

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**



**INCORPORACIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD EN EL CURRÍCULO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA PARA EL LOGRO DE COMPETENCIAS
INTERCULTURALES**

NATALIE PATRICIA QUISPE FÉLIX

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAGISTER EN EDUCACIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Director de tesis: Prof. Klg. Ana María Rojas Serey

2021

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**

INFORME DE APROBACION TESIS DE MAGISTER

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magister presentada por la(el) candidata(o)

NATALIE PATRICIA QUISPE FÉLIX

ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de Magister en Educación en Ciencias de la Salud en el Examen de Defensa de Tesis rendido el día 30 de agosto de 2021.

**Prof. Klg. Ana María Rojas Serey
Director(a) de Tesis**

COMISION INFORMANTE DE TESIS

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

Presidente Comisión

Dedicatoria:

A mi abuelita Gina, por su infinito amor. A mi esposo y mi madre por su apoyo incondicional para ayudarme a conseguir mis metas. A las comunidades indígenas peruanas por su lucha en la reivindicación de sus derechos, su resistencia y su sabiduría. A los héroes del bicentenario Inti Sotelo y Bryan Pintado.

Agradecimientos:

A mi directora de tesis la profesora Klga. Ana María Rojas, por su paciencia, orientación y conocimientos. A la Dra. Carmen Díaz, decana de la Facultad de Enfermería de la UNAP, por su apoyo en la ejecución de este proyecto. A todos mis docentes del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud por hacerme apreciar de otra forma la educación superior en ciencias de la salud.

INDICE

RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
MARCO TEÓRICO.....	13
La diversidad cultural en el Perú	13
La discriminación en el Perú	15
Situación cultural, social y epidemiológica de la región amazónica	16
Salud como derecho y equidad en salud	18
Profesionales de la salud y competencia intercultural.....	20
Organizaciones internacionales y el fomento de las competencias interculturales en los profesionales de la salud.....	21
Enfermería y la necesidad de competencias interculturales	27
Formación de profesionales de enfermería en el Perú.....	30
La Universidad Nacional de la Amazonía Peruana	32
La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.....	34
Investigación en la formación de competencias interculturales para enfermeras y enfermeros	36
Modelos teóricos para la competencia cultural: Campinha Bacote y Purnell	47
Competencia intercultural.....	52
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	55
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	57
OBJETIVOS	58
DISEÑO METODOLÓGICO	58
Criterios de validez.....	59
Población y muestra.....	61
Instrumentos de recolección de datos.....	66
Consideraciones éticas y consentimiento informado.....	71

Procedimiento de obtención de información	71
Sistematización y análisis de la información	72
Triangulación de la información.....	74
EJECUCIÓN.....	76
RESULTADOS	77
DISCUSIÓN	131
CONCLUSIONES.....	140
PROYECCIONES	142
LIMITACIONES	143
BIBLIOGRAFÍA	144
ANEXOS	152

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo comprender cómo se incorpora la interculturalidad en el currículo del programa de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP) para el desarrollo de competencias interculturales. En el Perú aún son escasas las investigaciones que se avoquen al estudio de la competencia intercultural en la educación superior en salud, distintos autores resaltan la importancia de formar esta competencia desde el pregrado y en esa línea el diseño e implementación del currículo juega un papel determinante.

De tipo cualitativa, esta investigación ha utilizado el método de estudio de caso. Constó de 3 etapas: 1) Revisión de documentos institucionales y curriculares, 2) Ejecución de grupos focales con estudiantes, donde participaron 12 internos de enfermería, y, 3) Entrevista con docente de la facultad. La investigación concluye que la incorporación de la interculturalidad al currículo se realiza desde la normativa nacional vigente y desde el compromiso que asume la universidad con el desarrollo de la región Loreto; la facultad incorpora a la interculturalidad mediante 3 modalidades: por integración interdisciplinar, transversal y mediante la metodología del Aprendizaje Servicio. Respecto al contenido temático, la interculturalidad se aborda mayoritariamente desde el contexto, en comparación con el contenido que aborda el conocimiento aplicado al cuidado de enfermería con pertinencia cultural. Es considerable el aporte del currículo oculto a la formación de la competencia intercultural, la cual estará determinada por la competencia intercultural de los docentes y de otros profesionales que interactúen con los estudiantes. La programación de mayores experiencias de contacto vivencial, la capacitación docente, la enseñanza de un idioma originario y la inclusión de cursos de herbología practica fueron identificados como oportunidades de mejora. Finalmente, los estudiantes y la docente concluyeron que los egresados si han logrado alcanzar la competencia intercultural declarada en el perfil de egreso, pero que esta puede seguir mejorando con mayores oportunidades de contacto con población culturalmente diversa.

ABSTRACT

This research aimed to understand how interculturality is incorporated into the curriculum of the Nursing program of Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP) for the development of intercultural competencies. In Peru there are still few investigations that focus on the study of intercultural competence in higher education in health, different authors highlight the importance of training this competence from undergraduate and in this line the design and implementation of the curriculum plays a determining role .

Qualitative in nature, this research has used the case study method. It consisted of 3 stages: 1) Review of institutional and curricular documents, 2) Execution of focus groups with students, where 12 nursing interns participated, and, 3) Interview with a faculty teacher. The research concludes that the incorporation of interculturality into the curriculum is carried out from the current national regulations and from the commitment that the university assumes with the development of the Loreto region; the faculty incorporates interculturality through 3 modalities: by interdisciplinary integration, transversal and by means of the Service Learning methodology. Regarding the thematic content, interculturality is mostly approached from the context, in comparison with the content that addresses the knowledge applied to nursing care with cultural relevance. The contribution of the hidden curriculum to the formation of intercultural competence is considerable, which will be determined by the intercultural competence of teachers and other professionals who interact with students. The programming of greater experiential contact experiences, teacher training, the teaching of a native language and the inclusion of practical herbology courses were identified as opportunities for improvement. Finally, the students and the teacher concluded that the graduates have achieved the intercultural competence declared in the graduate profile, but that this can continue to improve with greater opportunities for contact with a culturally diverse population.

INTRODUCCIÓN

En el Perú existen 55 pueblos originarios o indígenas, 51 se encuentran ubicados en la región amazónica, convirtiéndose así en la región más diversa del país, en cuanto a los indicadores socioeconómicos y de salud de la región, estos son preocupantes pues en su mayoría están por debajo del promedio nacional (OPS, 2019). En esta región no solo viven poblaciones indígenas, sino poblaciones mestizas descendientes en parte de estos pueblos originarios y que con el tiempo fueron migrando y asentándose en zonas urbanas de la selva peruana; estas poblaciones guardan en común una carga cultural similar que, a pesar del tiempo, el mestizaje y las nuevas generaciones, que optan más por la vida urbana, aún se conserva y se continúa reproduciendo entre los habitantes de la Amazonía. Dado ese contexto social y cultural, se espera que los profesionales de salud que tengan a su cargo la atención de esta población cuenten con las competencias necesarias y suficientes para brindar una atención de salud coherente con sus características culturales.

Las competencias culturales se definen como el conjunto de conocimientos, actitudes, conductas y, en su caso, políticas que capacitan a un profesional para trabajar con eficacia en diferentes contextos interculturales, su logro dependerá básicamente de cada individuo y la capacidad de este para desarrollar habilidades interculturales. Por ende, su adquisición no es un proceso lineal por lo que cada persona adquiere habilidades culturales a su ritmo, lo que requiere la aceptación de las diferencias culturales para entender la salud (Purnell, 1999).

El Consejo Internacional de Enfermería (2007), la Academia Americana de Enfermería (2007) y el Consejo de Enfermeras Canadienses (2018) en sus distintas reuniones y declaraciones de posición han considerado importante la necesidad de que las y los enfermeros posean competencias culturales; a nivel nacional el Colegio de Enfermeros del Perú, institución que habilita a los profesionales graduados para ejercer como enfermeros en el país, hace mención en la Ley del Enfermero (CEP, 2002), el Código de Ética y Deontología (CEP, 2009) y en las Normas de Calidad del Cuidado Enfermero (CEP, 2015) la importancia de las

competencias culturales como parte del perfil de la enfermera y el enfermero peruano; otras instituciones nacionales como el Ministerio de Salud de Perú han determinado a la “comunicación en base a la interculturalidad” como una competencia genérica de las profesiones de salud, estableciendo que los trabajadores del sector salud deben comunicarse asertivamente entre ellos y con la población, mediante mensajes que incorporen patrones culturales, lingüísticos y sociales, propiciando de esta manera la inclusión social e identidad con los servicios de salud (MINSA, 2011).

En la región Amazónica existen diez universidades públicas, de ellas cuatro son universidades interculturales y 6 son universidades convencionales (no interculturales)¹. Ninguna universidad intercultural ofrece la carrera de enfermería o alguna otra profesión de salud. En la región amazónica existen 5 universidades públicas que ofrecen la profesión de enfermería.

La Universidad Nacional de la Amazonía Peruana se encuentra ubicada en Loreto, el departamento más grande la Amazonía y a su vez es una de las universidades más grandes de la región y su Facultad de Enfermería tiene la mayor cantidad de enfermeras y enfermeros egresados al año de la región (SUNEDU, 2019). Esta facultad ha declarado a las competencias interculturales dentro de sus competencias de egreso y dada su ubicación geográfica y zona de influencia se convierte en una institución interesante de analizar en cuanto al desarrollo de competencias interculturales en la formación de enfermeras y enfermeros peruanos.

¹ En el Perú las universidades se clasifican según su tipo de gestión en públicas y privadas y según el enfoque de su modelo educativo pueden ser interculturales. Aún no hay una definición consensuada de “universidad intercultural” en el Perú pero básicamente todas coinciden en los siguientes puntos: Incluyen en su denominación el término “intercultural”, sus modelos educativos buscan el consenso del saber ancestral de las distintas etnias del Perú y el saber occidental de las disciplinas profesionales con respeto e inclusión, tienen como público objetivo preferente a miembros de comunidades indígenas aunque no están cerradas a estudiantes de origen distinto, su plana docente incluye profesionales miembros de comunidades indígenas y se busca preservar el legado indígena a través de la revaloración de las lenguas indígenas, así como de costumbres, técnicas ancestrales y la cosmovisión de los pueblos. (RM. 247- MINEDU-2017)

MARCO TEÓRICO

La diversidad cultural en el Perú.

El Perú es un país complejo y diverso, compuesto por grupos, comunidades y pueblos con diferente matriz cultural (MINCUL, 2015), se denomina a sí mismo como un país multilingüe, multiétnico y pluricultural (MINEDU, 2013; D.S. N°016-2016-SA), multilingüe pues se han logrado identificar 85 lenguas originarias, de las cuales 35 se encuentran extintas, 2 en proceso de recuperación y 48 se encuentran vigentes en la actualidad además del español que es el idioma más difundido (MINEDU, 2018); es multiétnico y pluricultural pues existen 55 pueblos originarios o indígenas, 4 de origen andino y 51 de origen amazónico (INEI, 2018).

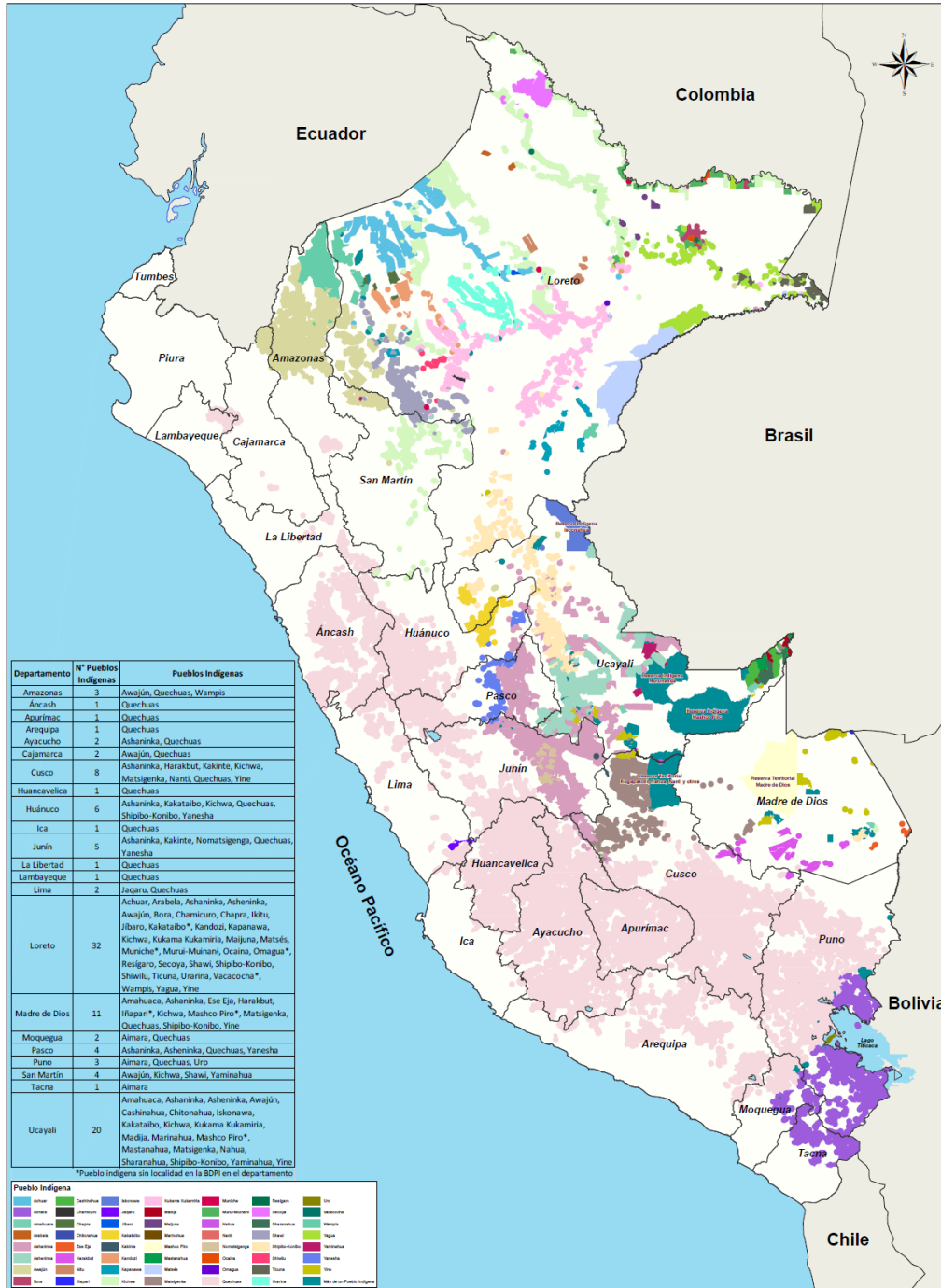
En el censo realizado en el 2017, 24.9% (5 millones 771 mil 885) de peruanos se autoidentificaron como originarios de los andes y 0.9% (212 mil 823) lo hicieron como originarios de la Amazonía, mientras que 13 millones 965 mil 254 personas (60.2%) se autoidentificaron como mestizos siendo también la población más numerosa del país (INEI, 2018).

Además de los grupos descritos la población se compone de otras etnias que por diversos procesos histórico sociales se han incorporado, como producto de un éxodo forzoso o diáspora al Perú (D.S. N°016-2016-SA), es así que entre las más representativas y numerosas tenemos a la población afroperuana, identificándose en la actualidad como afrodescendientes el 3.6% de la población (828 mil 894); por motivos de migración, existen también poblaciones asiático peruanas, identificándose como nikeis (descendientes de japoneses) y tusán (descendientes de chinos) siendo ambos el 0.2% de la población (36 mil 841) (D.S. N°016-2016-SA; INEI, 2018), todos ellos constituyen la diversidad cultural del país, la cual merece ser atendida con respeto a su identidad étnica y cultural. (D.S. N°016-2016-SA).

El departamento de Loreto es el más grande de la amazonia peruana, alberga dentro de su territorio a 32 pueblos originarios: Achuar, Arabela, Ashanink a, Asheninka, Awajún, Bora, Chamicuro, Chapra, Ikitu, Jíbaro, Kakataibo*, Kandozi, Kapanawa, Kichwa, Kukama Kukamiria, Maijuna, Matsés, Muniche, Murui-Muinani,

Ocaina, Omagua, Resígaro, Secoya, Shawi, Shipibo-Konibo, Shiwilu, Ticuna, Urarina, Vacacocho*, Wampis, Yagua y Yine (Mapa 1). (BDPI, 2020)

Mapa 1. Mapa de Pueblos Indígenas del Perú.



Fuente: Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios (BDPI). Web: <https://bdpi.cultura.gob.pe/mapa-interactivo>

La discriminación en el Perú

A pesar de todas las características mencionadas la diversidad cultural es un concepto lejano a la población, en realidad solo el 50% de peruanos conoce en cierta medida el término "diversidad cultural", un ejemplo de ello es que, aunque son 48 las lenguas originarias vigentes en el país, un peruano promedio cree que se hablan solo 8 idiomas (MINCUL, 2018).

La población indígena y afroperuana son las más pobres del país, el 48% de la población quechua o aimara se encuentran en el nivel socioeconómico E y el 25% se ubica en el nivel D; el 68% de la población indígena o nativa amazónica pertenecen al nivel E y el 22% al D, el 39% de los descendientes afroperuanos se encuentran en el nivel E y el 25% en el D; en contraposición con las personas que se autoidentifican como mestizos o blancos que pertenecen al nivel E con el 22% y 30% respectivamente (MINCUL, 2018).

En cuanto a la percepción del racismo en el Perú, el 8% de los peruanos se considera a sí mismo muy racista, el 31% considera a su comunidad muy racista y el 53% considera a los peruanos en general como muy racistas. Respecto a las minorías étnicas, alrededor de 57% de peruanos considera que las poblaciones aimaras, quechuas, indígenas o nativas amazónicas y afrodescendientes son muy discriminados (MINCUL, 2018).

El principal motivo de discriminación en el Perú es el color de piel, es así que el 65% de los afrodescendientes percibe que el color de piel es motivo de discriminación, mientras que el 22% de quechuas y aimaras refieren al lugar de procedencia y en el caso de los nativos amazónicos las características que más valoraron como motivo de discriminación fueron: la forma de hablar (37%), las costumbres (30%), el idioma o lengua y la vestimenta (22%), el aspecto físico (21%) y el nivel educativo (19%). En conclusión, que una persona mantenga y demuestre alguna costumbre aumenta la probabilidad de que se sienta discriminada (MINCUL, 2018).

En el Perú, los hospitales públicos y postas de salud son los lugares donde ocurren más casos de discriminación (22%), manifestándose principalmente como negativa o falta de atención y trato o miradas diferenciadas o despectivas; siendo el principal motivo de discriminación percibido por las personas: su nivel de ingreso (31%), forma

de hablar (26%), vestimenta (25%) y sus rasgos físicos (21%) (MINCUL, 2018).

A pesar de lo descrito anteriormente en cuanto a la realidad de la discriminación en el país, la población peruana aún tiene expectativas frente al estado, esperando que invierta recursos en llevar atención médica a los pueblos o comunidades alejadas, que los hospitales o postas atiendan a cada paciente en su lengua o idioma e incluso si a una mujer, por sus costumbres, prefiere dar a luz en cuclillas, los hospitales o postas deberían respetar sus costumbres y brindarle atención (MINCUL, 2018).

Situación cultural, social y epidemiológica de la región amazónica.

“El derecho a ser iguales en la diferencia es un principio que asumimos los peruanos cada vez con mayor solidez como un eje de nuestra vida en sociedad y como un fundamento de la actuación estatal. Y esto porque significa garantizar realmente los derechos humanos de todas las mujeres y varones del país, no imaginándolos como sujetos homogéneos o individuos abstractos sin variaciones, sino asumiendo sus particularidades y necesidades diferenciadas, siendo igualmente ciudadanos.” (MINCUL, 2015, p.7)

A pesar que entre el 2000 y 2012 el Perú fue uno de los países que mejoró sus indicadores de salud y nutrición infantil y se posicionó entre los 10 países que alcanzaron mejor desempeño en el alcance de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, estos avances no han sido homogéneos, por el contrario, detrás de los promedios nacionales existen marcadas inequidades que afectan, sobre todo, a las poblaciones rurales, a los sectores de menores ingresos, a las mujeres y a los grupos indígenas (Díaz et al., 2015), la región Amazónica peruana es la que concentra mayoritariamente a los grupos descritos líneas arriba, así tenemos que los principales indicadores de salud de los departamentos que componen la región amazónica son los más preocupantes del país, como lo es en el caso de la prevalencia de tuberculosis y VIH donde la selva concentra casos de muy alto riesgo (MINSA, 2016), más del 10% de menores de 5 años tienen desnutrición crónica y más del 30% de niños menores de 5 años tienen anemia (aunque la

anemia se encuentra generalizada en todo el territorio, siendo uno de los indicadores más preocupantes del país), más del 15% de la población de la selva mayor de 15 años tiene obesidad, la mortalidad materna se encuentra entre 54 a 292 por cada 100 000 nacidos vivos, así como las muertes neonatales que se dan entre 11 y 17 por cada 1000 nacidos vivos, entre el 17 y 30% de adolescentes ya son madres o se encuentran embarazadas de su primer hijo, solo 55.2% de la población de Loreto (el departamento más grande de la selva) tiene acceso a agua potable por la red pública y solo entre el 40 y 54% de la población de la selva cuenta con saneamiento domiciliario (alcantarillado) (OPS, 2019).

En relación al acceso a servicios de salud en la región amazónica, sus indicadores tampoco son los mejores respecto a las otras regiones del país, menos del 26% de los establecimientos de salud han reportado poseer un nivel óptimo de disponibilidad de medicamentos, la región concentra la menor cantidad de establecimientos de salud del país y la densidad de recursos humanos en salud es de 24 profesionales por cada 10 000 habitantes, un ejemplo de ello es la densidad de médicos especialistas que son entre 8 y 18 por cada 100 000 habitantes o de enfermeros que son 10 por cada 10.000 habitantes (OPS, 2019).

Respecto de la situación de salud de la población indígena en la Amazonía peruana, los sistemas de información no recolectan ni reportan, de manera regular, la variable étnica, y los estudios epidemiológicos que ya se han realizado son escasos y frecuentemente están desactualizados. No obstante, se reconoce que estos grupos poblacionales son los que poseen los peores indicadores epidemiológicos y sociodemográficos, por ejemplo, el estudio realizado por Díaz, et al (2015) describe las condiciones de vida y la situación de salud y nutrición de los niños indígenas y no indígenas de dos provincias de la Amazonía peruana, y confirma la mayor vulnerabilidad del primer grupo en relación a diferentes indicadores, “ser indígena es sinónimo de pobreza, malnutrición, anemia y deficiente acceso a los servicios de salud, agua y saneamiento” (Díaz et al., 2015, p.53), en este mismo estudio se hace referencia a otro ejemplo importante como es la atención de la mujer embarazada ya que es, posiblemente, donde se expresa con mayor evidencia la necesidad de garantizar la pertinencia cultural de los

establecimientos de salud, los hallazgos indican que si bien la cobertura del control prenatal es similar en ambos grupos poblacionales (indígena y no indígena), el parto institucional cae de manera significativa a menos del 15% en la población indígena, una de las posibles causas que explicaría esta situación es que, en muchos casos, los responsables de la atención del parto en los establecimientos de salud son varones y mestizos que no manejan la lengua nativa, otras razones estarían vinculadas a algunas prácticas como la episiotomía o la restricción a la gestante para deambular, así como la resistencia del equipo de salud para incorporar ciertas prácticas tradicionales de la comunidad (Díaz et al., 2015).

Salud como derecho y equidad en salud

La discriminación explícita o implícita hacia los grupos más vulnerables y marginados de la sociedad (las mujeres, ancianos, minorías étnicas, religiosas, lingüísticas, poblaciones indígenas, de diversidad sexual, con discapacidad física o mental y otros grupos marginados) provoca y agrava la pobreza, así como la mala salud (Nygren-Krug et al, 2002; OMS, 2001)

El derecho a la salud, se estableció en la constitución de la OMS en 1972, donde se menciona que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (p.1), esta idea se ha seguido reafirmando a lo largo del tiempo, como en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998 (Nygren-Krug et al, 2002).

La salud ha sido definida por la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o afecciones” (OMS, 1972, p.1), con el tiempo esta definición ha dado paso a un enfoque más integral del ser humano y a concebirlo como una entidad conformada por distintas dimensiones: física, mental, social, emocional y espiritual de manera interdependiente e integrada, entendiéndose como “bienestar” a la adecuada adaptación e integración de estas dimensiones, “el pleno disfrute de la salud” no debe limitarse solo a factores de orden biológico, en ciertas sociedades la salud

abarca más allá de ese ámbito, involucrando además “factores contextuales determinados por el acceso a la tierra/territorio, a los recursos naturales, a un medio ambiente sano, condiciones de vivienda, nutrición y la armonía social que emana de la expresión irrestricta de su identidad cultural y su libre determinación en sus asuntos” (Castañeda, 2006, p.63).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) en su observación N°14 respecto a la no discriminación en igualdad de trato, menciona lo siguiente:

“el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad del goce o el ejercicio del derecho a la salud.” (ONU, 2000, p. 6)

En la práctica, la discriminación no solo se limita al trato diferente o a la negativa de brindar atención por alguno de los motivos ya descritos, también puede consistir en programas de salud no orientados a los destinatarios adecuados, es decir programas descontextualizados y sin tener en cuenta las características de la población objetivo a la que van dirigidos, y en el acceso limitado a los servicios de salud, entendiendo como “acceso” no solo al físico o geográfico, sino el acceso a un servicio de salud (al propio sistema y profesionales de salud) que sea coherente con la sociedad que atiende, teniendo en cuenta sus características étnicas, sociales, culturales, religiosas o de otra índole para brindar servicio (Nygren-Krug et al, 2002) y con una sensibilidad cultural suficiente para no limitar el acceso de las minoría étnicas por ese motivo (OMS, 2001).

Profesionales de la salud y competencia intercultural

Las desigualdades en salud se encuentran determinadas por distintos factores que terminan relacionándose directa e indirectamente con los profesionales de la salud, estos factores son: el acceso a servicios de salud, la sensibilidad cultural, la calidad de los servicios y la discriminación en el sistema de salud (OMS, 2001); así cuando hablamos del acceso a servicios de salud, se hace referencia a que los profesionales que brindan la atención deben facilitar este acceso a través del respeto a las costumbres y la comunicación efectiva, es decir ser competentes culturalmente y para alcanzar dicha meta el desarrollo de la sensibilidad cultural, como parte del componente afectivo de esta competencia, debe estar presente pues constituye un factor importante que debe ser desarrollado para brindar una atención culturalmente competente y de calidad, el efecto de la segregación y la discriminación practicadas por los propios servicios de salud contra los pacientes minoritarios demuestra una falta de empatía y sensibilidad cultural y por ende de competencias interculturales adecuadas dado que “es posible que, en algunos casos, los sistemas de salud también caigan en el mismo estereotipo que existe en el conjunto de la sociedad, reforzando así, cuando no agravando, la discriminación” (OMS, 2001, p.10). Es por ello que actualmente se viene reconociendo cada vez con mayor énfasis la necesidad de capacitar y sensibilizar a los profesionales de la salud acerca de los derechos humanos y la discriminación (OMS, 2001).

Dentro de los principios fundamentales de los derechos humanos, los de igualdad y ausencia de discriminación son componentes clave de la salud como derecho, esto incluye la no discriminación en el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud, especialmente en el caso de los sectores más vulnerables o marginados de la población; es por ello que los sesgos derivados de la diversidad cultural en la atención de las minorías deberían verse desde el propio sistema y en función a distintas estrategias, como la capacitación, el desarrollo de aptitudes y la elevación del grado de conciencia y sensibilidad cultural entre los profesionales de la salud en cuanto a las implicaciones que su labor tiene en el ámbito de los derechos humanos (OMS, 2001).

Organizaciones internacionales y el fomento de las competencias interculturales en profesionales de la salud.

Las políticas de salud de los países latinoamericanos aún no han logrado resolver las desigualdades e inequidades en salud de sus poblaciones y en ese contexto los profesionales de la salud “cobran mayor relevancia porque son los actores que, con sus prácticas, producen y reproducen los sistemas de salud” (Suárez, et al., 2013, p.47). En el marco de brindar apoyo estratégico para fortalecer las capacidades del personal de salud en función de mejorar su desempeño en Atención Primaria de Salud (APS), en el 2010 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hizo un llamado para conformar el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP), una construcción colectiva que involucró a instituciones de 12 países americanos (Suárez, et al., 2013), donde, entre los distintos dominios y competencias enunciadas para los profesionales de la salud involucrados en APS, 6 están relacionadas con la interculturalidad y son las siguientes:

Cuadro 1

Dominios y competencias relacionadas con la interculturalidad en la formación de profesionales en APS según el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública.

Dominio	Competencia
Dominio 3: Competencias esenciales en salud pública que deben tener los recursos humanos en salud sobre promoción de la salud y participación social	Competencia 3.5 Reconocer las consideraciones éticas vinculadas a los enfoques de competencia cultural para aplicarlas en la práctica de la salud pública en diferentes contextos.
Dominio 4: Competencias esenciales en salud pública que deben tener los recursos humanos en salud sobre políticas, planificación,	Competencia 4.6 Participar en la gestión de políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho a la salud, la equidad y el buen desempeño de los sistemas de salud.

regulación y control	
<p>Dominio 5: Competencias esenciales en salud pública que deben tener los recursos humanos en salud sobre equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos.</p>	<p>Competencia 5.1 Respalda los principios de equidad, en el marco del enfoque de determinantes sociales, al diseñar e implementar políticas y acciones para mejorar el acceso a los servicios preventivos y asistenciales de salud.</p> <p>Competencia 5.2 Implementar planes, estrategias y acciones que aumenten la equidad de la provisión de servicios, para alcanzar eficacia social, efectividad sanitaria y eficiencia distributiva de los recursos necesarios en la atención de salud a la población.</p>
<p>Dominio 6: Competencias esenciales en salud pública que deben tener los recursos humanos en salud sobre salud internacional / global.</p>	<p>Competencia 6.6 Contribuir de manera efectiva a la atención de grupos en situación de vulnerabilidad, en particular migrantes, viajeros, minorías étnicas transnacionales y poblaciones en frontera, para la atenuación, erradicación y/o control de problemas de salud globales.</p> <p>Competencia 6.7 Respetar y valorar la diversidad cultural, el trabajo regional y la cooperación técnica global e intersectorial para el desarrollo de iniciativas integrales que redunden en la mejora de la atención a la salud de las poblaciones.</p>

Nota:

Fuente: Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud, 2013.

En 2008 Belo Horizonte, Brasil, la OMS realizó una consulta a nivel de América Latina a algunas universidades de la región sobre la formación en atención primaria de salud, analizando sus experiencias, avances y dificultades relacionados a la formación de médicos focalizada en APS, en opinión de los centros de formación latinoamericanos consultados, se concluyó, entre otras cosas, que el egresado de medicina debía ser capaz de “Adecuar su práctica profesional a la definición del sistema de salud de su país y de acuerdo al contexto donde trabaja para prevenir y resolver problemas de salud” y “Establecer relaciones de respeto y confianza para dialogar y negociar con los ciudadanos/comunidad, equipos/comunidades y otros sectores, respetando la diversidad cultural” (Borrell y Godue, 2008)

En el informe de la reunión de la OPS en Cartagena de Indias del 2011, cuyo propósito fue establecer un punto de partida para el debate y la acción interdisciplinaria y multiprofesional sobre la educación en ciencias de la salud hacia la APS, llegaron a conclusiones interesantes respecto al desarrollo de la interculturalidad en la formación de profesionales de la salud; por ejemplo, que estructurar propuestas curriculares basadas en APS implica proponer ejes y contenidos transversales a lo largo de la malla curricular, como los enfoques de prevención y promoción y aquellos relacionados con la interculturalidad. De igual forma los casos de éxito de educación en APS han demostrado que:

“se necesitan enfoques amplios que abarquen la totalidad del sistema de salud y los determinantes de salud con definiciones sobre políticas públicas saludables, énfasis en la equidad, enfoque intersectorial, promoción de la salud, participación comunitaria, protección social, derechos humanos y la inclusión de los componentes de género, etnicidad e interculturalidad.” (Borrell, Malvárez y Frías, 2011, p.9).

Respecto a los desafíos de la educación en ciencias de la salud, se identificó la importancia de la transculturalidad en la enseñanza de la APS como tema prioritario para las universidades; en cuanto a enfermería, se resaltó a la formación ética como eje transversal a todos los programas sobre todo en las prácticas apoyadas en la concepción de la salud como derecho de todas las personas y en los propios valores de la profesión que enfatizan el respeto por la vida, las diferencias culturales

y las creencias de los demás. (Borrell et al; 2011)

Diversos países y organizaciones internacionales han realizado una movilización considerable de recursos financieros dirigidos a mejorar la salud de su población, prevenir y controlar enfermedades, como la propagación de la infección por el VIH/Sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades prevenibles por vacunación; reducir la mortalidad materno infantil y mejorar el estado nutricional de poblaciones en riesgo; sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, es probable que tales inversiones no logren los objetivos trazados ni sean sostenibles en el tiempo si no se realizan esfuerzos en simultáneo para lograr una fuerza laboral competente, culturalmente apropiada y motivada. (OMS, 2007)

En la 27° Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Washington en el 2007 realizada por la OPS y OMS se enunciaron las Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007 – 2015, metas que nacen a partir de la creciente preocupación por la crisis de recursos humanos en salud observada los últimos años, caracterizada por sus efectos negativos en la calidad de la asistencia, la capacidad de prevenir enfermedades, el desempeño de los sistemas de salud, entre otros. Dichas metas están organizadas según los cinco desafíos críticos mencionados en la Agenda de Salud para las Américas y el Llamado a la Acción de Toronto (OMS, 2007). A continuación, se presentan los desafíos y metas que temáticamente se relacionan con la interculturalidad:

Cuadro 2

Desafíos y metas de las Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015, relacionados con la interculturalidad.

Desafíos	Metas
Segundo desafío: Hace referencia a la distribución equitativa de la cantidad de recursos humanos de forma pertinente y apropiada, así como contar con las aptitudes suficientes que estén al nivel de las necesidades de salud	Meta 6: La brecha en la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015. Meta 7: Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de

específicas de esas poblaciones.	salud tendrán competencias de salud pública e interculturales comprobables.
Quinto desafío: Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para que sea posible adaptar la educación de los profesionales sanitarios a un modelo universal y equitativo de prestación de atención de buena calidad que satisfaga las necesidades de salud de toda la población.	Meta 18: El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones sub atendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

Fuente: Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015, Organización Mundial de la Salud, 2007.

Estas metas reflejan en parte las carencias fundamentales de la formación de los profesionales de la salud en los países de la región latinoamericana tales como: la falta de compromiso social de muchas escuelas con la atención a la salud primaria con enfoque basado en la población, la desproporción de densidad de recursos humanos en zonas urbanas y rurales, los escasos conocimientos y habilidades en interculturalidad por parte de los egresados para el manejo de la APS, el énfasis del modelo biologicista y etnocentrista, así como la centralización de la práctica del aprendizaje en los hospitales dejando de lado las prácticas rurales y comunitarias (Borrell y Godue, 2008).

En la reunión técnica organizada por la OPS en el 2012 en Lima, sobre tendencias, desafíos y recursos de aprendizaje para la salud pública, una de las conclusiones menciona que la salud pública es una ciencia joven que se está formando y que está naciendo desde el punto de vista académico y, dada su naturaleza, debe abarcar todos los ámbitos que conviene a la vida humana; por otro lado en las experiencias recogidas en Perú y México, así como en otros países latinoamericanos, el gran problema que se tiene es la diferencia cultural y el poco entendimiento de la misma; por ejemplo en el modelo educativo del Instituto

Nacional de Salud Pública en México define competencias que buscan reconocer a la comunidad como una unidad identidad sociocultural para interactuar de manera sensible, eficaz y profesional con personas de diferentes características culturales, socioeconómicas, educativas, étnicas y demográficas (Borrell, 2012).

En el 2014, la OMS y OPS organizaron una reunión de Manaus en Brasil, en donde el propósito fue compartir las experiencias en cuanto al avance de la misión social de la medicina desde la educación, entre algunas de las experiencias que se recogieron en cuanto a interculturalidad se encuentran las de la Universidad de Nuevo México (EEUU) que resalta la importancia de la descentralización de la educación, ampliando el concepto de lo que es el escenario de práctica, para utilizar localidades geográficas, social y étnicamente diversas, haciendo convivir en este modelo lo rural y lo urbano, los migrantes y las culturas y lenguas diversas; la Universidad de La Matanza (Argentina) menciona la importancia de la transversalidad de la gestión ambiental e interculturalidad en el esquema curricular de medicina, la Universidad Nacional de San Antonio Abad de Cuzco (Perú) menciona que a partir de la elaboración de un perfil profesional se elaboró un plan curricular que tuviera como uno de sus objetivos formar médicos capaces de tomar decisiones respetando la cultura de la población, para ello se incluyó además de las disciplinas tradicionales, experiencias a partir del primer año que integraran la interculturalidad y prevención y promoción de salud: es así que en el segundo año de la carrera de medicina se ofrece el curso de Quechua, en el cuarto año se incorpora la epidemiología, abordando también los síndromes con la visión de la cultura local (el arcoíris, el rayo, por ejemplo), en el quinto año los estudiantes realizan rotaciones en gineco-obstetricia y pediatría, con el acompañante de gestación en ambientes rurales y finalmente en el último año realizan el internado rural; la Northern Ontario School of Medicine (Canadá), destaca en su modelo educativo el uso de múltiples ambientes de aprendizaje y locales en toda la región, con recursos humanos distribuidos entre ellos, y con actividades de aprendizaje sincrónicas o asincrónicas en comunidades indígenas, comunidades rurales y haciendo acompañamiento al profesional de salud que labora en estas comunidades, lo resaltante de esta experiencia es la importancia del compromiso de la comunidad

en la misión social de la formación en medicina (Menezes y Borrell, 2014).

Enfermería y la necesidad de competencias interculturales

En cuanto a los principales desafíos de la enfermería, Silvina Malvárez (2006) afirma que la distribución, la composición y competencias de los recursos humanos en salud, perpetúan inequidades y acceso limitado a los servicios, requiriéndose de políticas y planificación de recursos humanos que apoyen normativas e innovaciones en cuanto a estilos de gestión de la fuerza laboral. Esta investigadora también afirma que la enfermería es una profesión perteneciente al campo de las ciencias sociales, cuyo objeto de estudio e intervención es el cuidado del ser humano y tiene como unidades de cuidado al individuo como ser cultural, la familia, los grupos, las comunidades.

Por otro lado, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) define a la enfermería de la siguiente forma:

“La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.” (CIE, 2002)

El concepto descrito hace referencia a los cuidados brindados al ser humano en sus distintos niveles de organización y en todo contexto, implicándose la atención para grupos y comunidades diversas o minorías étnicas; es así como en su Declaración de Posición en cuanto a las Enfermeras y los Derechos Humanos adoptada en 1998 y revisada en el 2006 y 2011, menciona que:

“el CIE considera que la atención de salud es un derecho de todas las personas, que es accesible, económico y culturalmente aceptable, independientemente de cualquier consideración financiera, social, política, geográfica, racial o religiosa.” (p.1)

De igual forma en su Declaración de Posición en cuanto a la Competencia Cultural y Lingüística adoptada en el 2007 y revisada el 2013, menciona que:

“El Consejo internacional de enfermeras (CIE) y sus organizaciones miembros están convencidos de que las enfermeras deben ser cultural y lingüísticamente competentes para poder entender las necesidades lingüísticas que presentan en los encuentros de atención de salud los clientes, sus familias y sus comunidades, y para poder responder eficazmente a esas necesidades.” (p. 1)

En esta misma declaración el CIE menciona que las enfermeras y enfermeros deben demostrar competencia cultural por su capacidad para:

- Desarrollar una conciencia de la propia cultura sin dejar que ésta tenga una influencia indebida sobre personas que tienen otros orígenes.
- Demostrar conocimiento y comprensión de las diferentes culturas.
- Aceptar que puede haber diferencias entre las creencias culturales y los valores del profesional de la salud y el cliente
- Aceptar y respetar las diferencias culturales.
- Adaptar los cuidados para que sean coherentes con la cultura y las expectativas del cliente.
- Proporcionar unos cuidados culturalmente apropiados con el fin de ofrecer los mejores resultados posibles al cliente.

A nivel nacional, La Ley del Trabajo del Enfermero Peruano (2002), hace mención al cuidado de enfermería considerando el contexto social y cultural de la persona, en su artículo n°2, referente al rol de la profesión, menciona lo siguiente:

“La enfermera(o), como profesional de la Ciencia de la Salud, participa en la prestación de los servicios de salud integral, en forma científica, tecnológica y sistemática, en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado de la persona, la familia y la comunidad, considerando el contexto social, cultural, económico, ambiental y político en el que se desenvuelve, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población.”
(p. 1)

De igual forma, el Colegio de Enfermeros del Perú (CEP), que es la institución que habilita a los profesionales graduados para ejercer como enfermeros en el país, en sus documentos normativos también hace referencia a la competencia intercultural; es así que, en el Código de Ética y Deontología (2009) en su artículo n°1, refiere lo siguiente: “La enfermera(o) brinda cuidados de Enfermería respetando la dignidad humana y la particularidad de la persona, sin distinción de índole personal, política, cultural, económica o social” (p.16), en el Compromiso de Honor del CEP (2009) también se menciona, entre otras cosas, que la enfermera peruana se compromete a: “Respetar los derechos del individuo sin distinción de raza, credo, nacionalidad, ni condición social ”(p.15).

En el documento “Normas Básicas de Calidad del Cuidado Enfermero” del CEP (2015), se hace referencia a la competencia intercultural como un componente necesario para la calidad en atención de enfermería:

“Para hablar de calidad en salud es esencial hacer conciencia de la diversidad étnica y cultural del país, por ello más que un esfuerzo de homogenización es básico un enfoque de dialogo intercultural individualizados tanto en la definición de objetivos de calidad como en las acciones concretas de mejoramiento.” (p. 16)

Dentro del mismo documento se hace mención a las tres dimensiones de calidad de Avedis Donabedian, entre ellas, menciona a la Dimensión Humana, referida al aspecto interpersonal de la atención, y que a su vez tiene entre sus características el respeto a la dignidad, a los derechos, a la cultura y a las características individuales de la persona.

A nivel estatal, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) ha determinado a la “comunicación en base a la interculturalidad” como una competencia genérica de las profesiones de salud, estableciendo que los trabajadores del sector salud deben comunicarse asertivamente entre ellos y con la población, mediante mensajes que incorporan patrones culturales, lingüísticos y sociales, propiciando la inclusión social e identidad con los servicios de salud (MINSA, 2011).

De igual manera en el 2018 el MINSA aprobó el “Plan Nacional de Formación Profesional y Desarrollo de Capacidades de los Recursos Humanos en Salud 2018-

2021”, uno de los objetivos de este documento resalta la importancia de incorporar la interculturalidad como un elemento de la atención de salud de calidad, además pone en evidencia dentro de su diagnóstico situacional la carencia de formación de profesionales de la salud con enfoque intercultural que estén motivados por lograr afinidad cultural y conocimiento del territorio.

Formación de profesionales de enfermería en el Perú

La Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería (ASPEFEEN) ha elaborado la Tabla de Especificaciones del Examen Nacional de Enfermería (ENAE), dicha tabla detalla los tópicos que son evaluados anualmente en las enfermeras y los enfermeros recién graduados, este documento es importante pues es producto del consenso de las 50 escuelas y facultades de enfermería peruanas que componen la ASPEFEEN en cuanto a los conocimientos básicos que se espera que todo enfermero peruano egresado posea, es así que los tópicos que hacen referencia a la competencia intercultural son los siguientes:

- Concepciones del ser humano como ser de cuidado
- Teorías de Enfermería: Madeleine Leininger
- Comunicación y diversidad cultural
- Cuidados de enfermería a personas con sufrimiento espiritual
- Realidad sanitaria nacional, situación socio sanitaria en el país
- Medicina tradicional, complementaria y alternativa

En el Perú existen 56 universidades que tienen escuelas o facultades de enfermería, de ellas 34 son de gestión privada y 22 de gestión pública, de las universidades públicas 6 pertenecen o tienen su zona de influencia en la región amazónica peruana (SUNEDU, 2019b).

Durante el 2016 egresaron 3546 enfermeras y enfermeros a nivel nacional, de ellos 1186 pertenecieron a universidades públicas y dentro de esta categoría solo 189 egresados pertenecían a universidades de la Amazonía peruana, siendo la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana junto con la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas las universidades que tuvieron más enfermeros egresados durante ese año, 53 cada una (SUNEDU, 2019a).

Respecto a la situación de acreditación de los programas de enfermería de universidades públicas de la amazonia, ninguno se encuentra acreditado, todos están en fase de autoevaluación (SINEACE, 2019).

Por otro lado, en cuanto a la declaración de competencias interculturales en los perfiles y competencias de egreso, se tiene que de las 6 universidades de la región amazónica que ofertan la carrera de enfermería, la Universidad Nacional de San Martín, la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco, la Universidad Nacional de Madre de Dios y la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas no declaran ni hacen alusión a la formación de competencias interculturales.

Solo la Universidad Nacional de Ucayali y la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP) declaran o hacen alusión a la formación de competencias interculturales en sus competencias generales de egreso:

Cuadro 3

Universidades públicas que ofertan la carrera de enfermería en la región amazónica que declaran o hacen alusión a la formación de la competencia intercultural en sus perfiles de egreso.

Universidad	Declaración de competencia intercultural
Universidad Nacional de Ucayali	Competencia de egreso: “Actúa personal y profesionalmente con integridad, responsabilidad, compromiso y respeto a la diversidad cultural; en base a principios ético-morales”.
Universidad Nacional de la Amazonía Peruana	Perfil de egreso específico: “El egresado de la carrera de enfermería cuidará a la persona, familia y comunidad aplicando estándares de calidad considerando el contexto intercultural y la participación de los actores sociales”.

Fuente:

Universidad Nacional de Ucayali, Plan de estudios de la carrera de enfermería, 2017. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Plan de estudios de enfermería, 2017.

La Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

La Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP) fue creada el 14 de enero de 1961 mediante Ley 13498, como consecuencia a diversas acciones que la comunidad de Loreto venía efectuando desde la década de los 50, con el propósito de contar con una institución de estudios superiores.

El 1 de mayo de 1984, con Resolución 001-84-AE-UNAP, se aprobó y promulgó el Estatuto General de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (EGUNAP). Mediante el EGUNAP, la universidad organizó el régimen académico con nueve facultades, entre ellas la Facultad de Enfermería (UNAP, 2019a).

Actualmente la universidad cuenta con más de 8 mil estudiantes en pregrado y postgrado, y más de seiscientos docentes. A través de sus catorce facultades ofrece treinta carreras de formación profesional y en su Escuela de Postgrado diversos programas de maestría y doctorado (UNAP, 2019a), el 31 de enero del 2019 la UNAP obtuvo el licenciamiento institucional por 8 años mediante Resolución N° 012-2019-SUNEDU/CD (SUNEDU, 2019c).

La UNAP se ubica en la gran llanura amazónica del Perú. Su sede principal está ubicada en la ciudad de Iquitos, en la margen izquierda del río Amazonas, a 3636 kilómetros del océano Atlántico, a una altura de 110 a 125 msnm, Iquitos es la ciudad más grande de la Amazonía peruana, con aproximadamente 400 000 habitantes (UNAP, 2019b).

Además de brindar servicios educativos en Iquitos, la UNAP extiende sus labores a otras siete ciudades del departamento de Loreto: Yurimaguas, Nauta, Caballococha, Requena, Contamana, Orellana y San Lorenzo (UNAP, 2019b).

La institución tiene a la interculturalidad como un elemento clave, que resalta a través de sus distintas declaraciones y documentos institucionales, entre ellas tenemos a las siguientes:

- Misión institucional: La UNAP declara como su misión:
“Brindar formación profesional humanística, científica y tecnológica a los estudiantes universitarios con enfoque intercultural, respeto a la biodiversidad amazónica y responsabilidad social en el marco del desarrollo sostenible”. (UNAP, 2019c)

- Reglamento general: El artículo 6 menciona:

“La UNAP desarrolla un enfoque intercultural, respeto a la biodiversidad amazónica y responsabilidad social en el marco del desarrollo sostenible. La UNAP desarrolla estas actividades en un marco de mejora continua, de principios éticos y de responsabilidad social y ambiental” (UNAP, 2018a, p. 6)
- Reglamento de admisión: Contempla reserva de vacantes para postulantes miembros de comunidades indígenas a través de una modalidad de admisión especial (UNAP, 2019d, p. 41); sin embargo, esta modalidad no contempla vacantes para la carrera de enfermería ni otra profesión de ciencias de la salud. De igual manera en su artículo 246 menciona que

“El proceso de admisión a la UNAP se anuncia mediante convocatoria pública y consiste en una selección que evalúa la capacidad de razonamiento, los conocimientos, el pensamiento crítico de los postulantes y un examen de sus actitudes y aptitudes, con absoluto respeto de la diversidad étnica, cultural y de género.” (UNAP, 2018a, p. 73)
- Estatuto universitario: El artículo 4 define a la institución como

“una comunidad académica orientada a la docencia, investigación y responsabilidad social; brinda una formación humanista, científica y tecnológica con enfoque intercultural, respeto a la biodiversidad amazónica y responsabilidad social en el marco del desarrollo sostenible. Está integrada por docentes, estudiantes y graduados.” (UNAP, 2018b, p. 9)

El artículo 6 del estatuto menciona dentro de los principios que la rigen al Pluralismo, tolerancia, diálogo intercultural e inclusión, como la aceptación y el reconocimiento de la existencia de diferentes culturas y pensamientos. (UNAP, 2018b, p. 10). El artículo 7 del estatuto menciona que uno de los fines de la UNAP es “Afirmar y transmitir las diversas identidades culturales de la región y del país” (UNAP, 2018b, p. 10). El

artículo 61 del estatuto es el más específico en cuanto a la incorporación de la interculturalidad en el currículo, el cuál menciona lo siguiente: “Los estudios generales de pregrado son obligatorios y tienen carácter integral, orientados al desarrollo de competencias vitales y necesarias para el ser humano y la sociedad. Tienen una duración no menor de 35 créditos.”, luego menciona los contenidos que se contemplan en dichos estudios generales, entre ellos: realidad amazónica, compromiso con su medio sociocultural y preservación del medio ambiente. (UNAP, 2018b, p. 23)

La Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana.

La Facultad de Enfermería de la UNAP fue creada el 7 de agosto de 1984. En 1971, inicia sus actividades académicas como respuesta a las necesidades de carácter social, dado por los grandes problemas de salud de la región y del país. Actualmente han egresado 44 promociones (1227 egresados) del ciclo regular y 4 promociones del ciclo de estudios complementarios, titulados 1145 y 32 de otras universidades. Como parte de su organización académica, la Facultad de Enfermería cuenta con la Unidad de Postgrado, la cual ofrece especializaciones, maestrías y doctorados, 45 docentes integran la Facultad de Enfermería, el 98% cuenta con el grado de maestro y 90% con el de doctor (UNAP, 2019e).

La formación de enfermería en la UNAP requiere de 5 años o 10 semestres académicos, el Plan de Estudios 2015 considera 107 horas semanales de teoría, que equivale a 1712 horas semestrales, en cuánto a las horas de práctica, estas son 326 semanales que equivalen a 5216 semestrales; ambas hacen un total general de 6928 horas. En relación a los créditos se tiene: 107 créditos en teoría y 163 en práctica, haciendo un total de 270 créditos que el estudiante debe aprobar para egresar de la carrera.

El plan de estudios se compone de 3 áreas de formación:

- Área de Formación General: Estos cursos son de carácter obligatorio (aunque cuatro actividades tienen 2 opciones a elegir) y se orientan en

parte a formar al estudiante en la resolución de problemas de la realidad local, regional, nacional, está conformado por 22 cursos que tienen un total de 1216 horas lectivas entre horas de teoría (512 hrs.) y horas de práctica (704 hrs.), equivaliendo a 54 créditos académicos; entre los cursos de formación general relacionados a esta investigación, tenemos los siguientes: Derecho constitucional y derechos humanos, Antropología, Realidad nacional y desarrollo regional amazónico.

- Área de Formación Específica: Se orienta en la formación de conocimientos sobre los riesgos biológicos, psicológicos, sociales y medio ambientales, utilizando los fundamentos de las ciencias básicas; también incluye conocimientos en conceptos básicos del proceso de enseñanza-aprendizaje en el cuidado de la personas, familia y comunidad. Está conformado por 18 cursos que tienen un total de 1120 horas lectivas entre horas de teoría (544 hrs.) y horas de práctica (576 hrs.), todos son de carácter obligatorio (aunque entre las 3 actividades que la componen hay disponibles 8 cursos para elegir), equivaliendo a 52 créditos académicos. Entre los cursos que son de interés para esta investigación tenemos los siguientes:
 - Nutrición y dietoterapia
 - Actividad 7 (Salud complementaria)
 - Actividad 8 (Interculturalidad en salud)
- Área de Formación Disciplinar o Especialidad: Área dedicada al conocimiento de la problemática socio económica, política y cultural, proponiendo soluciones con responsabilidad, justicia, liderazgo y respeto a la diversidad cultural para el desarrollo sostenible, local, regional y nacional. También se orienta a brindar conocimiento sobre el Proceso de atención de enfermería para el cuidado integral de la persona, familia y comunidad, basados en modelos teóricos y evidencias científicas, conceptos fundamentales del enfoque de riesgos, fundamentos del proceso administrativo en la gerencia de instituciones públicas y privadas. Se componen de 15 cursos, todos obligatorios, abarcan 4592 horas lectivas, entre 656 horas de teoría y 3936

horas de práctica, haciendo un total de 164 créditos académicos. Entre las asignaturas que son de interés para esta investigación, tenemos las siguientes:

- Enfermería en salud familiar y comunitaria 1
- Enfermería en salud mental y psiquiatría
- Enfermería materno infantil
- Enfermería en salud del adulto y adulto mayor 1
- Enfermería en salud del adulto y adulto mayor 2
- Enfermería en salud del niño y del adolescente
- Enfermería en salud familiar y comunitaria 2
- Internado 1
- Internado 2

Estas asignaturas son impartidas bajo responsabilidad de 3 departamentos académicos, el Departamento Académico de Ciencias Clínicas está a cargo de 9 cursos; el Departamento Académico de Ciencias Psicosociales a cargo de 10 cursos; el Departamento Académico de Ciencias Integradoras a cargo de 8 cursos; 9 cursos están a cargo de los 3 departamentos mencionados y 28 cursos están a cargo de departamentos académicos de otras carreras profesionales.

Investigación en la formación de competencias interculturales para enfermeras y enfermeros.

Cassiani, Bassalobre-García y Reveiz (2015), buscaron establecer una agenda de investigación de enfermería a nivel de América Latina y el Caribe, producto del consenso y análisis realizado por centros colaboradores y asesores de la OPS/OMS, miembros de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE), coordinadores de programas de enfermería de pre y post grado de distintos países de América Latina, así como autoridades nacionales encargadas de los Recursos Humanos para la Salud o de las unidades de enfermería en los Ministerios de Salud de los distintos países de América Latina y el Caribe, se elaboró una agenda de investigación de 276 temas/preguntas prioritarias de investigación clasificadas en 14 subcategorías y en 6 categorías

principales; entre los temas/preguntas referidos a la interculturalidad en salud como tema prioritario de investigación para la enfermería, se identificaron las siguientes preguntas referidas a la forma en que deben estructurarse los planes de estudios para formar en competencias interculturales:

“¿Qué modelos de educación y formación son más eficaces para mejorar las habilidades y las competencias (incluidas las culturales) del personal de enfermería de salud pública?” (Cassiani et al., 2015, p. 6)

“¿Qué estrategias/enfoques/contenidos deben insertarse en los planes de estudio a fin de formar profesionales para atender a las personas en su diversidad cultural y socioeconómica?” (Cassiani et al., 2015, p. 7)

En el estudio realizado por Lillo et al. (2004), los autores afirman que “la competencia cultural como conocimiento aplicado a la enfermería será uno de los temas de investigación más significativos para las próximas décadas y el desarrollo de sus teorías y modelos representa el camino de progreso hacia la consecución de unos cuidados de calidad” (párr. 1). Afirman que son los cuidados culturalmente competentes los que definen actualmente el rumbo de la enfermería avanzada, el estudio indica también que hasta el momento los modelos de investigación no se preocupaban de resultar atractivos ante la creciente diversidad cultural, ni siquiera se fomentaba su desarrollo, resultando en una base de conocimientos limitada acerca de la diversidad en el cuidado de la salud; sin embargo, con el tiempo se han sumado algunas experiencias que se han llevado a cabo en otros países, especialmente en EEUU, empleando la teoría de la Competencia Cultural para el estudio de los cuidados ofertados a pacientes-clientes de otros países, mayoritariamente inmigrantes con culturas distintas a las del profesional de enfermería nativo.

Algunos estudios que a partir de sus conclusiones recalcan la importancia de formar a los profesionales de enfermería en competencias interculturales, son los siguientes:

El artículo de Estevan y Ruiz (2017) se centra en conocer las experiencias y percepciones de los profesionales de enfermería en la prestación de cuidados y promoción de la salud, a mujeres pertenecientes a colectivos en riesgo de

vulnerabilidad social (árabes, musulmanas, gitanas, rumanas) aplicando el modelo de competencia cultural de Purnell, los resultados de este trabajo ponen de manifiesto la presencia de factores como la discriminación pasivo agresiva y los prejuicios históricos con que se relacionan a distintas minorías culturales, producto de ello concluyen que es importante adquirir conocimientos, habilidades y actitudes ante la diversidad cultural, para proporcionar cuidados culturalmente competentes, mostrando a su vez la importancia de la enfermera como agente comunicador e interpretador de la realidad de los pacientes.

Yilmaz et al. (2017) investigó la sensibilidad cultural de enfermeras que trabajaban en hospitales rurales y urbanos de Turquía. La mayoría de las participantes experimentaron problemas relacionados con el idioma, el nivel de educación de los pacientes, la percepción de la salud y la enfermedad y las creencias religiosas. Si bien ninguna de las enfermeras que participó en el estudio recibió formación en interculturalidad durante el pregrado, hubo un grupo que si había recibido capacitación de este tipo en sus centros de trabajo y fueron las que obtuvieron los puntajes más altos en la escala de sensibilidad cultural (que fue el instrumento utilizado en el estudio); a pesar de ello, el número de enfermeras que no recibió este tipo de capacitación igual era muy alto en comparación, al finalizar el estudio un poco más de la mitad de enfermeras declararon que se encontraban interesadas en recibir capacitación que les permitiera comprender y mejorar su cuidado en función a las características culturales de la población a la que atendía, el estudio concluye que la sensibilidad cultural en los profesionales de enfermería es esencial para obtener resultados de salud óptimos y que el mismo personal de enfermería reconoce la necesidad de capacitarse en comprender la cultura de los grupos humanos a los que atiende.

El estudio realizado por Pulido-Fuentes et al. (2017), es una exploración profunda acerca de las experiencias de un grupo de médicos y enfermeros que trabajan brindando atención de salud a la etnia Achuar en la amazonía ecuatoriana, el estudio señala que se torna complicado conseguir profesionales que logren adaptarse al trabajo con el pueblo Achuar, pues muchos profesionales tienden a retirarse para especializarse en sus profesiones o no pueden acostumbrarse al

estilo de vida de la población o consideran “no estar listos para trabajar con salvajes ni con personas que tienen costumbres muy arraigadas”; si bien gran parte de profesionales que participaron en el estudio fueron voluntarios, se esperaría que al autoseleccionarse para conocer y aprender sobre diferentes realidades culturales podría ser suficiente para motivarlos, pero este componente afectivo no siempre se traduce en una conciencia cultural que logre traspasar sus propios sistemas de valores, prejuicios, creencias y prejuicios profesionales que traen consigo y que inevitablemente entran en juego, debido a su inexperiencia al trabajar en contextos muy alejados de su propia cultura de la salud y porque no han recibido formación o información sobre conciencia cultural; en este sentido, adquirir el conocimiento cultural de las creencias y valores relacionados con la salud, implica tratar de entender la visión del mundo de la gente, cómo interpretan la enfermedad y cómo esto, a su vez, guía sus pensamientos y prácticas. El estudio concluye que es crucial mejorar los programas de capacitación de los profesionales de la salud incluyendo en sus programa de estudio, contenidos sociológicos y antropológicos para promover la comprensión de la enfermedad a partir de la socioculturalidad del paciente indistintamente de la profesión de salud y de preferencia desde los niveles de formación más tempranos, también menciona que los programas educativos deben incluir no solo sensibilización y capacitación en concientización cultural y diversidad biológica; sino también, deben tener la capacidad de medir los niveles de competencia cultural mediante el uso de herramientas apropiadas.

De igual modo, Narváz y Nayip (2012) afirman que la formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal de salud, abordando temas como el respeto en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusión y en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos.

El ensayo de Veliz-Rojas et al (2019), reflexiona acerca de la importancia del aprendizaje y desarrollo de las competencias interculturales en los equipos de salud de atención primaria; resalta que la incorporación y estudio de la competencia intercultural es importante para responder a cuatro fenómenos presentes en la

sociedad: las migraciones, las distintas etnias, la diversidad cultural y el modelo biomédico inserto en el sistema de salud occidental; sugiere que para brindar una atención en salud oportuna y pertinente a las comunidades debe incorporarse a los programas de formación modelos integradores que permitan comprender la realidad multicultural, para ello es necesario una mirada transdisciplinaria con el objetivo de vincular saberes, dado que los problemas sanitarios nunca están aislados, sino que son la manifestación de la dinámica social en conjunto con los determinantes de la salud; la incorporación de conocimientos desde la psicología, antropología, sociología, filosofía, entre otros, en los currículos de formación de los profesionales de la salud, tanto de pregrado, post grado y formación continua, son esenciales para el desarrollo de competencias interculturales, esto se visualiza actualmente como programas parcelados que no interaccionan entre sí, por ello es necesario que los saberes se fusionen tanto en el aula como en el área clínica y otros escenarios de aprendizaje para buscar formar la competencia intercultural no solo desde lo teórico sino a partir de experiencias de vida.

El artículo de Plaza del Pino y Soriano (2009) analiza no solo el contexto social de España, en donde se hace cada vez más necesaria la formación del personal de salud en competencias interculturales debido al fenómeno migratorio que viene experimentando, sino también, aborda la realidad en cuanto a la formación de enfermería respecto a interculturalidad, concluyendo que, para que el enfermero cumpla con su función mediadora (en la confluencia de la cultura del paciente, su propia cultura y la cultura de la organización donde trabaja) para proveer de un servicio apropiado y profesional, este deberá formarse en, lo que los países anglosajones han denominado, “cultural sensivity” o “cultural competency”, ambos términos se han traducido como “competencia cultural” o “competencia intercultural”. Para ello los autores indagaron en el “Libro Blanco del Título Grado de Enfermería” de España, en donde se identificaron cuatro competencias relacionadas con la interculturalidad, de igual forma el artículo señala que la incorporación de asignaturas optativas que relacionen la enfermería y la cultura es reciente, en estos cursos predomina el enfoque antropológico y culturalista y escasamente se enfocan en capacitar a los nuevos enfermeros para afrontar la

comunicación intercultural. Del mismo modo analizan la situación de la investigación de enfermería en España en cuanto a la interculturalidad, resaltando la unión del campo de la salud con la antropología para comprender el contexto en el que se desenvuelven las atenciones de salud; sin embargo, al igual que en el contexto universitario, hay escasa información acerca de cómo afrontar la comunicación intercultural, también menciona las distintas “subdisciplinas” que han surgido para hacer referencia a los “cuidados culturales”, estas son: “Enfermería Transcultural”, “Cuidados Globales de Enfermería” y la “Enfermería Antropológica”. Al igual que los artículos anteriores, estudios como el de Alpers y Hanssen (2014) concluyen que la experiencia vivida en el ámbito profesional por sí solo no es suficiente para el desarrollo de la competencia cultural, resaltando que el desarrollo de esta competencia debe ser integrado en la educación de pregrado, tanto en la teoría como en la práctica clínica. Así mismo menciona que la capacitación en competencias culturales debe ser un proceso continuo, complementado por reflexión crítica y retroalimentación.

También se tienen investigaciones que han abordado la evaluación de cursos referidos a la interculturalidad en salud, así como la transversalización de este enfoque a lo largo del currículo:

Por ejemplo, Jofre y Cerda (2017) reflexionan acerca del fenómeno migratorio que se viene dando los últimos años en Chile y la importancia de dotar a los enfermeros con formación que les permita brindar cuidados culturalmente sensibles mediante la adquisición de competencias culturales. El estudio analiza la incorporación del curso “Educación para la Salud y Multiculturalidad” en el currículo de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Chile, pasando de una primera versión de clases expositivo-participativas y talleres de reflexión, hacia una segunda versión dirigida a grupos culturales diversos en los centros de salud familiar, promoviendo así el encuentro cultural. Entre las opiniones obtenidas de los estudiantes, se destaca que, a pesar de que el curso es corto, las dinámicas de reflexión son pertinentes, así como la bibliografía, debido a que subrayan la importancia del contenido social del curso. Por otro lado, hay quienes opinan que estas temáticas deberían ser abordadas de manera transversal dentro del currículo. De igual modo, los docentes

participantes del curso también manifestaron la necesidad de “transversalizar el desarrollo de las competencias culturales en el plan de estudios, principalmente en el área del dominio troncal correspondiente a la gestión del cuidado”. El estudio coincide con otros autores en mencionar lo siguiente: si bien a nivel internacional las evidencias muestran algunas experiencias de incorporación del desarrollo de las competencias culturales a nivel curricular éstas no son cuantiosas, existe consenso de que la implementación representa algún grado de dificultad, se incentiva la formación de la competencia cultural de manera transversal en el currículo y desde el inicio del plan de estudios en todos los cursos de área disciplinar, promover el estímulo del deseo cultural hasta los encuentros culturales en los últimos años de formación y finalmente mencionan el desafío que tienen por delante los docentes para generar nuevas estrategias que contribuyan al desarrollo de estas competencias y de generar un modelo que permita avanzar en una gestión del cuidado más equitativa, inclusiva y con pertinencia cultural.

Por su parte, Gordon, McCarter y Myers (2016) estudiaron la incorporación de una serie de cursos antiracismo en el currículo de un programa de enfermería de pre grado, estos cursos surgieron a partir de las recomendaciones hechas en focus group organizados con los estudiantes, todo ello con el objetivo de mejorar sus competencias culturales. Una de las reflexiones más significativas, es que el hecho de tener un currículo con objetivos claros respecto a la competencia intercultural, tener financiamiento, personal diverso y el compromiso de la institución es fundamental para iniciar en la formación de profesionales competentes, pero con la consigna que es sólo el inicio en el camino de lograr alcanzar la competencia intercultural y que es en el desarrollo profesional y en las experiencias en donde se perfecciona.

En la investigación de Olukotun (2018) se analiza como las percepciones y opiniones de un grupo de estudiantes de enfermería de pregrado se forman, cambian y expanden respecto a personas distintas a ellos luego de llevar el curso de “Diversidad cultural”. El estudio recomienda tanto la transversalización de la diversidad cultural a lo largo del currículo, como la inclusión de cursos específicos, esto con la finalidad de llegar a una especie de sinergia entre ambas estrategias y

lograr un cambio en cuánto a la forma en que los estudiantes ven a los demás (distintos a su propia cultura), resaltando a su vez la importancia del rol docente en influenciar estos valores y actitudes a través de este tipo de cursos y a lo largo de la formación profesional.

En cuanto a la transversalización de la competencia intercultural en el currículo, autores como Sánchez (2018) mencionan que la noción de cultura debe ser introducida desde el principio en los programas de enfermería y enhebrado en todo el currículum, la autora considera importante que en los cursos se empiece principalmente porque cada alumno reconozca su propia cultura y la valores, esto como inicio de su formación en la competencia cultural. Por otro lado, Creech, et al. (2017) en su estudio longitudinal para evaluar la estructuración del currículo de un programa de postgrado de enfermería en función al desarrollo de la competencia cultural, enfatiza la idea de que los educadores deben incluir la competencia cultural en el currículo de los programas de enfermería y evaluar su efectividad para conocer los requerimientos o reformulaciones de los mismos, debido a que actualmente múltiples enfoques son aplicados en los programas de enfermería para promover competencias culturales. La literatura revisada en este último estudio sostiene que existe una falta de consenso entre los programas de enfermería en cuanto al contenido abordado y cómo debe ser integrada la competencia cultural en el currículo, según los autores los enfoques y métodos más utilizados en la literatura para lograr competencias culturales son los siguientes: abordaje transversal de la competencia en el currículo, cursos específicos que desarrollen esta competencia en las mallas curriculares, experiencias de inmersión cultural e inclusión de personas de diversas culturas dentro de sesiones de simulación.

Por su parte, Flood y Comendador en el 2016 realizaron un estudio con egresados de enfermería de una universidad de Hawai, cuyo propósito fue evaluar las perspectivas de estudiantes de enfermería de bachillerato sobre los conocimientos adquiridos en competencia cultural después de la integración de un enfoque de enfermería transcultural a través de todo el plan de estudios, para ello utilizaron una encuesta. El estudio identificó áreas que se podían mejorar en el programa evaluado, se percibieron a sí mismos como parcialmente preparados para brindar

atención cultural competente. Aspectos como exposición limitada y utilización de intérpretes, falta de modelos de rol y mentores, y falta de preparación para brindar consejería fueron las subsecciones de menor puntuación en la encuesta, mientras que el aprendizaje en el entorno clínico en comparación con el aula fue mejor favorecido.

En el 2018 Pitama, S. G., Palmer, S. C., Huria, T., Lacey, C., y Wilkinson, T., investigadores del Māori/Indigenous Health Institute (MIHI), de la Universidad de Otago, Nueva Zelanda, realizaron una revisión sistemática partiendo de la premisa de que la eficacia de la educación en competencias culturales de los profesionales de la salud para abordar las inequidades en salud de los grupos minoritarios es incierta; y, que la identificación de factores institucionales que dan forma o limitan el desarrollo de los planes de estudio pueden proporcionar conocimiento sobre el impacto de estos factores en los planes de estudio para el desarrollo de competencias culturales. De esta revisión surgieron 3 temas: Salud indígena como currículo emergente (impulsores del cambio institucional, aumento de capacidad y liderazgo indígenas y abordar el déficit del discurso), asignación de recursos institucionales a currículos de salud indígena (ubicación dentro del plan de estudios, asignación de tiempo y recursos que limitan la pedagogía) y el impacto del plan de estudios sobre los estudiantes (aceptabilidad del plan de estudios, el conocimiento del estudiante y comportamiento del estudiante). Durante el análisis de información los investigadores identificaron características de 23 estudios que evaluaron iniciativas curriculares de salud indígena dentro del plan de estudios de ciencias de la salud.

Un factor importante y bastante recurrente en los estudios que han analizado la competencia intercultural en los currículos de las ciencias de la salud es el énfasis que se les da a las experiencias de contacto clínico, a continuación, se detallan algunos de esos estudios:

Callen y Lee (2009) analizaron el desarrollo de un plan de educación intercultural e internacional para sus estudiantes con el objetivo de prepararlos para los cambios del mundo. Fueron promovidas múltiples experiencias de contacto intercultural de los estudiantes con el exterior, visitando poblaciones vulnerables de su propia

comunidad, otras comunidades cercanas y finalmente experiencias internacionales. Los autores sostienen que adquirir conocimientos culturales en las aulas y experiencias culturales en el exterior a través de contacto con poblaciones nacionales e internacionales, ayudan a fomentar la competencia cultural, de igual manera afirman que las principales limitantes para las experiencias culturales es el tiempo disponible y que si bien las experiencias brindadas por la universidad no logran una competencia intercultural completa, si brindan un inicio sólido para la formación de esta competencia en el transcurso de su vida profesional promoviendo sobre todo la conciencia cultural.

Ahn (2017), afirma que tener antecedentes de contacto con pacientes extranjeros, haber estudiado otros idiomas, tener formación previa en interculturalidad, visitas al extranjero o experiencias de inmersión cultural mejoran las competencias culturales de las enfermeras, también cuando hay material disponible en la propia institución sobre interculturalidad. En este estudio también se encontró que experiencias de inmersión cultural o experiencias de algún tipo en el extranjero de corta duración no tienen un impacto considerable en el aumento de la competencia cultural, siendo las estancias más largas las que están más vinculadas a mejoras en la conciencia y habilidad cultural.

Estudios como los de Larsen y Reif (2011) y Carpenter et al. (2011), citados Young y Lu (2018), sugieren experiencias de inmersión cultural como componentes necesarios para proporcionar experiencias culturales que faciliten el desarrollo de la competencia cultural estos autores señalan que la competencia cultural no es una habilidad que puede enseñarse en una clase o incluso en una sola experiencia de inmersión y podrá ser adquirida con el paso del tiempo, donde la educación continua y los encuentros culturales son necesarios para convertirse en un profesional culturalmente competente.

Además, también se tienen estudios que evalúan el desarrollo de competencias culturales desde las propias facultades:

En la investigación llevada a cabo por Díaz (2015), la cual tuvo un enfoque fenomenológico, se orientó en reconocer y comprender la percepción que tienen las directivas de una facultad de enfermería de Bogotá sobre la relación cultura-

cuidado de enfermería, el muestreo fue teórico y fueron seleccionadas seis directivas de la facultad, todas ellas con más de diez años de experiencia en educación universitaria y más de cinco años en la institución; como antecedente el estudio afirma que existen diversas actividades formativas en distintas facultades de enfermería que se orientan a éste propósito; sin embargo, se carece de documentación que dé cuenta de los logros alcanzados, de su seguimiento o evaluación y especialmente de la sistematización del proceso y la forma como se expresa en relación al cuidado, existiendo un vacío metodológico y de rigor en el diseño e implementación de estrategias en el desarrollo de competencias culturales, así mismo son escasos los avances a nivel de habilidades para la valoración de aspectos culturales, aunque existen progresos en el logro de la conciencia cultural. El estudio afirma que, a partir de la información recogida, se reconocen dos enfoques de trabajo para desarrollar competencias para la comprensión cultural: El primero plantea su inclusión en los distintos cursos y a través de contenidos y actividades desde un abordaje transversal orientándose a reflexionar sobre la cultura de cada uno y su relación con el otro y con el entorno, para lo cual el docente debe estar en capacidad de visibilizar la identidad y particularidad cultural del otro, y tener el interés de hacerlo, es decir, haber desarrollado esta competencia, por consiguiente, el estudio de Díaz (2015) aporta con sugerencias orientadas a empoderar a los docentes en la construcción de didácticas que sensibilicen frente al interés por el acercamiento cultural y por su inclusión en las diferentes etapas del proceso de atención de enfermería, también afirma que el docente es un actor clave que facilitará por modelamiento o por transmisión directa la adquisición de competencias culturales “desde un proceso dinámico y cíclico de conocimiento-experiencia-reflexión-experiencia, relectura del conocimiento”. El segundo enfoque propone ajustes en el plan de estudios con “espacios académicos asociados al área Socio-humanística”, es decir que en los planes de estudio se facilite a los estudiantes tener una visión completa, fortaleciendo sus habilidades para que avance desde el conocer al comprender, que le permita tener contacto y apertura a la diversidad a través de distintas materias. Indican finalmente que el desarrollo de la competencia intercultural es

procesual y se consolida a medida que avanza la formación y el estudiante tiene oportunidades de contacto con diversidad de docentes, grupos y sujetos de cuidado.

Modelos teóricos para la competencia cultural: Campinha-Bacote y Purnell.

El proceso de la competencia cultural en la entrega de servicios de salud

Este modelo de cuidado propuesto por Josepha Campinha-Bacote ve la competencia cultural como el proceso continuo en que el proveedor de atención médica se esfuerza continuamente por lograr la capacidad de trabajar eficazmente dentro del contexto cultural del cliente (individuo, familia, comunidad). Este modelo requiere que los proveedores de atención médica se vean a sí mismos en “proceso de volverse culturalmente competentes” en lugar de ser ya culturalmente competentes. Para la autora lograr la competencia cultural implica haber desarrollado 5 dimensiones previas: deseo cultural, conocimiento cultural, conciencia cultural, habilidades culturales y encuentros culturales. (Campinha-Bacote, 2002)

- Conciencia cultural: Definida como el autoexamen y la exploración a profundidad de la propia experiencia cultural y profesional. Este proceso implica el reconocimiento de los prejuicios de uno, prejuicios y suposiciones sobre individuos que son diferentes.
- Conocimiento cultural: Es el proceso de buscar y obtener una base educativa sólida sobre la diversidad cultural y los grupos étnicos. Al obtener esta base de conocimientos, el proveedor de cuidados de la salud debe centrarse en la integración de tres cuestiones: creencias y valores culturales relacionados con la salud, incidencia de enfermedades y prevalencia y eficacia del tratamiento. Obtener conocimiento cultural sobre las creencias y valores relacionados con la salud del cliente implican comprender su cosmovisión. La cosmovisión del cliente explicará cómo él / ella interpreta su enfermedad y cómo esta guía su pensamiento, sus acciones y su ser. La incidencia y prevalencia de

enfermedades entre grupos étnicos es la segunda cuestión que el proveedor de atención médica debe abordar, esto requiere obtener conocimientos relativos al campo de la ecología biocultural. La incidencia de las enfermedades varía entre las poblaciones, los proveedores de salud que no tienen datos epidemiológicos precisos para orientar las decisiones sobre tratamiento, educación para la salud, detección y tratamiento no podrán tener un impacto positivo sobre los resultados de la atención de la salud de población diversa culturalmente. La eficacia del tratamiento es el tercer problema, esto implica la obtención de conocimientos en áreas como la farmacología de la etnia. La farmacología étnica es el estudio de variaciones en el metabolismo de las drogas entre grupos étnicos.

- **Habilidad cultural:** Es la capacidad de recopilar datos culturales relevantes con respecto al problema que presenta el cliente, así como realizar con precisión una evaluación física basada en la cultura. Este proceso implica aprender a llevar a cabo actividades culturales relacionadas a la evaluación y valoración del cliente (individuo, grupos y comunidades) con pertinencia cultural.
- **Encuentro cultural:** Es el proceso que fomenta la participación directa del proveedor de atención de salud en interacciones interculturales con clientes de orígenes culturalmente diversos. Estas interacciones permitirán refinar o modificar creencias existentes sobre un grupo cultural y evitará posibles estereotipos que pudiera tener el proveedor de salud, sin embargo los proveedores de salud deben saber que interactuar con solo tres o cuatro miembros de una comunidad específica no los convertirá en expertos en este grupo cultural, ya que esta pequeña muestra pueden o no representar las creencias, valores o prácticas de su cultura. Los encuentros culturales también implican una evaluación de las necesidades lingüísticas.
- **Deseo cultural:** Es la motivación del proveedor de atención médica de querer, en lugar de tener que, participar en el proceso de volverse

culturalmente consciente, culturalmente conocedor, culturalmente hábil y familiarizarse con los encuentros culturales. El deseo cultural involucra el concepto de cuidado, se ha dicho que a las personas no les importa cuánto sabes hasta que se enteran por primera vez cuánto te importa. No es suficiente que el proveedor de atención médica diga que respeta los valores, creencias y prácticas de un cliente o tener conocimiento acerca de tratamientos específicos para una etnia en particular basados en la literatura. Lo que es de gran importancia es la motivación real o deseo de brindar atención culturalmente sensible. El deseo cultural incluye una pasión genuina por ser abierto y flexible con los demás, aceptar las diferencias y basarse en similitudes y estar dispuesto a aprender de los demás informantes culturales. Este tipo de aprendizaje es un proceso que dura toda la vida. (Campinha-Bacote, 2002)

El Modelo Purnell de Competencia Cultural en Profesionales de la Salud.

La particularidad de este modelo es su aplicabilidad a todas las profesiones de la salud. Publicado en 1999, el desarrollo del modelo constituye un acercamiento etnográfico que promueve la comprensión cultural de situaciones humanas durante períodos de enfermedades, y el mantenimiento y promoción de la salud. (Purnell, 1999)

En la mayoría de comunidades se observan los destinatarios de cuidados de salud como continuamente intentando adaptarse a una sociedad cambiante, tratando de mantener sus valores y creencias más importantes, mientras que se influyen mutuamente con una sociedad diversificada, tecnológica y global. El Modelo Purnell es una conceptualización de múltiples teorías y una investigación basada en teorías administrativas, antropología, sociología, anatomía, fisiología, biología, psicología, religión, historia, lingüística, nutrición, y las escenas de las prácticas clínicas en enfermería y medicina.

Para Purnell (1999) la competencia cultural es una progresión no lineal, una persona gana competencia cultural, progresa, retrocede, y entonces progresa a un nivel más alto cuando él o ella obtiene conocimiento y habilidades adicionales y se

encuentra con personas de culturas diversas, es por ello que un profesional de salud competente culturalmente necesita tener conocimiento de su existencia, sensaciones, pensamientos, y ambiente sin permitir que estos factores tengan un efecto indebido en los destinatarios de sus cuidados. La Competencia cultural es, a si mismo, la adaptación del cuidado de salud de manera congruente con la cultura del cliente, y, por consiguiente, es un proceso consciente y no- lineal.

El Modelo Purnell cuenta con 12 dominios y sus conceptos fluyen de generales a específicos, el orden en el que los usan los profesionales del cuidado de salud variará. Por ejemplo, las personas devotas en temas de religión (p. Ej. Islam y Judaísmo) prescriben prácticas de nutrición y comunicación específicas, así que el proveedor del cuidado de salud necesitará empezar a recopilar información en el tema de la espiritualidad, en lugar de comenzar con uno de los otros dominios, los 12 dominios se detallan a continuación:

- Herencia, incluye conceptos relacionados con el país de origen, residencia actual, los efectos de la topografía del país de origen y la economía, política, causas de la emigración, modelo educativo y ocupación.
- Comunicación, incluye conceptos relacionados con el idioma y los dialectos; uso del contexto del idioma; y variaciones de la lengua tales como volumen de la voz, tono, entonaciones, reflexiones, y deseos de compartir pensamientos y sentimientos.
- Las formas de comunicación no-verbal, tales como el uso de contacto ocular, expresiones faciales, toque, idioma del cuerpo, prácticas de distancia espacial, y saludos aceptables; temporalidad en cuanto a pasado, presente, y futuro; orientación en la visión del mundo; reloj en contra de la concepción de tiempo social; y el uso de nombres, son también variables importantes en la comunicación.
- Roles y Organización Familiar, que incluyen conceptos relacionados con el jefe de la casa y los roles del género; roles familiares, prioridades, y tareas en el desarrollo de los niños y los adolescentes; prácticas en la crianza de niños; roles de los miembros viejos y extensiones familiares. El

estado social de los individuos y las familias en la comunidad; las perspectivas hacia una vida alternativa, el hecho de criar niños solo, el divorcio, la orientación sexual, y los matrimonios sin hijos, también se incluye en este dominio.

- Asuntos de Trabajo, incluye conceptos relacionados con la autonomía, aculturación, asimilación, roles del género, comunicación étnica, y prácticas del cuidado de la salud en el país de origen.
- Ecología Biocultural, incluye variaciones en orígenes específicos étnicos y raciales tales como el color de la piel y diferencias físicas en la estructura corporal; genética, aspectos hereditarios, endémicos, enfermedades relacionadas con la topografía y las diferencias en las formas en que se metabolizan las drogas en el cuerpo.
- Comportamientos del alto riesgo que incluyen el uso de tabaco, alcohol, y drogas de diseño; la falta de actividad física; el aumento en el consumo de calorías; el hecho de no usar medidas de seguridad tales como los cinturones de seguridad y los cascos; y prácticas sexuales de riesgo.
- Nutrición, incluye si se tiene comida suficiente para satisfacer el hambre; el significado de la comida; opciones de la comida, rituales, y tabúes respecto a ésta; deficiencias enzimáticas; y cómo en la comida se usan determinadas substancias de los alimentos para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Embarazo y Prácticas de Nacimiento, incluyen prácticas de fertilidad; métodos para controlar los nacimientos; visión del embarazo; prácticas prescriptivas, restrictivas, y tabúes relacionados con el embarazo, nacimiento y postparto.
- Rituales de la Muerte, incluyen cómo el individuo y la cultura ven la muerte, los rituales, las conductas de preparación para la muerte, y las prácticas del entierro. También se incluyen en este dominio conductas de pérdida.
- Espiritualidad incluye prácticas religiosas y el uso de la oración, conductas que le dan significado a la vida, y fuentes individuales de fuerza espiritual.

- Práctica de Cuidados de la Salud incluye el enfoque del cuidado de la salud como algo preventivo; las creencias tradicionales, mágico-religiosas, y biomédicas; la responsabilidad individual en la salud; prácticas de auto-cuidado y visión hacia la enfermedad mental, cronicidad, donación de órganos y trasplantes. Adicionalmente, la respuesta al dolor y el rol de enfermo están determinados por la cultura. Se incluyen barreras en el cuidado de la salud dentro de este dominio.
- Proveedor del Cuidado de la Salud incluye el estado, uso, y percepciones de los profesionales del cuidado de la salud desde una perspectiva biomédica, tradicional y mágico-religiosa. A su vez, el género del profesional del cuidado de la salud tiene importancia en algunos grupos culturales.

Competencia Intercultural

Según Lillo, Galao, Casabona y Mora (2004), con el paso del tiempo y el surgimiento del interés por el cuidado culturalmente competente, han surgido distintas sub disciplinas de enfermería avocadas a este tema, todas ellas utilizando términos variados pero que a la larga desembocan en el mismo interés: asegurarse que las necesidades de cuidados culturales de la sociedad global sean tratados por profesionales de los cuidados “culturalmente competentes” o que ejerzan la “competencia cultural aplicada a los cuidados”, es así que tenemos a la “Enfermería Transcultural” definida por Madeleine Leininger en 1978, “los cuidados globales de enfermería” de Meleis (1994) y la “Enfermería Antropológica” de Siles, Cibanal y Vizcaya (2001)

Otros organismos internacionales como la UNESCO (2017), ha declarado que las competencias interculturales:

“se relacionan con tener un adecuado y relevante conocimiento sobre culturas particulares, así como conocimiento general sobre la suerte de cuestiones que emergen cuando miembros de diferentes culturas interactúan, conservando actitudes receptivas que impulsen el establecimiento y mantenimiento del contacto con otros diversos. También

tener las habilidades requeridas para aprovechar el conocimiento y las actitudes al interactuar con otros.” (p. 20)

De igual forma los autores que proponen modelos para el logro de la competencia cultural como Purnell (1999) han manifestado acerca de la competencia cultural:

“La Competencia cultural se aprecia como una progresión no lineal. Una persona gana competencia cultural, progresa, retrocede, y entonces progresa a un nivel más alto cuando él/ella obtiene conocimiento y habilidades adicionales y se encuentra con personas de culturas diversas. El proveedor competente del cuidado de salud necesita tener un conocimiento de su existencia, sensaciones, pensamientos, y ambiente sin permitir que estos factores tengan un efecto indebido en los destinatarios de estos cuidados. La Competencia cultural es, así mismo, la adaptación del cuidado de salud de manera congruente con la cultura del cliente, y, por consiguiente, es un proceso consciente y no- lineal.” (p. 93)

En el 2007 el Panel de Expertos en Competencia Cultural de la Asociación Americana de Enfermería generó en consenso una definición de competencia cultural:

“es tener conocimiento, entendimiento y habilidades sobre un grupo cultural diverso que permite al profesional de la salud proporcionar cuidado cultural aceptable. La competencia es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia. La competencia cultural incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa qué preguntas hacer”. (Giger, Davidhizar, Purnell, Harden, Phillips y Strickland; 2007)

La literatura revisada utiliza distintos términos, así tenemos entre los más mencionados: “competencia cultural”, “competencia transcultural”, “competencia intercultural”, “competencia de comunicación intercultural” para fines de este estudio se adoptará el término “competencia intercultural”, teniendo como principal motivo, además de la literatura ya descrita, el concepto de la palabra “interculturalidad” que sugiere un espacio amplio de diálogo, consenso y encuentro

de dos culturas distintas como ocurre cuando un enfermero brinda atención y cuidado de salud a una persona de distinta cultura y surge en ellos la necesidad de entablar relaciones de servicio y acuerdos para un fin determinado, así como lo describe la definición de interculturalidad adoptada por UNESCO (2017):

“Intercultural describe lo que ocurre cuando los miembros de dos o más grupos culturales distintos (sea por tamaño o nivel) interactúan o influyen a otro de alguna manera, ya sea en persona o a través de distintas formas de mediación.... Una familia extendida, vecinos en el mismo edificio, colegas de trabajo, gente que practica un deporte particular, dedicarse a un pasatiempo, practicar una religión particular o aquellos cuyos familiares provienen de diferente ubicación geográfica: todos estos grupos se desarrollan dentro de subculturas o co-culturas— esto es, todos ellos tienen sus propios modos de ser en el mundo, sus propias expectativas, tradiciones y objetivos—. Entonces hasta lo que parece ser comunicación intercultural (entre miembros del mismo grupo cultural) frecuentemente requiere competencias interculturales sustanciales por parte de los participantes.” (p. 16)

De igual manera, la Defensoría del Pueblo del Perú en su Informe Defensorial N°169 “La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural”, ofrece la siguiente definición de interculturalidad:

“La interculturalidad se define como el reconocimiento y respeto de las diferencias existentes, bajo la concepción de que las culturas pueden ser diferentes entre sí, pero igualmente válidas, no existiendo culturas superiores ni inferiores. Este relacionamiento está basado en el diálogo en donde ambas partes se escuchan y enriquecen mutuamente, o sencillamente respeta sus particularidades. No se trata, pues, de imponer sino de dialogar para buscar concertar o articular.” (Defensoría del Pueblo, 2015, p. 26)

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En el Perú la Amazonía es la región que alberga la mayor cantidad de pueblos originarios, volviéndose por ello la región del Perú más diversa culturalmente (BDPI, 2019); por otro lado, sus indicadores socioeconómicos, epidemiológicos y de acceso a servicios de salud no son los mejores, configurándose bajo esta óptica como una región vulnerable (Díaz, Arana, Vargas-Machuca y Antiporta, 2015; MINCUL, 2015).

Las carentes condiciones en las que se encuentra la situación de salud de esta región, no solo es producto de la falta de acceso físico a servicios de salud en la región, la cual se caracteriza por tener la densidad de centros de salud y de recursos humanos más baja del país (OPS, 2019), sino por la falta de profesionales que puedan brindar atención coherente con la cultura de la población (MINSA, 2018), se ha demostrado que la falta de seguimiento en cuanto a tratamiento y controles de salud en pobladores de la Amazonía (sobre todo de zonas rurales e indígenas) se deben a barreras culturales entre la población y el equipo de salud que les atiende (Díaz et al., 2015) sobre todo en el ámbito comunicativo (Veliz-Rojas, Bianchetti-Saavedra y Silva- Fernández, 2019), el primero por sentirse vulnerado en sus creencias y el segundo por la falta de capacidad para lograr consenso entre la cultura del paciente, su propia cultura como profesional (que generalmente ha sido formado bajo un paradigma biologicista u occidental) y la cultura del sistema de salud (que frecuentemente tiende a homogeneizar a la población sin tener en cuenta sus características individuales) (Borrell y Godue, 2008; Plaza del Pino y Soriano, 2009). Por otro lado, la reciente concientización y cada vez más emergente necesidad de que los profesionales de la salud adquieran competencias interculturales para hacer frente a los nuevos desafíos de la sociedad, motivan a que el profesional enfermero desarrolle estas competencias teniendo en cuenta no solo la dimensión biológica del ser humano, sino también su dimensión cultural (CIE, 2007; CEP, 2009); por ejemplo, Estevan y Ruiz (2017) ponen de manifiesto las carencias en formación de competencias culturales de enfermeros en España y cómo ello se manifiesta en sus atenciones de salud; Narváez y Nayip (2012) afirman que la formación de recurso humano en interculturalidad supone la mejora en cuanto a competencia técnica y

humana del personal de salud, incluso instituciones reconocidas a nivel internacional como el Consejo Internacional de Enfermería (2007), la Academia Americana de Enfermería (2007) y el Consejo de Enfermeras Canadienses (2018) en sus distintas reuniones y declaraciones de posición han puesto sobre la mesa la importancia y necesidad de formar enfermeros para el desarrollo de competencias culturales como producto no solo de los recientes fenómenos sociales que vienen experimentando distintos países (olas migratorias), sino también del avance de la ciencia de enfermería y la reivindicación de los derechos de los sectores olvidados de la sociedad, en especial de los más vulnerables.

En la agenda de investigación de enfermería para América Latina y el Caribe definida por Cassiani, Bassalobre-García y Reveiz en el 2015 uno de los temas definidos como prioritarios fue el estudio de estrategias o enfoques que deberían insertarse en los planes de estudio con el propósito de formar enfermeros que puedan atender personas en su diversidad cultural; Jofre y Cerda (2017) también coinciden en mencionar que si bien a nivel internacional se ha tenido el estudio de experiencias en el desarrollo de competencias culturales a nivel curricular, la evidencia acumulada no es del todo cuantiosa y aún queda mucho por investigar en este campo, esto se condice con el estudio realizado por Lillo, Vizcaya, Domínguez y Galao (2004) en donde también remarcan la existencia de una base de conocimientos limitada acerca de la diversidad en el cuidado de la salud. En cuanto a la formación dirigida al logro de competencias culturales, Yilmaz, Toksoy, Direk, Bezirgan y Boylu (2017) estudiaron los efectos de haber llevado capacitación previa sobre interculturalidad en un grupo de enfermeras en Turquía, concluyendo que aquellas que llevaron algún tipo de formación previa demostraron tener una mayor sensibilidad intercultural (que es una de las dimensiones que componen la competencia intercultural) en comparación a las que no tuvieron ningún tipo de capacitación en el tema; Díaz en el 2015 muestra una visión más amplia sobre el desarrollo de competencias culturales desde los programas de formación de pregrado brindando recomendaciones sobre el contenido y estructura del currículo para el logro de competencias culturales y reflexiona acerca del importante papel del docente en ese contexto, en cuanto al estado del arte, coincide con otros

autores en expresar que la generación de conocimiento sobre competencia cultural se ha estado realizando, pero aún es insuficiente, más aún en el desarrollo de esta competencia desde el pregrado, pues se carece de investigaciones que den cuenta objetiva de los logros alcanzados, su monitoreo o evaluación y especialmente de la sistematización del proceso y la forma como se expresa en relación al cuidado de enfermería, todo ello demuestra que existe un evidente vacío metodológico en el diseño e implementación de innovaciones en cuanto a las competencias culturales. En el caso del Perú, si bien existen numerosas investigaciones que se adentran en el estudio de la interculturalidad en el país, aún son escasas las investigaciones que se centran en el estudio de la competencia cultural o intercultural en la educación profesional y muchos menos las investigaciones que se concentran en el estudio de estas competencias desde el currículo de las profesiones de salud.

En el caso de la región Amazónica, teniendo a Loreto como su departamento más grande y a la UNAP como la única universidad que oferta la carrera de enfermería en ese departamento, además de todas las características socioculturales y sanitarias particulares que ya se han descrito, se hace necesario conocer cómo se están formando los profesionales enfermeros desde el pre grado para hacer frente a los requerimientos de atención en salud de la población que tendrán a cargo y a quienes brindarán su servicio, esto con el fin de lograr no solo un diagnóstico situacional de la forma en que se ha incorporado la interculturalidad al currículo de la facultad de enfermería de la UNAP, sino para que esta información ayude a generar conocimiento sobre este campo en el país y así puedan surgir otras investigaciones a partir de los hallazgos y puedan proponerse mejoras para la formación de enfermeras y enfermeros con enfoque intercultural.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En relación con la problemática expuesta y a los antecedentes descritos, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se realiza la incorporación de la interculturalidad en el currículo del programa de enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana para el logro de competencias interculturales?

OBJETIVOS

General

Comprender como se incorpora la interculturalidad en el currículo del programa de enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP) para el desarrollo de competencias interculturales.

Específicos

- Caracterizar la incorporación de la interculturalidad en el programa de enfermería de la UNAP a partir documentos institucionales y documentos curriculares.
- Analizar las opiniones y percepciones de los estudiantes de enfermería de la UNAP con relación a la formación de competencias interculturales en su programa de estudios.
- Analizar las opiniones y percepciones de un docente con relación a la formación de competencias interculturales en el programa de estudios de enfermería de la UNAP.

DISEÑO METODOLÓGICO

De tipo cualitativa, esta investigación utiliza la metodología de estudio de caso propuesta por Creswell y Poth (2017).

Es *cualitativa* pues busca comprender la forma en que los individuos perciben y experimentan un fenómeno, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados en un ambiente natural y en relación con su contexto (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), además de ser un estudio centrado en un contexto específico, es de carácter interpretativo pues fue la autora quien filtró la realidad a través de su criterio, dándole sentido a la interpretación, buscándose comprender un fenómeno o un caso en profundidad (Bisquerra, 2009).

Es un *estudio de caso* pues se desarrolló análisis a profundidad de un solo caso (Creswell y Poth, 2017), se buscó conocer cómo funcionan todas las partes de este caso para generar una hipótesis y entender su funcionamiento a través de relaciones causales, en un contexto natural concreto y en un proceso dado,

entendiéndose por “caso” a aquellas situaciones o entidades sociales únicas que merecen interés de investigación (Bisquerra, 2009), tal y cómo se ha sustentado en secciones anteriores el hecho de haber elegido a la UNAP como institución para realizar la investigación.

En esta investigación la unidad de análisis es el currículo de la Facultad de Enfermería de la UNAP en función al desarrollo de competencias interculturales en sus estudiantes, este análisis se realizó desde múltiples fuentes documentales, como: revisión documentaria del currículo así como otros documentos o declaraciones oficiales de la institución que hayan tenido influencia en la incorporación de la interculturalidad al diseño curricular; y grupos focales y entrevista individual con estudiantes y docente.

El estudio constó de tres fases: La primera fue una revisión documentaria de todos los documentos curriculares (planes y programas de estudio, malla curricular, etc.) e institucionales (estatuto y reglamento universitario, etc.) e incluso declaraciones oficiales (misión y visión de la universidad y de la facultad, valores institucionales, etc.) que hayan incidido directa o indirectamente en la incorporación de la interculturalidad en el diseño curricular de la Facultad de Enfermería de la UNAP. La segunda fase consistió en recoger las percepciones de estudiantes del último año de formación de pregrado (internos de enfermería) mediante la realización de grupos focales y la tercera fase consistió en recoger las percepciones de un docente a través de entrevista semi estructurada.

Criterios de validez.

La investigación siguió los criterios de validez propuestos por Lincoln y Guba (1985), quienes propusieron 4 criterios de validez que debía seguir la investigación cualitativa al considerar los criterios de corte positivista (validez interna, validez externa, confiabilidad, y objetividad) como insuficientes para este tipo de investigación centrada en el sujeto de estudio y cómo éste interpreta y da significado a su realidad (Diaz, 2018).

Los criterios propuestos por Lincoln y Guba (1985) son los siguientes: credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmación.

1. Credibilidad: Los datos obtenidos deben mostrar la realidad tal y como la experimentan, sienten o interpretan los sujetos de estudio en un contexto y tiempo determinado (Diaz, 2018). Para cumplir con este criterio y evitar dificultades de interpretación, la investigadora tuvo una presencia prolongada en el campo (durante la revisión documentaria, grupos focales y entrevista), observación constante y recogida suficiente de datos para comprender el fenómeno estudiado. Además, se realizó la triangulación de las técnicas de recojo de información utilizadas y las fuentes (estamentos) consultadas, con el objetivo de mostrar no solo las convergencias en los hallazgos, sino también las discrepancias. De igual manera se incluyó la triangulación con la literatura y marco teórico, para contrastar los resultados con los de otros investigadores, de igual forma el retorno de los resultados a los informantes para que validen y confirmen las interpretaciones realizadas por la investigadora (Guba, 1989).
2. Transferibilidad: Al ser las situaciones estudiadas únicas e irrepetibles, no generalizables; se espera que los significados, las interpretaciones y las inferencias particularizadas del estudio puedan transferirse a otro contexto o situación similar. Para cumplir con este criterio y evitar dificultades de comparación se realizó una recogida minuciosa de datos.
3. Dependencia: El estudio da cuenta de la diversidad de experiencias recogidas, es por ello que para evitar la inestabilidad de los datos se recurrirá a utilizar métodos de recojo de información que se solapen y complementen (revisión documentaria, focus group, entrevista).
4. Confirmación: La data recogida y los resultados obtenidos serán neutrales, Lincoln y Guba sostienen que las investigaciones pueden verse afectadas por las preferencias del investigador, para evitarlo sugieren recurrir a la triangulación de datos y reflexión epistemológica (Guba, 1989). Para lograr cumplir con estos criterios se procurará la búsqueda de casos negativos o contradictorios que muestren la diversidad, contradicciones o tensiones de la data recogida; la descripción detallada del tiempo, contexto y los sujetos, la descripción detallada del proceso de investigación para futuras revisiones

y presentación de evidencias ante los entes correspondientes.

Población y muestra

Según las fases del estudio,

Primera fase:

1. Revisión documentaria:

Hernández et al. (2014) menciona que los documentos son una fuente muy valiosa de información, pues le servirá al investigador para “conocer los antecedentes de un ambiente, así como las vivencias o situaciones que se producen en él y su funcionamiento cotidiano y anormal” (p. 415). Para esta fase fueron seleccionados todos aquellos documentos institucionales o declaraciones oficiales en versión física o digital que aporten al estudio detallando o brindando información acerca de la interculturalidad como componente del diseño curricular de la Facultad de Enfermería. Para la revisión documental se clasificaron los documentos en 2 tipos:

1.1 Documentos institucionales

Son todos aquellos documentos o declaraciones que rigen a la UNAP, generalmente son transversales a toda la actividad universitaria e inciden por jerarquía en los documentos y declaraciones de las facultades que forman parte de la universidad. Generalmente estos documentos se encuentran disponibles online por la ley de transparencia y la ley de licenciamiento universitario. La población de estos documentos institucionales se encuentra compuesta por todos aquellos disponibles en la página web oficial de la UNAP, la muestra se conformó en función al muestreo por selección intrínseca (Martínez, 2011) el cual consistió en seleccionar todos aquellos documentos que a priori pudieran tener alcance en el currículo o alguna característica que pudiera incidir en el desarrollo de la competencia intercultural:

Cuadro 4

Lista de documentos institucionales seleccionados

N°	Nombre del documento	Tipo de fuente	Ubicación
1	Estatuto de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP)	Documento oficial interno	https://www.unapiquitos.edu.pe/gobierno/ESTATUTO-UNAP-MODIFICACIONES-EN-ASAMBLE-UNIVERSITARIA-POR-SUNEDO_16-1-2019.pdf
2	Reglamento general de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP)	Documento oficial interno	https://www.unapiquitos.edu.pe/gobierno/REGLAMENTO-GENERAL-UNAP.pdf
3	Reglamento académico de pregrado de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP)	Documento oficial interno	https://www.unapiquitos.edu.pe/transparenciaaa/Documentos_UNAP_2015/Doc_varios/RA_UNAP-APROBADO-01-04-15.pdf
4	Reglamento de admisión 2019 de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana (UNAP)	Documento oficial interno	https://www.unapiquitos.edu.pe/admision.php
5	Plan curricular, plan de estudios y malla curricular de la Facultad de Enfermería de la UNAP	Documento oficial interno	https://www.unapiquitos.edu.pe/enfermeria.php

1.2 Programas de estudio (sílabos) de la malla curricular de la carrera de enfermería.

Son todos aquellos programas de estudio de cada curso que compone la malla curricular de la carrera de enfermería, la población de documentos está compuesta por 32 sílabos, la conformación de la muestra se hizo mediante el muestreo por selección intrínseca (Martínez, 2011), para ello el criterio definido a priori fue consultar las sumillas² de los 32 cursos, disponibles en el Plan de estudios en cuyo caso debía mencionar o sugerir en su contenido, temáticas referentes a la competencia intercultural; producto del muestreo fueron seleccionados 12 documentos para ser analizados, los cuáles son los siguientes:

Cuadro 5

Lista de programas de estudio seleccionados

N°	Nombre	Tipo de fuente	Ubicación
1	Derecho constitucional y derechos humanos	Documento oficial interno	Dirección de escuela (Archivo digital)
2	Antropología	Documento oficial interno	Dirección de escuela (Archivo digital)
3	Realidad nacional y desarrollo regional amazónico	Documento oficial interno	Documento en físico
4	Enfermería en salud familiar y comunitaria 1	Documento oficial interno	Dirección de escuela (Archivo digital)
5	Nutrición y dietoterapia	Documento oficial interno	Dirección de escuela (Archivo digital)
6	Enfermería en salud mental y psiquiatría	Documento oficial interno	Dirección de escuela (Archivo digital)

² La sumilla es la sección del programa de estudio que contiene un resumen del contenido temático del curso.

7	Enfermería materno infantil	Documento oficial interno	Dirección de escuela (Archivo digital)
8	Enfermería en salud del adulto y adulto mayor 1	Documento oficial interno	Dirección de escuela (Archivo digital)
9	Enfermería en salud del niño y del adolescente	Documento oficial interno	Dirección de escuela (Archivo digital)
10	Salud complementaria	Documento oficial interno	Documento en físico
11	Enfermería en salud familiar y comunitaria 2	Documento oficial interno	Dirección de escuela (Archivo digital)
12	Interculturalidad en salud	Documento oficial interno	Documento en físico

Segunda fase:

2. Grupos focales:

Para Stott y Ramil (2014) un grupo focal es una discusión en grupos pequeños, entre 6 y 12 personas, dirigidas por un facilitador y que, habitualmente, dura entre una y dos horas. Según la literatura revisada el número de participantes en un grupo focal varía según distintos autores, para Creswell (2005) citado por Hernández et al. (2014) el número de participantes depende del tema tratado (de tres a cinco cuando se expresan emociones profundas; de seis a diez cuando los temas son más cotidianos), mientras que Sandoval (1996) considera de seis a ocho participantes. El formato y naturaleza de la sesión o sesiones depende del objetivo y características de los participantes, así como del planteamiento del problema (Hernández, et al., 2014).

La importancia de los grupos focales se centra en la dinámica de grupo que va a ayudar en los hallazgos, estudios, orientación y profundidad de los tópicos a tratar. Con frecuencia, los grupos se forman de acuerdo a ciertas

similitudes como género, edad, etc. “En los grupos focales, se anima a los participantes a expresar sus propias opiniones y a responder a las de los demás, y a abordar las cuestiones planteadas por el facilitador” (Stott y Ramil, 2014, p. 16).

El tipo de muestreo considerado para la formación de los grupos focales, en el caso de los estudiantes, fue el muestreo intencional por casos homogéneos, que es el más empleado para la conformación de grupos focales, pues lo que se busca es describir un grupo en profundidad. “El punto de referencia más común para elegir los participantes de un grupo focal es que estos posean algún tipo de experiencia común en relación con el núcleo temático al que apunta la investigación” (Sandoval, 1996).

Por ello, para la segunda parte de esta investigación, se organizaron dos grupos focales que permitieron explorar las opiniones y percepciones de los internos de la Facultad de Enfermería de la UNAP en relación al logro de competencias interculturales desde sus programas de estudio. La población escogida fueron los estudiantes del último año de formación (internos), 36 en total, la muestra estuvo conformada por estudiantes matriculados en el año en curso (2019), pertenecientes al último año de formación, quienes decidieron participar del estudio voluntariamente; el factor común de los participantes no solo fue su pertenencia al último año de la carrera, sino poseer experiencias comunes acumuladas durante sus años de formación al haber compartido no solo el plan de estudios, sino también docentes y haber rotado por sedes de práctica similares.

Se llevaron a cabo 2 grupos focales con los internos de enfermería, participando en total 12 estudiantes.

Tercera fase

3. Entrevista individual:

“La entrevista se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado). En la entrevista, a través de las preguntas y

respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema.” (Hernández et al., 2014, p. 403).

Para esta investigación se empleó una pauta de entrevista semiestructurada, este tipo de entrevista utiliza una pauta de tópicos o preguntas definidas y al mismo tiempo el entrevistador tiene la potestad de introducir otras adicionales para precisar conceptos y obtener más información del entrevistado (Hernández et al., 2014). En este caso se seleccionó a los entrevistados en base a los propósitos de la investigación, por ello se utilizó el muestreo intencional por criterio lógico, este tipo de muestreo implica trabajar todos los casos que reúnan algún criterio predeterminado de importancia (Sandoval, 1996), los profesores que fueron seleccionados para las entrevistas individuales fueron aquellos pertenecientes a la plana docente del año en curso, que hayan tenido a su cargo alguno de los cursos identificados previamente en la revisión documentaria como tributantes a la formación de competencias interculturales. Esta última fase se llevó a cabo en plena pandemia por el COVID-19, por lo que fue ejecutada de manera virtual a través del Google Meet, solo una docente decidió participar voluntariamente del estudio.

Instrumentos de recolección de datos

Para todas las fases del estudio se elaboraron 3 tipos de instrumentos:

1. Matriz de análisis de datos por categorías:

Para el logro del primer objetivo específico referido al análisis documental, planificado para recoger información a partir de documentos institucionales y documentos curriculares de la carrera de enfermería, se elaboraron dos matrices de análisis categorial abierto, es decir con categorías establecidas a priori y a la vez con posibilidad de ser ampliadas durante la recogida de datos según la información de interés que se fue recolectando. Las matrices se elaboraron en función al estudio de Pitama, et al. (2018), en donde, a partir de una revisión sistemática se establecieron características que evalúan

iniciativas curriculares de salud indígena para el desarrollo de la competencia cultural en planes de estudios de ciencias de la salud.

Dado que los documentos seleccionados para el análisis fueron de dos tipos, se estructuró una matriz para cada uno de ellos:

- Matriz para documentos institucionales: Para la recogida de información desde documentos institucionales, se propuso la siguiente estructura:

Cuadro 6

Estructura de matriz de análisis categorial para documentos institucionales.

Sección	Descripción
Documento	Nombre del documento.
Tipo	Según la clasificación propuesta por Bisquerra (2009), los documentos seleccionados pueden ser: documento oficial interno o documento oficial externo.
Contenido	Sección de texto, párrafo, que contiene información relevante.
Ubicación	Número de página donde se encuentra ubicado el texto.
Categoría	Categoría a la que pertenece el dato.

- Matriz para programas de estudio:
Para la recogida de información desde los programas de estudio de la malla curricular, se propuso la siguiente estructura:

Cuadro 7

Estructura de matriz de análisis categorial para programas de estudios.

Sección	Descripción
Asignatura	Nombre de la asignatura
Ciclo	Semestre o ciclo al cual pertenece el curso
Tipo de estudios	La Facultad de Enfermería de la UNAP clasifica las materias en cuatro tipos de formación: General,

	específica, disciplinar o especialidad, y complementaria o electiva (UNAP, 2015, p. 22-23)
Tipo de asignatura	Asignatura obligatoria o electiva.
Asignatura	Nombre de la materia
Número de horas lectivas	Cantidad de horas pedagógicas (45 minutos) destinadas a la asignatura: <ul style="list-style-type: none"> • Horas semanales: Número de horas semanales destinadas a teoría y práctica. • Horas semestrales: Número de horas semestrales destinadas a teoría y práctica.
Número de créditos	Cantidad de créditos destinados a la asignatura, pueden ser créditos por horas de teoría o por horas de práctica.
Pre-requisitos	Cursos que son de aprobación obligatorios para avanzar en la malla curricular.
Competencia general	Competencia declarada en el programa de estudios de la asignatura.
Sumilla	Texto íntegro de la sumilla declarada en el programa de estudios.
Contenido temático	Temas o contenido de la asignatura que hagan referencia a la formación de la competencia intercultural.
Aporte a la C.I.	Tributación total o parcial a la formación de la competencia intercultural.
Número de sesiones	Cantidad de sesiones destinadas a los temas que tributan a la competencia intercultural.
Metodología de enseñanza aprendizaje	Metodología declarada para el tema seleccionado.

Salidas de campo	Visitas de campo contempladas en el programa de estudios que tributen a la competencia intercultural (número de visitas, sedes)
Prácticas clínicas:	Prácticas clínicas contempladas en el programa de estudios que tributen a la competencia intercultural (número de rotaciones, sedes).

2. Pauta o guía de entrevista a grupos focales:

La guía de entrevista para grupos focales, al igual que para entrevistas individuales, pueden ser estructuradas, semi estructuradas o abiertas (Hernández et al., 2014); para esta investigación se optó por elaborar una guía semi estructurada para que la moderadora tenga la libertad de incorporarle a los temas que se fijan previamente, otros que considere necesarios o surjan durante la sesión y sean atingentes al objetivo de investigación.

Para el logro del segundo objetivo específico referido al análisis de las percepciones y opiniones de los estudiantes se elaboró una pauta de entrevista para grupos focales, ésta se elaboró siguiendo la estructura descrita en el Cuadro 8, está compuesta por 29 preguntas, según la clasificación propuesta por Mertens (2005, citado por Hernández, 2014), las preguntas que componen el instrumento se distribuyen y clasifican de la siguiente forma: 8 preguntas que exploran conocimiento, 10 exploran antecedentes, 6 exploran opiniones y 5 exploran la expresión de sentimientos.

Para la validación de contenido del instrumento por juicio de expertos, se tuvieron en cuenta las recomendaciones de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008): se seleccionaron a cuatro expertos considerando su formación académica, experiencia y reconocimiento por la comunidad de investigación, fueron consultados 3 docentes del Departamento de Educación en Ciencias de la Salud de la Universidad de Chile y una especialista de interculturalidad en Perú. Al concluir el periodo de solicitud de evaluación de los instrumentos, se tuvieron las retroalimentaciones de 3 de ellos con las cuales se realizaron las modificaciones correspondientes. Antes de realizar los grupos focales con

la población de estudio se ejecutó una prueba piloto con 3 estudiantes del séptimo ciclo de la Facultad de Enfermería de la UNAP.

Al igual que en los instrumentos para revisión documental, las pautas de entrevista a grupos focales y entrevistas individuales se han construido en base al estudio de Pitama et al. (2018), estructurándose ambas pautas en siete secciones (Enfoque intercultural, Diseño curricular, Estrategias de enseñanza aprendizaje, Estrategias de evaluación, Experiencias clínicas, Desempeño docente y Opinión de la formación brindada), las cuales también se refieren a las 7 categorías de análisis de información que se proponen más adelante.

3. Pauta de entrevista individual:

La pauta o guía de entrevista individual se elaboró con el objetivo de realizar entrevistas semi estructuradas a los docentes participantes, para que la moderadora pudiera alternar preguntas espontáneas, a discreción, con las preguntas comprendidas en la pauta (Stott y Ramil, 2014)).

Para el logro del tercer objetivo específico referido al análisis de las percepciones y opiniones de los docentes se elaboró una pauta de entrevista individual semiestructurada que ha seguido la estructura descrita en el Cuadro 8, está compuesta por 28 preguntas, según la clasificación propuesta por Mertens (2005, citado por Hernández, 2014), las preguntas que componen el instrumento se distribuyen y clasifican de la siguiente forma: 2 preguntas que exploran conocimientos, 12 exploran antecedentes, 12 exploran opiniones, 1 explora la expresión de sentimientos y 1 explora simulaciones.

Para la validación de contenido del instrumento por juicio de expertos, se tuvieron en cuenta las recomendaciones de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008): se seleccionaron a cuatro expertos los cuales fueron los mismos que revisaron la guía de entrevistas para grupos focales. Al concluir el periodo de solicitud de evaluación de los instrumentos, se tuvieron las retroalimentaciones de 3 de ellos con las cuales se realizaron las modificaciones correspondientes. Para este instrumento y debido a la dificultad de acceso ocasionados por la crisis sanitaria del COVID-19, no se realizó prueba piloto.

Consideraciones éticas y consentimiento informado

El proyecto fue presentado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH) de la Universidad de Chile el cual fue aprobado con fecha 15/11/2019, de igual forma el proyecto fue presentado y aprobado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana el 02/10/2019.

La investigación se ha regido bajo los Siete Requisitos Éticos de Ezekiel Emanuel (1999), entre ellos se ha contemplado: mantener la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos, comunicar a los sujetos acerca de sus derechos como participantes e información oportuna en cuánto a riesgos y condiciones de participación y retiro.

Se elaboraron dos tipos de consentimiento informado: uno para estudiantes y otro para docentes, en ambos casos los participantes recibieron una copia firmada del documento. Las grabaciones, transcripciones y otros generados como producto del recojo y sistematización de la información se encuentran bajo cautela de la investigadora tanto en formato físico o digital.

Procedimiento de obtención de información

Las 3 fases de recogida de información se ejecutaron de la siguiente forma:

Fase 1: Revisión documentaria.

Se recolectó la documentación según el tipo de muestreo descrito anteriormente tanto en sus versiones electrónicas, como en sus versiones en físico para lo cual se solicitaron los permisos correspondientes cuando fueron necesarios, dado que parte de los documentos consultados son de dominio público y se encuentran en la web institucional de la universidad. Los estamentos fueron agrupados tanto en documentos institucionales (de la universidad y de la facultad), como documentos curriculares (plan de estudios, malla curricular, programa de estudios de cada curso).

Fase 2: Entrevistas a grupos focales:

Para esta fase se hicieron coordinaciones anticipadas para invitar y detallar el

objetivo de la investigación a los estudiantes, esto se hizo con la colaboración del delegado de curso, para lo cual se preparó una invitación describiendo brevemente la investigación y se realizó una prueba piloto previa a la ejecución. Se organizaron 2 grupos focales dada la disponibilidad de horarios de los participantes, ambas sesiones fueron registradas en audio previa lectura y firma del consentimiento informado.

Fase 3: Entrevista individual:

Para esta fase se recurrió a la virtualidad dado que el contexto de pandemia limitó los vuelos y viajes a Iquitos. Para ello se envió correos electrónicos a los docentes muestreados, recibiendo la respuesta de participación de una docente, la entrevista fue virtual y registrada en audio y video previo envío y lectura del consentimiento informado.

Sistematización y análisis de la información

Ambos procesos de sistematización de información se fundamentan en las recomendaciones de Sandoval (1996):

1. Revisión documentaria:

La información se organizó en 2 matrices de análisis categorial, una para documentos institucionales y la segunda para documentos curriculares en Microsoft Excel 2016.

2. Entrevistas a focus group:

Ambos focus group ejecutados fueron transcritos inicialmente con la herramienta para subtitular audio de Youtube y luego corregidos manualmente y almacenados en Microsoft Excel 2016.

3. Entrevista individual:

La entrevista fue transcrita inicialmente con la herramienta para subtitular audio de Youtube y luego corregida manualmente y almacenada en Microsoft Excel 2016.

Para el análisis de la información se construyó un sistema de categorías para facilitar el análisis de los distintos tópicos que se esperaban estudiar, según

Cabrera (2005) estas categorías podían ser definidas previo al recojo de datos o podían ser emergentes como producto del levantamiento de la información. En este caso, las categorías fueron construidas previamente y están basadas en la investigación de Pitama, et al. (2018), quienes en su revisión sistemática identificaron características de 23 estudios que evaluaban iniciativas de incorporación de salud indígena al curriculum de profesiones de la salud para el logro de competencias culturales.

Las categorías definidas fueron las siguientes:

Cuadro 8

Categorías definidas para el análisis de información.

Sección	Descripción
Enfoque intercultural	Categoría destinada a explorar los conceptos o ideas de los entrevistados acerca de la interculturalidad como un significado no aislado, sino inmerso en su vida personal, familiar, comunitaria e incluso en su campo académico, expresado en costumbres, creencias o tradiciones arraigadas en su entorno. Contempla también las opiniones que surjan de los conflictos de estas costumbres, creencias o tradiciones frente a los conocimientos adquiridos durante la formación profesional.
Diseño curricular	Categoría destinada a explorar las características y opiniones referidas a la malla curricular, cursos electivos u obligatorios, cursos de formación general o profesional que hayan tributado parcial o totalmente a la formación de la competencia intercultural de los estudiantes.
Estrategias de enseñanza aprendizaje	Categoría destinada a explorar las características u opiniones acerca de las estrategias de enseñanza - aprendizaje utilizadas por los docentes de cualquier curso que haya tributado total o parcialmente a la formación de la competencia intercultural de los estudiantes.

Estrategias de evaluación	Categoría destinada a explorar las características u opiniones acerca de las estrategias de evaluación utilizadas por los docentes de cualquier curso que haya tributado total o parcialmente a la formación de la competencia intercultural de los estudiantes.
Experiencias clínicas	Categoría destinada a explorar las características u opiniones acerca de las sedes de práctica clínica, comunitaria o de internado a la que hayan podido asistir los alumnos y que hayan estado ubicadas en poblaciones nativas, rurales o en su defecto donde hayan podido tener contacto clínico o experiencias con pacientes o poblaciones culturalmente diversos.
Desempeño docente	Categoría destinada a explorar las características u opiniones acerca del desempeño de los docentes de cualquier curso que haya tributado total o parcialmente a la formación de la competencia intercultural de los estudiantes.
Opinión de la formación brindada	Categoría destinada a explorar cualquier descripción u opinión respecto a la formación académica brindada a los internos durante todos sus años de estudio en función al logro de la competencia intercultural y del perfil específico del egresado declarado por la facultad.

Triangulación de la información

Una vez recopilada y sistematiza la información, se procedió al proceso de triangulación.

“La triangulación de datos está relacionada con sintetizar datos y comprobar la validez de la información recopilada por un investigador. En el estudio de caso esto conlleva volver a contrastar los datos de la investigación, obtenidos de primera mano sobre el terreno, con los de fuentes secundarias tales como una documentación más extensa, estadísticas y otros.” (Stott y Ramil, 2014, p. 22)

En esta investigación el proceso de triangulación utilizado se basó en las recomendaciones de Cabrera (2005):

1. **Triangular la información por cada estamento:** En esta investigación se han considerado tres tipos de estamentos: documentación, estudiantes y docente. Para analizar la información procedente de estos tres estamentos se utilizó el procedimiento inferencial, el cuál consistió en ir estableciendo conclusiones ascendentes,

“agrupando respuestas relevantes por tendencias ... en un proceso que distingue varios niveles de síntesis, y que parte desde las subcategorías [conclusiones de primer nivel], pasa por las categorías [conclusiones de segundo nivel o categoriales] y llega hasta las opiniones inferidas [conclusiones de tercer nivel] en relación con las preguntas centrales que guían la investigación.” (Cabrera, 2005, p. 68).

2. **La triangulación de información entre estamentos:** Como siguiente paso en el proceso de análisis, se procedió a establecer relaciones de comparación entre los sujetos, por tipo de estamento, en función a los tópicos indagados. Es decir, se establecieron comparaciones entre las conclusiones obtenidas por cada sujeto y se compararon sus resultados con sus pares; así por ejemplo, en el caso del análisis de documentos se procedió a comparar los resultados entre sí. Cabe resaltar que, para establecer relaciones de comparación más significativas, estas se realizaron a partir de las conclusiones de segundo nivel.
3. **Triangulación de distintas fuentes de información:** En esta investigación se han considerado tres fuentes de información: Documentos, estudiantes y docente. La comparación de información entre las distintas fuentes se realizó a partir de las conclusiones de segundo nivel o categoriales, así por ejemplo, si el programa de estudios mencionó que se recurrirá al uso de paciente simulado para enseñar sobre comunicación intercultural, se corroboró esta información con lo expresado por los estudiantes en los grupos focales y lo expresado por la docente entrevistada.
4. **Triangulación con el marco teórico:** Finalmente las conclusiones obtenidas de los estamentos estudiados y de las fuentes de información fueron comparadas con la bibliografía seleccionada del marco teórico para realizar un

análisis reflexivo sobre lo que la literatura indica acerca de los tópicos estudiados.

EJECUCIÓN

Ejecución de la primera de fase de la investigación: Revisión de documentos curriculares e institucionales.

Para el logro del primer objetivo específico se procedió a ejecutar la primera fase de la investigación, la cual consistió en la revisión de documentos curriculares e institucionales que tuvieran relación con la formación en competencias interculturales.

Fueron recolectados 5 documentos digitales de la web de la universidad y de la Facultad de Enfermería, cuatro eran documentos institucionales transversales, tanto en jerarquía como en alcance, a todas las facultades, organizaciones y ámbitos de la UNAP; el quinto documento era exclusivo de la Facultad de Enfermería.

También se hizo el pedido de los programas de estudio de cada curso que compone la malla curricular de la carrera, fueron facilitados 23 documentos virtuales por parte de la Dirección Académica de la Facultad de Enfermería de la UNAP, quedaron pendientes 8 programas de estudio que no se encontraban disponibles en el archivo, por lo que estos fueron conseguidos en formato físico.

Ejecución de la segunda fase de investigación: Ejecución de grupos focales con internos de enfermería.

Para el logro del segundo objetivo específico se procedió a ejecutar la segunda fase de la investigación, la cual consistió en realizar grupos focales con internos de enfermería de la UNAP.

Para la ejecución de esta fase, la decana de la facultad facilitó la lista de los 36 internos de enfermería. Durante 2 días se organizaron 2 grupos focales, lográndose la participación de 12 estudiantes en reuniones que tuvieron una duración de 1 hora y 20 minutos en promedio. Los grupos focales se llevaron a cabo sin mayores inconvenientes.

Ejecución de la tercera fase de investigación: Ejecución de entrevista individual con docente.

Para el logro del tercer objetivo específico se procedió a ejecutar la tercera fase de la investigación, la cual pretendía realizar entrevistas individuales con los docentes de la Facultad de Enfermería de la UNAP.

Para realizar las entrevistas individuales se tuvieron inconvenientes de accesibilidad, dado que se cursó con periodos de vacaciones docentes y la contingencia sanitaria por el COVID-19. De igual manera, se trató de organizar reuniones con algunos docentes que estuvieron disponibles en enero (que fue el mes donde se viajó a realizar grupos focales con los internos), pero hubo negativa y resistencia a participar de manera individual por parte de ellos.

Una vez iniciada la cuarentena nacional no se pudo viajar a Iquitos y por ende se buscó ejecutar las entrevistas virtualmente, se definió una muestra de 5 docentes a entrevistar, se recibió respuesta de una sola docente.

En el contexto del COVID-19, Iquitos fue una de las regiones más golpeadas por el coronavirus en Perú; dado que muchos docentes de la facultad trabajan en el sector público sanitario se entiende su falta de respuesta a la invitación dado que las circunstancias dejaban poco espacio para destinar a otras actividades que no sean la vida laboral y la protección y atención de la familia.

RESULTADOS

Durante el proceso de análisis de resultados, se decidió desestimar las categorías de estrategias de enseñanza aprendizaje y de evaluación, pues se consideró que no aportaban significativamente a los objetivos de esta investigación.

Resultados de la revisión de documentos curriculares e institucionales.

A continuación, se presentan los principales resultados encontrados según las categorías de análisis definidas.

El enfoque intercultural

En distintos documentos institucionales la UNAP ha declarado frecuentemente a la

interculturalidad como un enfoque característico de su gestión, su filosofía institucional y como eje que le permite afirmar y transmitir la identidad cultural de la región Loreto, partiendo por su definición institucional, la UNAP se define como una “comunidad académica (...) con enfoque intercultural, respeto a la biodiversidad amazónica y responsabilidad social en el marco del desarrollo sostenible” (UNAP, 2018a, p. 9). Declara al pluralismo, junto con la tolerancia, el diálogo intercultural y la inclusión como parte de los 16 principios que rigen su actividad definiendo a este grupo de principios como “la aceptación y el reconocimiento de la existencia de diferentes culturas y pensamientos” (UNAP, 2018a, p. 9).

Lo mismo sucede con la declaración de sus fines institucionales, se han identificado 2, de los 10 declarados, que se relacionan al enfoque intercultural, el primero hace alusión a la formación de profesionales contextualizados a la problemática de su región: “formar profesionales de alta calidad, de manera integral y con pleno sentido de responsabilidad social de acuerdo con las necesidades de la región [Loreto]” (UNAP, 2018a, p. 10), el segundo fin alude a la transmisión de la cultura amazónica: “afirmar y transmitir las diversas identidades culturales de la región” (UNAP, 2018a, p. 10).

El enfoque intercultural de la UNAP se reafirma aún más desde el contenido de la misión institucional donde la universidad declara explícitamente esta orientación: “Brindar formación profesional (...) con enfoque intercultural, respeto a la biodiversidad amazónica y responsabilidad social en el marco del desarrollo sostenible”, de igual manera la misión de la Facultad de Enfermería también hace referencia a la interculturalidad, declarando lo siguiente “Primera en formar profesionales en enfermería (...) competentes en el cuidado a la persona en sus diferentes dimensiones y etapas del ciclo vital, respetando su cultura” (UNAP, 2016, p.7).

Más allá de la declaración del enfoque intercultural en documentos institucionales se ha encontrado evidencia de otras expresiones que tributan o hacen referencia a este enfoque, es así que la UNAP cuenta con una modalidad especial de admisión universitaria dirigida a miembros de pueblos indígenas amazónicos la cual se fundamenta en el Convenio N°169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales, y

en un convenio firmado con AIDSESEP (Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana), dicha modalidad consiste en un examen elaborado especialmente para este tipo de comunidades, contempla además una evaluación de dominio de lengua nativa por parte del postulante (UNAP, 2018b, p.41), en cuanto a las vacantes reservadas por cada carrera, para el proceso de admisión 2019 no se reservó ninguna vacante de esta modalidad para enfermería y tampoco de otra profesión de la salud (UNAP, 2018b, p.52); sin embargo, se tiene registro que en las postulaciones de los años 2015 y 2016 si se reservaron vacantes de admisión para enfermería, se desconoce el motivo de esta variación.

Otra orientación hacia el enfoque intercultural la encontramos en la importancia que se da al dominio de lenguas nativas, si bien a los postulantes procedentes de comunidades indígenas se les pide demostrar dominio de su lengua materna en el proceso de admisión, la UNAP también considera la enseñanza de un idioma extranjero o lengua nativa de la región amazónica de manera obligatoria en los estudios de pregrado (UNAP, 2018a, p.23; UNAP, 2015b, p.5); para la obtención de algún grado académico (bachiller, magister o doctor) el reglamento también contempla el conocimiento del idioma nativo o idioma extranjero como requisito indispensable para titulación (UNAP, 2018a, p.24).

La Facultad de Enfermería también expresa un claro enfoque intercultural, empezando por el perfil de ingresante, el cual expresa lo que se espera de un futuro estudiante de la facultad: “compromiso social, comprensión y tolerancia hacia la diversidad” (UNAP, 2016, p.8); la orientación se hace más concreta en la declaración de competencias del perfil de egresado de la facultad “El egresado de la carrera de Enfermería, cuidará a la persona, familia y comunidad, aplicando estándares de calidad, considerando el contexto intercultural y la participación de los actores sociales”(UNAP, 2016, p.9).

Al analizar en específico el plan de estudios de la carrera podemos observar que desde la justificación del programa se declara que la carrera tiene compromiso con la realidad nacional y expresa su participación en la solución de los problemas sanitarios que afectan al país (UNAP, 2016, p.14), reconociendo que la sociedad espera de la práctica de enfermería “nuevas formas de acción que logren modificar

las tradicionales bases epistemológicas de la disciplina, de manera tal que la prestación de servicios comience a estar en consonancia con las necesidades concretas que día a día plantea nuestra población [la población Loreтана]” (UNAP, 2016, p.15).

El diseño curricular

La UNAP contempla en sus documentos institucionales ciertas directrices orientadas a la formación de la competencia intercultural y que tienen incidencia en el diseño curricular de las distintas carreras, es así que en el artículo 61 de su estatuto, declara a los estudios generales como obligatorios en el pregrado, con un número no menor de 35 créditos, de carácter integral y orientados a “desarrollar competencias vitales y necesarias para el ser humano y la sociedad” (UNAP, 2018a, p.23), encaminándose, entre otras temáticas, a la realidad amazónica y el compromiso con el medio sociocultural y preservación del medio ambiente.

La facultad también hace referencia a la finalidad de su diseño curricular, el cual se orienta al cumplimiento de una filosofía educativa acorde con los desafíos de la realidad regional y nacional (UNAP, 2016, p.16).

Al adentrarse en el diseño curricular de la carrera de enfermería se observa cómo este declara estar basado en un enfoque por competencias,

“orientado a lograr mayores y mejores resultados de aprendizaje, una mayor relación entre la teoría y la práctica, así como un mayor vínculo con el ámbito laboral, con la finalidad de cumplir el perfil del egresado, en espera de contar con un profesional competente para solucionar los álgidos problemas sociales, de salud y del entorno ambiental” (UNAP, 2016, p.10)

De los 12 cursos seleccionados que tributaban total o parcialmente a la competencia intercultural, 3 corresponden a estudios generales, 1 a estudios específicos, 6 a estudios disciplinares o especialidades y 2 cursos son electivos, la lista se detalla en el Cuadro 9.

De los 4 cursos que tributan totalmente a la competencia intercultural, 2 son electivos (Salud complementaria e Interculturalidad en salud) y los otros 2 son obligatorios, quiere decir que no todos los egresados han llevado estas materias,

además los 2 cursos obligatorios que tributan totalