes de una investigación, abarca la totalidad de su ser con todas las circunstancias sociales, culturales, económicas, étnicas, ecológicas, que estas atañen. El respeto entonces implica atención, valoración y aplicación de procesos que den seguridad y respeto a los sujetos en una escala de valores propios del otro, con sus temores, sus expectativas y su proyecto de vida.

**Principio de Beneficencia:** es el bien ético de buscar integridad para todas las personas que participan en un estudio, con el fin de lograr los beneficios y reducir al mínimo los riesgos, daños o lesiones físicas o psicológicas en los sujetos.

**Principio de Justicia:** la justicia parte de ejecutar el estudio midiendo todas las acciones justas y equitativas para los participantes, midiendo las posibles consecuencias del estudio. La justicia se realiza no sólo en la comprensión y reconocimiento de los principios sino en la búsqueda efectiva de las consecuencias buenas de todo el actuar investigativo, (Resolución 8430, 1993).

## 10. Resultados y análisis de la información

La presentación y análisis de los resultados permiten delimitar datos provenientes de la tabulación y procesamiento de datos, develados en tablas y gráficas como producto de la aplicación del instrumento de recolección de datos. Los resultados se organizan por objetivos para propiciar una lógica en la secuencia de las evidencias.

Para el primer objetivo se examinaron los contenidos curriculares vinculados a la interculturalidad presentes en los planes de estudio de los programas de pregrado en salud en instituciones de educación superior en la Costa Norte, para eso se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 1.**  
*Contenidos curriculares vinculados a la interculturalidad*

<b>Universidad</b>	<b>Programas</b>	<b>¿Incluye componente intercultural?</b>	<b>Asignaturas relacionadas</b>	<b>Tipo de integración</b>
Universidad del Santander (UDES)	Medicina, Bacteriología y Laboratorio Clínico, Fisioterapia	Sí	Antropología, Sociología, Salud pública	Transversal
Fundación Universitaria del Área Andina	Medicina	Sí	Socioantropología, Sujeto y sociedad	Transversal
Universidad Popular del Cesar (UPC)	Instrumentación Quirúrgica, Enfermería, Fisioterapia	Sí	Socioantropología, Salud pública	Transversal, Inicial (primer semestre)
Universidad de La Guajira	Medicina, Nutrición y dietética y Enfermería	Si	Derecho y legislación Indígena, wayuunaiki y Pueblos Indígenas en Colombia	Socio – humanístico
Universidad Simón Bolívar	Instrumentación Quirúrgica, Medicina, Comunidad y Salud, Enfermería,	Si	Salud pública	Transversal

Universidad Libre	Fisioterapia, Nutrición y Dietética	Si	Socioantropología, Salud y Comunidad, Sociedad, Sector Salud y Comunidad	Humanístico
Universidad Metropolitana de Barranquilla	Medicina, Fisioterapia, Instrumentación Quirúrgica, Enfermería	Si	Socioantropología,	Transversal
Corporación Universitaria Rafael Núñez	Medicina, Enfermería, Optometría, Odontología, Fisioterapia, Nutrición y Dietética	Si	Socioantropología y comunidad	Transversal
Universidad del Sinú "Elías Bechara Zainúm"	Enfermería, Instrumentación Quirúrgica, Medicina y Odontología	Si	Socioantropología,	Transversal APLICACIÓN

El análisis de los contenidos curriculares evidencia que, aunque las instituciones de educación superior incluyen elementos relacionados con la interculturalidad, su incorporación no es homogénea ni estructurada en la mayoría de los programas. Universidades como la Universidad del Santander (UDES), la Fundación Universitaria del Área Andina, la Universidad Simón Bolívar, la Universidad Metropolitana de Barranquilla y la Corporación Universitaria Rafael Núñez presentan una inclusión del enfoque intercultural a través de asignaturas específicas; sin embargo, este se mantiene limitado a espacios puntuales.

Sin embargo, la Universidad de La Guajira se destaca como la institución con mayor desarrollo del componente intercultural, al incorporar asignaturas orientadas al reconocimiento de

comunidades étnicas, legislación indígena y el uso de lenguas propias como el wayuunaiki, lo que refleja una formación más contextualizada y pertinente frente a la diversidad cultural del entorno.

Por su parte, en instituciones como la Universidad Popular del Cesar y la Universidad Libre, el abordaje de la interculturalidad resulta más limitado y fragmentado, concentrándose en asignaturas iniciales o de enfoque humanístico, lo que restringe su impacto en la formación integral del estudiante.

En este sentido, se evidencia que, a pesar de la amplia oferta de programas de salud en la región, no existe una integración uniforme del enfoque intercultural, lo que confirma la necesidad de fortalecer su incorporación de manera estructural, continua y obligatoria en los planes de estudio, en coherencia con las demandas del contexto sociocultural.

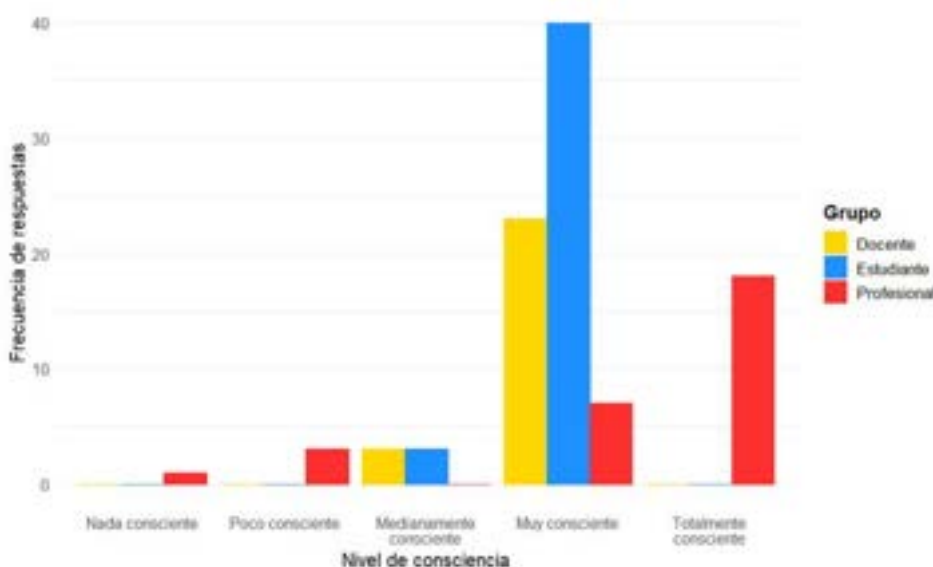
**Tabla 2.**  
*Consciencia de valores, creencias y sesgos culturales*

<b>Grupo</b>	<b>Nada consciente</b>	<b>Poco consciente</b>	<b>Bastante consciente</b>	<b>Muy consciente</b>	<b>Totalmente consciente</b>
<b>Docente</b>	0	0	3	23	0
<b>Estudiante</b>	0	0	3	40	0
<b>Profesional</b>	1	3	0	7	0

*Fuente: elaboración propia (2025)*

### Gráfica 1.

*Nivel de consciencia de valores, creencias y sesgos culturales*



*Fuente: elaboración propia (2025)*

La gráfica evidencia una clara tendencia hacia niveles altos de consciencia en los tres grupos. En particular, los docentes concentran la mayor proporción de respuestas en las categorías Muy consciente y Totalmente consciente, lo que sugiere una reflexión más consolidada sobre su propio posicionamiento cultural y los posibles sesgos que influyen en la práctica educativa.

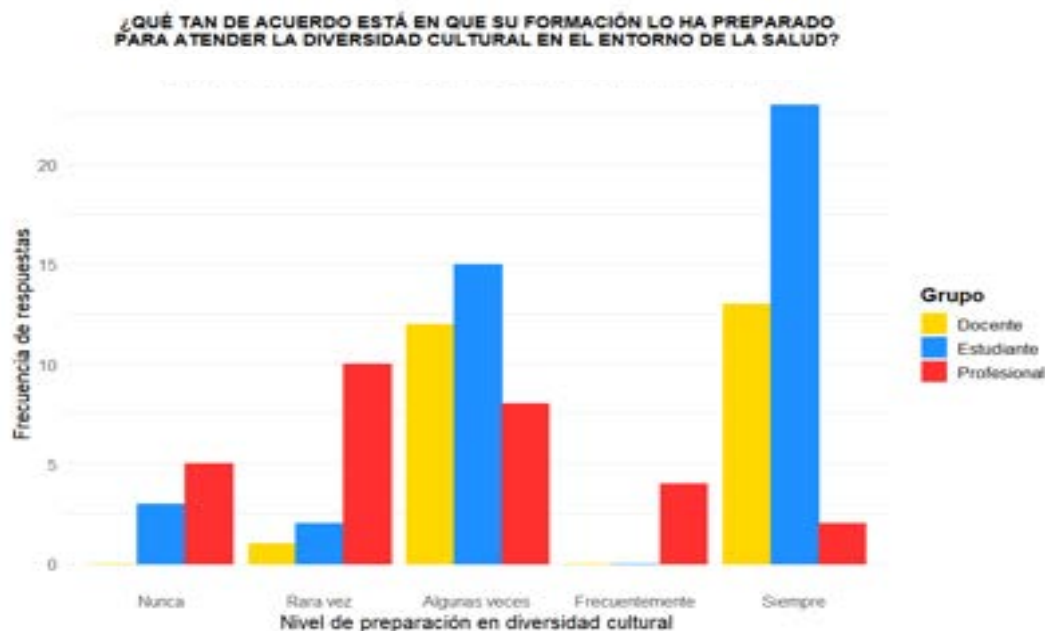
Los profesionales también presentan altos niveles de consciencia, aunque con una ligera dispersión hacia respuestas intermedias, lo que podría reflejar variabilidad derivada de la experiencia clínica directa con poblaciones diversas. Por su parte, los estudiantes se agrupan mayoritariamente en Consciente y Muy consciente, indicando que, aunque reconocen la importancia del tema, aún se encuentran en un proceso de desarrollo de esa autopercepción. En conjunto, la dimensión evidencia una consciencia cultural positiva y generalizada, con una jerarquía esperable según la trayectoria profesional y formativa.

**Tabla 3.**  
*Formación en diversidad cultural y competencias*

Grupo	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
Docente	0	1	12	0	13
Estudiante	3	2	15	0	23
Profesional	5	10	8	4	2

*Fuente: elaboración propia (2025)*

**Gráfica 2.**  
*Formación de diversidad cultural y competencia*



*Fuente: elaboración propia (2025)*

En esta dimensión se observa una brecha notable entre grupos. Los docentes y profesionales muestran porcentajes más equilibrados en las categorías Frecuentemente y Siempre, mientras que los estudiantes concentran la mayoría en niveles Algunas veces o Rara vez.

Esto refleja que la exposición formal o experiencial a procesos de formación intercultural aumenta con la experiencia y el rol dentro de la institución. Los profesionales tienden a adquirir competencias a partir de la práctica clínica y la interacción con pacientes de diversos contextos, mientras que los docentes lo hacen desde el enfoque curricular y pedagógico.

En cambio, los estudiantes dependen de lo que la formación académica les brinda, lo que sugiere que el currículo podría fortalecer los contenidos de diversidad cultural. En conjunto, esta dimensión evidencia asimetrías formativas que deben considerarse en la actualización de los programas educativos.

**Tabla 4.**

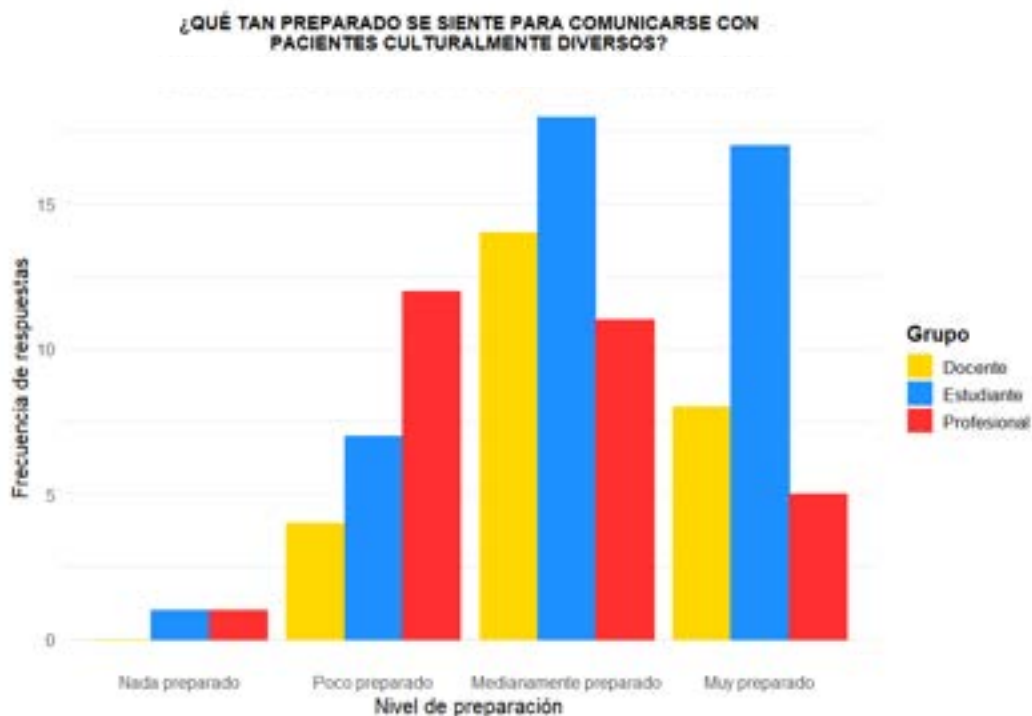
*Preparación para comunicarse con personas de diferentes culturas*

Grupo	Nada preparado/a	Poco preparado/a	Medianamente preparado/a	Muy preparado/a
Docente	0	4	14	8
Estudiante	1	7	18	17
Profesional	1	12	11	5

*Fuente: elaboración propia (2025)*

### Gráfica 3.

#### *Preparación para comunicarse con personas de diferentes culturas*



**Fuente:** elaboración propia (2025)

La tendencia general indica que los tres grupos se perciben medianamente preparados, con predominio de las categorías Medianamente preparado y Muy preparado. Los profesionales se destacan ligeramente por una mayor proporción de respuestas en niveles altos, lo que podría atribuirse al contacto real con pacientes y colegas de distintos orígenes. Los docentes mantienen un perfil intermedio: si bien tienen conocimiento teórico, puede que no enfrenten con tanta frecuencia situaciones de comunicación intercultural directa.

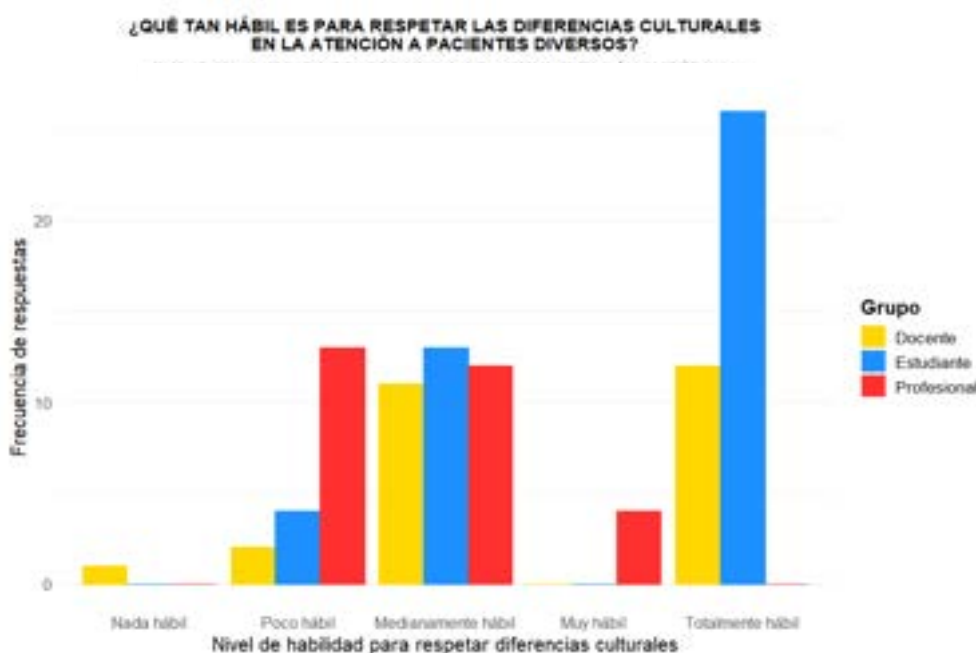
Los estudiantes muestran la mayor variabilidad, lo cual es comprensible dada su etapa formativa. En síntesis, esta dimensión refleja un reconocimiento de la importancia de la comunicación intercultural, pero también pone de manifiesto la necesidad de reforzar la práctica y las estrategias comunicativas adaptadas a la diversidad cultural.

**Tabla 5.**  
*Habilidad para respetar y valorar la diversidad*

Grupo	Nada hábil	Poco Hábil	Medianamente Hábil	Muy Hábil	Totalmente Hábil
Docente	1	2	11	0	12
Estudiante	0	4	13	0	26
Profesional	0	13	12	4	0

*Fuente: elaboración propia (2025)*

**Gráfica 4.**  
*Habilidad para respetar y valorar la diversidad*



*Fuente: elaboración propia (2025)*

En esta dimensión las respuestas se concentran en los niveles más altos, especialmente en las categorías Muy hábil y Totalmente hábil, sin grandes diferencias entre los tres grupos. Esto sugiere que el respeto y la valoración de la diversidad constituyen un valor compartido dentro de la

comunidad académica y profesional de Instrumentación Quirúrgica. La homogeneidad en las respuestas indica que esta habilidad no solo se asocia con la experiencia, sino también con una cultura institucional que promueve el reconocimiento y la empatía hacia la diferencia. El hallazgo es positivo, ya que muestra que el componente

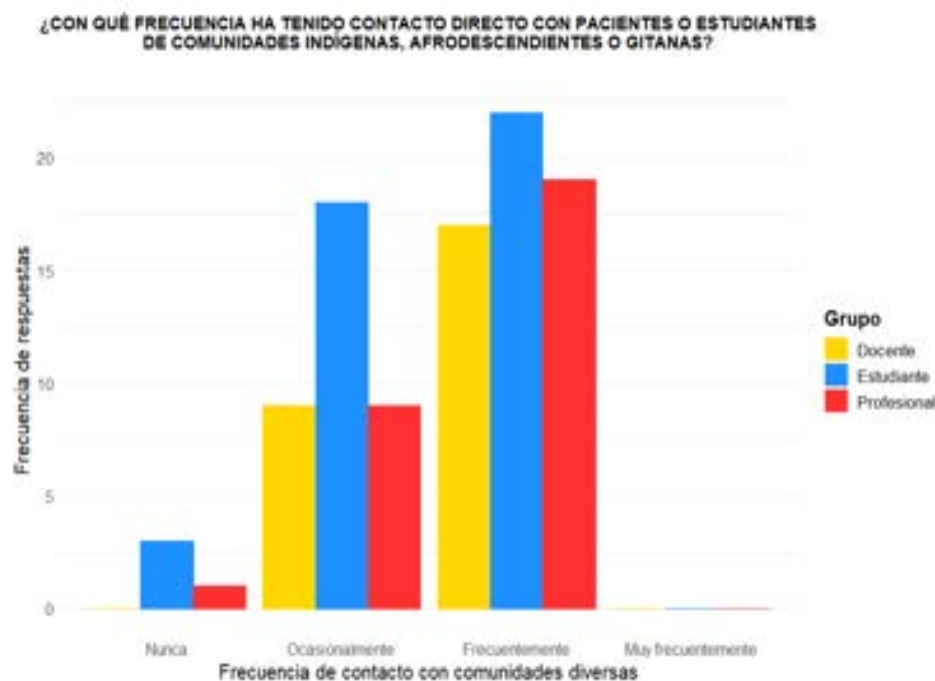
**Tabla 6.**

*Frecuencia de contacto con personas de diferentes culturas*

Grupo	Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuente
Docente	0	9	17	0
Estudiante	3	18	22	0
Profesional	1	9	19	0

*Fuente: elaboración propia (2025)*

**Gráfica 5.**  
*Frecuencia de contacto con personas de diferentes culturas*



En este caso se evidencian diferencias marcadas según el rol. Los profesionales reportan mayor frecuencia de interacción, con valores altos en las categorías Frecuente y Ocasionalmente. Esto se relaciona con la práctica clínica, donde el contacto con pacientes y equipos multiculturales es cotidiano.

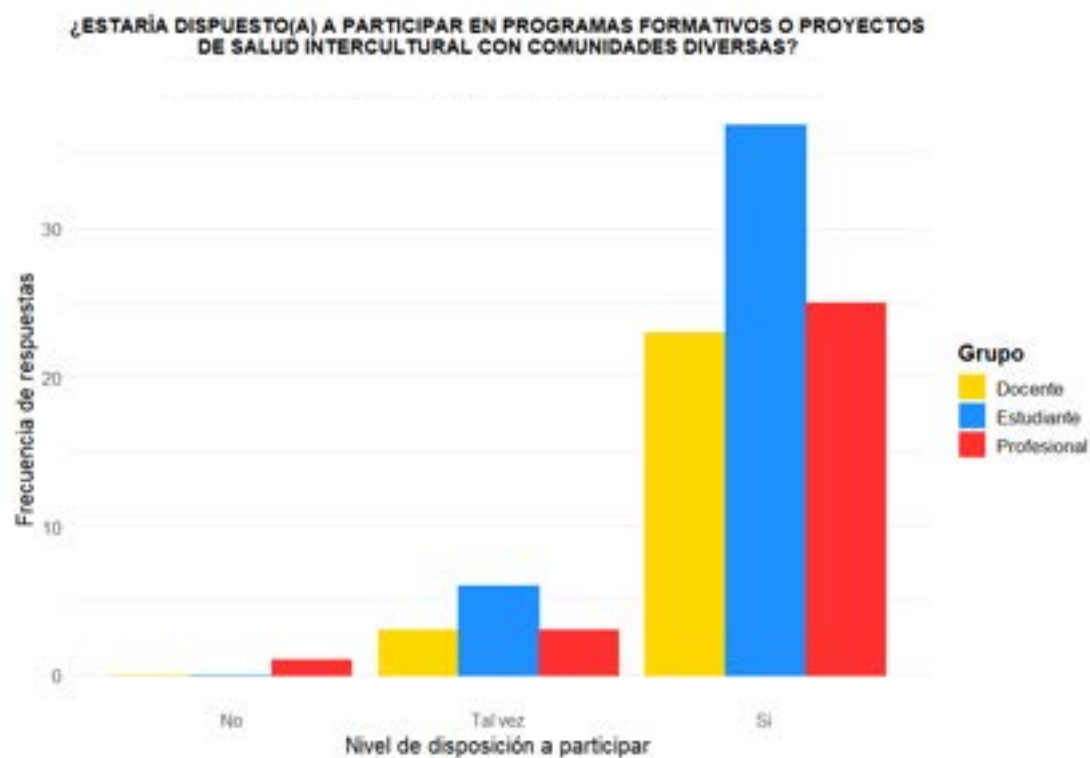
Los docentes se distribuyen entre Frecuente y Ocasionalmente, lo que sugiere que su exposición depende del tipo de entorno educativo o de los proyectos que lideren. Los estudiantes, en cambio, muestran una frecuencia más baja, lo cual es coherente con su etapa académica y el menor contacto con escenarios reales. En conjunto, la dimensión confirma que la experiencia práctica amplía la exposición cultural, contribuyendo al desarrollo de la competencia intercultural desde el hacer.

**Tabla 7.**  
*Disposición para participar en actividades interculturales*

Grupo	No	Tal vez	Si
Docente	0	3	23
Estudiante	0	6	37
Profesional	1	3	25

*Fuente: elaboración propia (2025)*

**Gráfica 6.**  
*Disposición para participar en actividades interculturales*



Los resultados muestran una alta disposición general entre los tres grupos encuestados. Entre los docentes, el 88 % manifestó estar dispuesto a participar, mientras que el 12 % respondió

Tal vez y ningún participante selecciono No. En el grupo de estudiantes, la tendencia es similar: 86 % respondió afirmativamente y el resto Tal vez, sin respuestas negativas.

Los profesionales presentan un patrón cercano, con 86 % de respuestas afirmativas, 10 % de Tal vez y solo un caso (3 %) en No. Estos resultados confirman una predisposición positiva y consistente hacia la participación en espacios de intercambio cultural, tanto en el ámbito académico como profesional. El hecho de que no existan respuestas negativas entre docentes y estudiantes, y que el único caso contrario sea aislado, refleja un ambiente institucional abierto al aprendizaje intercultural. Esto representa una oportunidad para diseñar programas, talleres o experiencias formativas interdisciplinarias que fortalezcan las competencias culturales desde la práctica y el dialogo entre los tres grupos.

### **Análisis e interpretación de resultados de la entrevista semi estructurada**

Para comprender los temas predominantes en las entrevistas realizadas a los actores académicos y profesionales vinculados con el programa de instrumentación quirúrgica, se efectuó un análisis de frecuencia de palabras a partir de la transcripción completa de los diálogos.

En primer lugar, se llevó a cabo un proceso de limpieza y normalización del texto, eliminando palabras vacías, tildes y caracteres especiales, con el fin de conservar únicamente los términos con relevancia semántica. Posteriormente, mediante el uso de la librería tidytext en R, se realizó la tokenización del corpus, descomponiendo el texto en unidades léxicas o tokens y filtrando aquellas con una longitud inferior a tres caracteres.

El resultado permite identificar las palabras con mayor frecuencia de aparición dentro del discurso de los entrevistados (ver Figura 7). Entre los términos más recurrentes destacan salud, atención, entrevistador, profesionales, programa e importante, las cuales reflejan el enfoque

temático hacia la formación profesional en salud y la atención integral en el ámbito clínico y educativo.

Asimismo, la nube de palabras (Figura 8) refuerza esta tendencia al mostrar de manera visual la prominencia de los conceptos mencionados. En ella, el tamaño de cada palabra es proporcional a su frecuencia en el corpus, lo que permite apreciar que la conversación gira en torno a aspectos relacionados con la formación profesional en salud, la atención intercultural y el rol de los entrevistadores y docentes dentro del proceso educativo.

Este análisis preliminar constituye una aproximación exploratoria al discurso institucional y profesional, evidenciando la relevancia que los actores atribuyen a la salud, la atención y la formación integral como pilares fundamentales en la carrera de instrumentación quirúrgica.

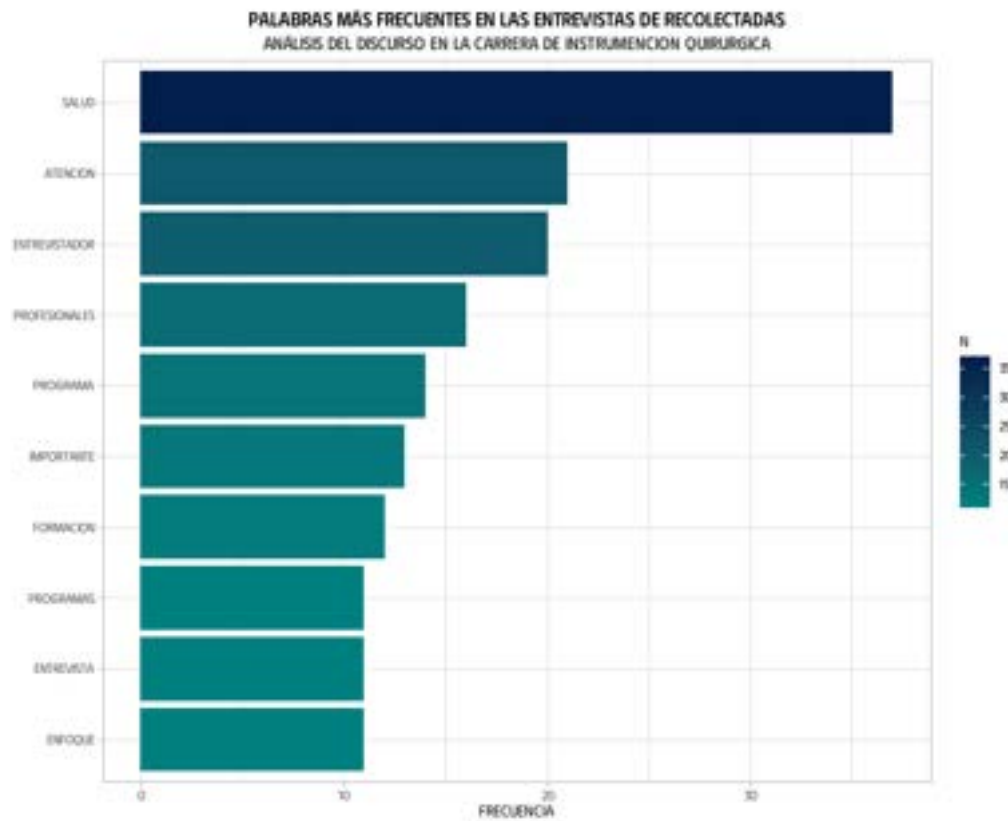
**Tabla 8.**  
*Bigramas más frecuentes en las entrevistas*

<b>Palabra 1</b>	<b>Palabra 2</b>	<b>Frecuencia</b>
aspectos	culturales	7
futuros	profesionales	6
formación	académica	5
instrumentación	quirúrgica	5
culturales	cree	4
grupo	étnico	4
enfoque	intercultural	4
mayores	retos	4
salud	deberían	4

competencia	intercultural	3
presentan	mayores	3
presentan	mayores	3
rediseño	curricular	3
salud	enfermedad	3
comunidades	indígenas	2
atención	optima	2
atención	optima	2

*Fuente: elaboración propia (2025)*

**Gráfica 7.**  
*Palabras más frecuentes en las entrevistas recolectadas*



*Fuente: elaboración propia (2025)*

El análisis de redes permitió construir un grafo no dirigido con 49 nodos y 48 aristas, dentro del cual se identificaron **ocho comunidades semánticas** mediante el algoritmo de detección **Fast Greedy**, el cual presenta la mayor modularidad ( $Q = 0,6981$ ), indicando una estructura bien diferenciada entre los grupos temáticos (ver Tabla 9).

**Tabla 9.**  
*Métricas descriptivas de la red semántica*

<b>Métrica</b>	<b>Valor</b>
Distancia media	4.6054
Grado medio	1.9592
desviación estándar del grado	1.8925
numero de cliques	2
Densidad	0.0408
Transitividad (coef. clustering)	0.0000
Asortatividad de grado	-0.2336

*Fuente: elaboración propia (2025)*



**Tabla 10.**  
*Nube de palabras generada a partir de las entrevistas*

<b>Palabra</b>	<b>Centralidad Eigenvector</b>
entrevistador	1.000
enfermedad	0.352
upc	0.315
étnico	0.312
atención	0.310
región	0.293
respetable	0.288
humanizada	0.287
proceso	0.266
siau	0.266
integral	0.266
pacífico	0.266
entenderlos	0.266
requiere	0.266
salud	0.135
intercultural	0.0997
quirúrgica	0.0983
instaurada	0.0938
distinta	0.0938
grupo	0.0895

*Fuente: elaboración propia (2025)*

**Figura 4.**

*Red de palabras y comunidades semánticas detectadas mediante el algoritmo Fast Greedy*



*Fuente: elaboración propia (2025)*

Las métricas de red evidencian una **densidad baja (0.0408)** y una **distancia media de 4.6**, lo cual es característico de redes temáticas dispersas, donde las conexiones se concentran en conceptos centrales como *salud, atención e intercultural*.

Por otra parte, el análisis de **centralidad de eigenvector** permitió identificar las palabras con mayor influencia en la estructura del discurso. según la Tabla 9, los términos *entre-visitador, enfermedad, upc, étnico y atención* ocupan las posiciones más centrales dentro de la red, lo que sugiere su relevancia en la configuración semántica de las entrevistas.

## 11. Discusión

En síntesis, los resultados de la encuesta y las entrevistas evidencian un panorama favorable hacia el desarrollo de la competencia cultural en el programa de instrumentación quirúrgica. Los hallazgos cuantitativos revelan una sólida disposición actitudinal y un reconocimiento generalizado de la diversidad, mientras que el análisis cualitativo muestra como el discurso profesional articula nociones de salud, atención e interculturalidad como ejes formativos.

(Campinha-Bacote, 2002) Dentro del modelo de la competencia cultural sostiene que los altos niveles de consciencia y disposición observados en docentes y profesionales reflejan un avance en las dimensiones actitudinales del modelo, aunque aún se requiere fortalecer el componente cognitivo y práctico. Lo que hizo evidenciar dentro de la investigación un panorama alentado en torno al desarrollo de la competencia cultural. Sin embargo, también sería válido subrayar las persistencias de vacíos curriculares y prácticos dentro del contexto de la salud que se analizaron como resultado dentro de la investigación.

Así mismo, los resultados se articulan con lo propuesto por Molina-Marín et al. (2016) y Lagoueyte (2015), quienes destacan que la atención en salud debe integrar las costumbres y cosmovisiones de los pacientes. Los profesionales encuestados reconocen la importancia de este enfoque, pero las entrevistas muestran que las estrategias institucionales todavía no garantizan espacios sistemáticos de formación intercultural. Para esta afirmación, la puede confirmar Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), quien señala la necesidad de diseñar procesos pedagógicos que trasciendan lo técnico e incluyan dimensiones éticas, culturales y humanas.

El análisis cualitativo también muestra como los discursos docentes y estudiantiles asocian la interculturalidad con respeto, empatía y comunicación efectiva, en coherencia con lo que Aneas (2005) y Valdez-Fernández (2017) escriben como pilares de la competencia cultural en entornos sanitarios. Sin embargo, la falta de una formación estructurada en diversidad cultural genera desigualdades en la práctica asistencial, tal como advierten Bernales et al. (2015) y Loza (2010).

Desde una mirada institucional, estos hallazgos invitan a rediseñar los planes de estudio, incluyendo módulos y experiencias clínicas que promuevan la comprensión y el diálogo entre diferentes sistemas de salud —biomédico y tradicional—, siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). De este modo, la formación en salud podría responder mejor a los principios de equidad, pertinencia y humanización que exige el contexto multicultural colombiano.

## 12. Conclusión

Las conclusiones permiten emitir aspectos generales de las evidencias, sintetizando los resultados clave encontrados por objetivos, iniciando con el primer propósito dirigido a Examinar los contenidos curriculares vinculados a la interculturalidad presentes en los planes de estudio de los programas de pregrado en salud en instituciones de educación superior en la costa Norte, evidenciamos una sensibilidad creciente hacia la diversidad cultural dentro del ámbito académico y asistencial, algo esperanzador. Docentes y profesionales mostraron un nivel alto de conciencia cultural un 88 % expresó disposición positiva para participar en actividades de carácter intercultural, lo que deja ver una actitud abierta, empática y humana frente a la diferencia. Sin embargo, los estudiantes no siempre se sintieron igual de preparados. Muchos reconocieron la importancia del tema, pero admitieron que aún les faltan herramientas prácticas para aplicarlo en contextos reales de atención.

De ahí que la formación profesional en salud necesite fortalecerse. No basta con mencionarlo en clase o dedicarle un módulo aislado. La interculturalidad debe atravesar los planes de estudio como un eje transversal que conecte la teoría con la práctica, que enseñe a escuchar, a mirar sin prejuicios y a cuidar desde el respeto. Esta idea se refuerza cuando se observan los contenidos curriculares: aunque la mayoría de los programas de salud incluyen componentes éticos y humanísticos, pocos abordan la competencia intercultural de forma explícita. Las cifras lo muestran: el 72 % de los docentes y el 68 % de los profesionales dijeron haber recibido formación en diversidad cultural con frecuencia, pero solo el 45 % de los estudiantes afirmó lo mismo. Esa diferencia es clara, y también preocupante.

Por eso, se planteó la necesidad de actualizar los currículos e incluir módulos teórico-prácticos centrados en la interculturalidad. No se trata solo de transmitir conceptos, sino de generar experiencias que ayuden a los futuros profesionales a desarrollar empatía y habilidades comunicativas aplicables en escenarios clínicos y comunitarios. Además, el estudio recordó algo importante: el marco normativo colombiano ofrece una base sólida para este tipo de formación. La Constitución de 1991 y leyes como la 100 de 1993, la 1438 de 2011, la 1164 de 2007 y la 1751 de 2015 hablan claramente del derecho a una atención equitativa y con enfoque diferencial. Sin embargo —y aquí está el contraste—, el 60 % de los participantes consideró que su aplicación en la práctica sigue siendo limitada. Conocer la norma no siempre implica vivirla ni aplicarla.

Esto llevó a una conclusión más profunda: los lineamientos legales y éticos deben convertirse en experiencias reales dentro de las aulas y hospitales. Las instituciones tienen la responsabilidad de transformar la norma en acción, en estrategias pedagógicas concretas que acerquen a los estudiantes a contextos donde la diversidad cultural no sea una lección, sino una vivencia. En ese sentido, las percepciones de estudiantes y docentes también resultaron reveladoras. La gran mayoría —el 86 % de los estudiantes y el 88 % de los docentes— reconoció la relevancia de la interculturalidad y expresó interés en participar en programas formativos. Pero cuando se les preguntó sobre su nivel de preparación, las respuestas fueron menos optimistas: el 52 % de los estudiantes se ubicó entre “medianamente preparado” y “poco preparado”.

Esa diferencia entre querer y saber hacer deja un mensaje claro: la experiencia práctica es esencial. Solo el contacto directo con pacientes de distintas culturas enseña de verdad lo que significa atender con sensibilidad y respeto. Por eso, se recomendó fortalecer las prácticas formativas con espacios reales de encuentro, donde los estudiantes puedan aprender a escuchar sin imponer, a comprender sin juzgar, y a cuidar desde una mirada amplia y humana.

Con todo esto en mente, el estudio dio un paso más y diseñó una propuesta de plan de formación que integra la interculturalidad como eje central en la educación de los profesionales de la salud. Este plan se basó en el modelo de Competencia Cultural de Campinha-Bacote (2002), que entiende la formación cultural como un proceso dinámico compuesto por cinco dimensiones: conciencia, conocimiento, habilidad, encuentros y deseo cultural. La propuesta incluye talleres vivenciales, módulos interdisciplinarios y prácticas comunitarias que conectan la teoría con la experiencia real. La idea no es solo formar técnicos competentes, sino personas capaces de entender que la salud también tiene una dimensión cultural, simbólica y emocional.

En última instancia, se concluyó que fortalecer la formación intercultural no es un lujo académico, sino una necesidad ética y humana. Atender desde la diversidad implica reconocer que cada paciente trae consigo una historia, una cosmovisión y una manera distinta de entender el bienestar. La implementación de esta propuesta representa, entonces, una oportunidad para transformar los procesos de enseñanza en salud, formando profesionales más conscientes, más sensibles y, sobre todo, más comprometidos con la dignidad y la diversidad de quienes atiende

## **1. Recomendaciones**

Se recomienda que las instituciones de educación superior en la facultad de la salud integren de manera sistemática la interculturalidad como eje transversal en sus currículos, promoviendo en los futuros profesionales competencias culturales sólidas que favorezcan una atención humanizada, equitativa y respetuosa de la diversidad. Igualmente, es pertinente fortalecer la sensibilización institucional mediante talleres, prácticas y espacios de reflexión que fomenten el reconocimiento de las diferencias culturales y la comunicación efectiva con pacientes de comunidades indígenas, afrodescendientes y migrantes. De esta forma, la articulación entre la academia y los servicios de salud, a través de convenios con instituciones como el Instituto Cardiovascular del Cesar, permitirá desarrollar proyectos conjuntos que vinculen la investigación, la docencia y la atención intercultural.

Se recomienda la continuidad de esta investigación donde amplíen el alcance metodológico e incorporen nuevos escenarios clínicos y educativos. Dichas etapas podrán ser desarrolladas por otros grupos académicos interesados en fortalecer la calidad de la atención y la formación intercultural en salud. Los resultados obtenidos pueden servir como base para diseñar programas de capacitación, guías de atención culturalmente pertinente y políticas institucionales orientadas a mejorar la humanización del cuidado y la pertinencia cultural de los servicios ofrecidos en la clínica y en otras entidades del sector salud.

## 2. Bibliografía

Archivo General de la Nación Colombia. (26 de enero de 2023). Manual de Atención al Ciudadano.

[https://www.archivogeneral.gov.co/sites/default/files/Estructura\\_Web/3-transp-act/6-participa/manual-atencion-ciudadano-2023.pdf](https://www.archivogeneral.gov.co/sites/default/files/Estructura_Web/3-transp-act/6-participa/manual-atencion-ciudadano-2023.pdf)

Arias. (2012). En E. p. científica. venezuela: editorial episteme 6ta edicion.

Asi Vamos En Salud . (07 de noviembre de 2024). Indicadores de salud.

<https://asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/atenciones-7112024>

Asociación Médica Mundial. (2013). Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki: Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos:

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-con-participantes-humanos/>

Barrera Monje, J. L., & Silva Fajardo, R. (2018). Sentidos y significados que han construido los estudiantes de Quinto grado de básica primaria sobre la diversidad en la Institución Educativa José Eustasio Rivera Sede Eliseo Cabrera de Neiva. Recuperado 8 de junio de 2024, de

<http://ridum.umanizales.edu.co/handle/20.500.12746/2486>

Bernales, M., Pedrero, V., Obach, A., & Pérez, C. (2015). Competencia cultural en salud: Una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Revista Médica de Chile*, 143(3), 401–402.

<https://doi.org/10.4067/S0034-988720150003000182>

Blanco, F. M. (31 de marzo de 2023). comunidad Arhuaca establecida en a Sierra Nevada de Santa Marta.

Obtenido de <https://repository.usta.edu.co/server/api/core/bitstreams/02b0ed71-521a-473c-b153-cee508d36b0b/content>

Campinha-Bacote, J. (2002). *The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services*. Transcultural C.A.R.E. Associates.

Campos, R. (2016). Salud intercultural en América Latina. En R. Campos (Ed.), *Antropología médica e interculturalidad* (pp. 36–44). McGraw Hill.

Censo Nacional de Población y Vivienda. (2018).

- Congreso de la República de Colombia. (1993, 23 de diciembre). Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148.
- Congreso de la República de Colombia. (2011, 19 de enero). Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.957.
- Congreso de la República de Colombia. (2015, 16 de febrero). Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.427.
- Constitución Política de Colombia [Const.]. (1991). Asamblea Nacional Constituyente. Gaceta Constitucional No. 116 de julio 20 de 1991.
- Constitución Política de Colombia. (1991).  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=104832>
- Díaz, M. (2018). Interculturalidad y salud: La competencia cultural y la interculturalidad en salud como herramientas para abordar el encuentro clínico multicultural [Trabajo de grado en Medicina, Universidad de Cantabria]. Repositorio Universidad de Cantabria.  
<http://hdl.handle.net/10902/14319>
- Eswayuu. (s. f.). Quiénes son los wayúu. [https://www.eswayuu.com/quienes-son-los-wayuu/?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.eswayuu.com/quienes-son-los-wayuu/?utm_source=chatgpt.com)
- Fernández Liria, A., & Pérez-Sales, P. (2011). Instrumento para la valoración de la competencia intercultural en la atención en salud mental (IVCI). Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad.
- Galindo, G. C. (julio de 2016). del concepto de paciente a concepto de cliente en la prestación de servicios. Obtenido de  
<file:///C:/Users/RYZEN%205/Downloads/adminpujojs,+Concepto+de+paciente+-+Gilberto+Cely.pdf>

Hernández Bravo, J. A. (2011). La competencia intercultural en alumnado de educación primaria: Diseño y evaluación de un plan de intervención para su desarrollo. Universidad de Alicante.

<https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/23655>

Hernandez et al. (2014). En metodología de la investigación . México: sexta edición Mc-Graw Hill.

Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Education.

<https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-con-participantes-humanos/>

Kulesa, J., & Brantuo, N. A. (2021). Barriers to decolonising educational partnerships in global health. *BMJ Global Health*, 6(11), e006964.

[https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/ley%201164%20de%202007.pdf](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201164%20de%202007.pdf)

Ley 1438 . (19 de enero de 2011). Función Pública – Gestor Normativo. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones:

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41702>

Loza, C. (2010). Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural. *Chungará (Arica)*, 42(2), 543–547. [https://doi.org/10.4067/S0717-](https://doi.org/10.4067/S0717-73562010000200016)

[73562010000200016](https://doi.org/10.4067/S0717-73562010000200016)

Madeleine Zúñiga & Juan Ansión. (1997). [https://indigenasdelperu.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/09/que\\_entender\\_por\\_interculturalidad.pdf](https://indigenasdelperu.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/09/que_entender_por_interculturalidad.pdf)

Mato, D. (1999). Cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización. Papel de Trabajo presentado en la 1ra reunión del Grupo de Trabajo Cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización. <https://core.ac.uk/download/pdf/35174178.pdf>

megale, a. a. (2019). que es la cultura? la lampara de diogenes.

MEN. (1998). Lineamientos curriculares: Fundamentos. Obtenido de

<https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-79413.html>

Ministerio De Educacion Nacional . (1998). Lineamientos curriculares: Fundamentos.

<https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-79413.html>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (1993, octubre 4). Resolución 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Diario Oficial No. 41.148.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Plan Decenal de Salud Pública 2012–2021. Ministerio de Salud y Protección Social. <https://www.minsalud.gov.co>

Minsalud. (11 de NOVIEMBRE de 2017). Yolima C.

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201711602255421%20de%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201711602255421%20de%202017.pdf)

Molano, O. L. (2007). Identidad cultural un concepto que evoluciona. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/675/67500705.pdf>

Montiel, G. S. (2019). Espiritualidad de los outshii -médicos wayuu- y la medicina tradicional. <file:///C:/Users/ASUS/Downloads/Dialnet-EspiritualidadDeLosOutshiiMedicosWayuuYLaMedicinaT-8729574.pdf>

O.M.S. (9 de agosto de 2023). Medicina tradicional. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/traditional-medicine>

Olano, H. A. (28 de agosto de 2022). la cosstumbre.

Olivé, L. (2007). La diversidad cultural en la era globalizada y la sociedad del conocimiento.

ONIC, O. N. (s.f.). Pueblo indígena Kankuamo. Organización Nacional Indígena de Colombia: <https://www.onic.org.co>

Organización Mundial de la Salud. (2025). <https://www.paho.org/es/noticias/12-12-2024-ops-subraya-necesidad-priorizar-atencion-primaria-salud-para-avanzar-hacia>

Organizacion Mundial De La Salud. (9 de agosto de 2023). Medicina tradicional. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/traditional-medicine>

- Osorio-Merchán, M. B., & López Díaz, A. L. (2008). Competencia cultural en salud: Necesidad emergente en un mundo globalizado. *Index de Enfermería*, 17(4), 266–270.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000400010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000400010)
- Parodi, C. T. (2007). Evolución del concepto etnia/raza. Obtenido de  
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v22n6/405-416/es>
- Portal de lenguas y literaturas de Colombia. (2023). La mujer ouutsü en la comunidad wayuu.  
<https://lenguasyliteraturasnativas.caroycuervo.gov.co/la-mujer-ouutsu-en-la-comunidad-wayuu/>
- Presidencia de la República de Colombia. (2014, 7 de octubre). Decreto 1953 de 2014, por el cual se crea un régimen especial con el fin de poner en funcionamiento los Territorios Indígenas respecto de la administración de los sistemas propios de los pueblos indígenas. *Diario Oficial No. 49.281*.
- Reichel-Dolmatoff, G. (1975). El chamán y el jaguar: Estudio de las drogas narcóticas entre los indios de Colombia. .
- Salaverry, O. (2010). Interculturality in health. The new frontier of medicine.  
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1448>
- salud, a. v. (07 de noviembre de 2024). indicadores de salud.
- Santos, E. M., Ángel, L., & Chad, L. H. (2013). La interculturalidad en el mundo globalizado y sus impactos en el proceso salud-enfermedad: Contribuciones de la enfermería. *Index de Enfermería*, 22(4), 214–218. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962013000300005>
- Schmelkes, S. (2006). LA INTERCULTURALIDAD EN LA EDUCACIÓN BASICA.  
<https://catedraunescohdh.unam.mx/catedra/ocpi/documentos/docs/6/16.pdf>
- Secretaria De Planeacion. (1995). ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD. secretaria de planeacion.
- Swidrovich, J. (2020). Decolonizing and Indigenizing pharmacy education in Canada. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 12(2), 237-243.
- Szurmuk, M., & Irwin, R. M. (2009). *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos*. Siglo xxi.

- Universidad El Bosque. (13 de junio de 2022). Principios de la política de seguridad del paciente en Colombia. <https://www.unbosque.edu.co/blog-universidad-el-bosque/principios-de-la-politica-de-seguridad-del-paciente-en-colombia>
- Universidad Militar Nueva Granada. (26 de junio de 2014). CONTENIDO PROGRAMÁTICO.
- Universidad Popular del Cesar. (2022). Lineamientos para el fortalecimiento de la investigación formativa en pregrado. Vicerrectoría Académica, División de Investigaciones. Universidad Popular del Cesar.
- Valdez-Fernández, A. L. (2017). Formación bioética e intercultural en enfermería: Revisión temática. *Persona y Bioética*, 21(2), 312–329. <https://doi.org/10.5294/pebi.2017.21.2.104>
- Vaquerizo Domínguez, E. (2019). La construcción de identidad cultural de los migrantes mexicanos en los Estados Unidos a partir de comunidades virtuales. <https://docta.ucm.es/entities/publication/9d326616-8acc-4f5b-a695-6150f578ed6a>
- Vigil, N. (2022). Ministerio de Educación "la interculturalidad". Obtenido de <https://red.pucp.edu.pe/ridei/wp-content/uploads/biblioteca/100406.pdf>
- Weigand, E. (2016). How to verify a theory of dialogue. *Language and Dialogue*, 6(3), 349-369. <https://doi.org/10.1075/ld.6.3.01wei>

## Anexos 1. Matriz de operacionalización de variables

<b>Objetivo general</b>	Analizar los procesos de formación de los profesionales de la salud en relación con la atención intercultural del paciente, con el fin de identificar avances, limitaciones y oportunidades de fortalecimiento en el ámbito académico y asistencial.					
<b>Objetivos específicos</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>Definición</b>	<b>Naturaleza</b>	<b>Escala</b>	<b>Indicador</b>	<b>Ítems</b>
Examinar los contenidos curriculares vinculados a la interculturalidad presentes en los planes de estudio de los programas de pregrado en salud en instituciones de educación superior en la costa Norte.	Formación en interculturalidad	Elementos teóricos y prácticos incluidos en programas de estudio que fortalecen la competencia intercultural	Cuantitativa-ordinal	Likert (1-5)	Inclusión de contenidos interculturales en la formación	1
Identificar los lineamientos normativos, éticos y de política pública que orientan la atención del paciente desde una perspectiva intercultural.	Lineamientos de atención intercultural	Normas, guías o protocolos que orienten la atención a pacientes de diferentes culturas en instituciones de salud	Cuantitativa-ordinal	Likert (1-5)	Reconocimiento de normativas en salud intercultural	
Explorar la percepción de estudiantes y docentes acerca de la relevancia de la interculturalidad en los procesos de formación y en la práctica profesional en salud en la Universidad Popular del Cesar.	Percepción sobre la interculturalidad en la atención del paciente	Opinión y valoración de estudiantes y docentes sobre la importancia de considerar la diversidad cultural en la atención	Cuantitativa-ordinal	Likert (1-5)	Nivel de percepción y valoración de la interculturalidad	2,3,4,5

--	--	--	--	--	--	--

*Fuente: Elaboración propia (2025)*

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Descripción</b>
Formación intercultural	Contenidos académicos	Presencia o ausencia de formación en diversidad cultural dentro del currículo
Formación intercultural	Experiencia formativa	Aprendizajes adquiridos en prácticas o espacios académicos relacionados con interculturalidad
Competencia cultural	Conciencia cultural	Reconocimiento de valores, creencias y sesgos propios frente a otras culturas
Competencia cultural	Habilidades culturales	Capacidad para adaptar la atención y comunicación según el contexto cultural del paciente
Atención en salud intercultural	Relación profesional-paciente	Forma en que se establece la interacción con pacientes de diferentes culturas
Atención en salud intercultural	Barreras en la atención	Dificultades en la comunicación, comprensión cultural o acceso a servicios
Percepción sobre interculturalidad	Importancia de la interculturalidad	Valoración que los participantes le otorgan al enfoque intercultural en salud
Percepción sobre interculturalidad	Necesidades de formación	Aspectos que los participantes consideran necesarios fortalecer en su formación



## **Anexo 2.** Instrumento de recolección de datos

**Universidad popular del cesar**  
**Facultad ciencias de la salud**  
**Programa de Instrumentación quirúrgica**  
**Encuesta de recolección de datos**

El siguiente instrumento se diseñó en base en la **Teoría de la Competencia Cultural** de (Campinha-Bacote, 2002), que sugiere que la competencia cultural es un proceso dinámico compuesto por cinco dimensiones: conciencia cultural, conocimiento cultural, habilidades culturales, encuentros culturales y deseo cultural. A partir de este modelo se construyó una encuesta tipo Likert dirigida a **Docentes y estudiantes de la Universidad Popular del Cesar, así como también a profesionales de la salud del Instituto Cardiovascular del Cesar**, con el propósito de identificar su nivel de competencia intercultural y su disposición hacia la atención del paciente culturalmente diverso.

**FORMACIÓN ACADÉMICA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD PARA LA  
 ATENCIÓN DEL PACIENTE DESDE LA INTERCULTURALIDAD**

*Dirigida a profesionales.*

***Encuesta***

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Lugar (Ciudad y sitio específico): \_\_\_\_\_

***Instrucciones:*** *Marque la opción que mejor refleje su experiencia u opinión.*

1. ¿De qué Universidad y programa es usted egresado?

**Rta:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Conciencia cultural (awareness)***

1. ¿Qué tan consciente es de cómo sus valores personales influyen en la relación con los pacientes culturalmente diversos?

- Totalmente consciente
- Bastante consciente
- Poco consciente
- Nada consciente

***Conocimiento cultural (knowledge)***

3. ¿Su formación académica le ha brindado contenidos sobre diversidad cultural en la atención en salud?

- En gran medida
- En cierta medida
- En poca medida
- En ninguna medida

***Habilidades culturales (skill)***

4. ¿Qué tan preparado(a) se considera para adaptar su lenguaje o explicaciones según el contexto cultural del paciente?

- Muy preparado/a
- Medianamente preparado/a

- Poco preparado/a
- Nada preparado/a

5. Cuando brinda atención a un paciente de otra cultura, ¿qué tan hábil se considera para identificar y respetar sus prácticas culturales?

- Muy hábil
- Medianamente hábil
- Poco hábil
- Nada hábil

***Encuentros culturales (encounters)***

6. ¿Con qué frecuencia ha tenido experiencias clínicas directas con pacientes de comunidades indígenas, afrodescendientes y gitanos?

- Muy frecuentemente
- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Nunca

***Deseo cultural (desire)***

7. Si su institución ofreciera un programa formativo en competencias interculturales, ¿participaría voluntariamente?

- Muy de acuerdo
- De acuerdo
- En desacuerdo

- Totalmente en desacuerdo

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Lugar (Ciudad y sitio específico): \_\_\_\_\_

### ***Entrevista***

¿Qué aspectos culturales consideras más importantes tener en cuenta al atender a personas indígenas?

Cuéntame una experiencia positiva o negativa que hayas tenido al interactuar con comunidades indígenas en contextos de salud.

¿Qué tipo de conocimientos te gustaría fortalecer para mejorar tu relación con comunidades culturalmente diferentes?

¿Qué barreras personales o institucionales identificas para brindar una atención culturalmente adecuada?

¿Qué cambios propondrías en tu entorno de formación o trabajo para mejorar la atención al paciente con enfoque intercultural?

*Dirigida a estudiantes.*

1. ¿A qué universidad y programa pertenece actualmente?

**Rta:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***Conciencia cultural (awareness)***

2. ¿Qué tan consciente es de cómo sus valores personales podrían influir en la relación con pacientes culturalmente diversos durante su futura práctica profesional?

- Muy consciente
- Medianamente consciente
- Poco consciente
- Nada consciente

***Conocimiento cultural (knowledge)***

3. ¿En qué medida considera que su formación académica le ha brindado contenidos sobre diversidad cultural en la atención en salud?

- Siempre
- Alguna vez
- Rara vez
- Nunca

***Habilidades culturales (skill)***

4. ¿Qué tan preparado(a) se siente para adaptar su comunicación y explicaciones según el contexto cultural de los pacientes, con base en su formación universitaria?

- Muy preparado(a)
- Medianamente preparado(a)
- Poco preparado(a)
- Nada preparado(a)

5. Según lo aprendido en su proceso de formación, ¿Qué tan capacitado/a se siente para identificar y respetar las prácticas culturales de pacientes de distintos orígenes?

- Totalmente capacitado/a
- Medianamente capacitado/a
- Poco capacitado/a
- Nada capacitado/a

***Encuentros culturales (encounters)***

6. Durante sus prácticas académicas o experiencias formativas, ¿con qué frecuencia ha tenido contacto directo con pacientes de comunidades indígenas, afrodescendientes o gitanas?

- Muy frecuente
- Frecuente
- Ocasional
- Nunca

***Deseo cultural (desire)***

7. Si la universidad ofreciera un programa formativo en competencias interculturales, ¿participaría voluntariamente?

- Si, totalmente
- Si, en parte
- No estoy seguro/a
- No participaría

**Anexo 3. Consentimiento informado.**

**Título del estudio:** Formación académica de los profesionales de la salud para la atención del Paciente desde la interculturalidad, 2025

**En qué Consiste:**

- Estudio que se concentra en conocer la formación de los profesionales del área de la salud desde una perspectiva intercultural, reconociendo la diversidad cultural presente en los contextos de atención al paciente.
- Se realizaran entrevistas y encuestas a docentes, estudiantes y profesionales del área de la salud para recolectar la información necesaria.
- Toda la información recogida se mantendrá de forma confidencial y solo para fines académicos.

YO \_\_\_\_\_

He sido informado sobre el citado estudio y he podido aclarar mis dudas sobre el mismo, de tal manera que juzgo que he recibido suficiente información al respecto.

He sido informado por \_\_\_\_\_(Nombre del investigador)

Comprendo que la participación es voluntaria y presto mi conformidad para participar en el estudio, siempre y cuando se mantenga la confidencialidad de mi identidad y datos personales.

Firma del Participante Firma del investigador

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha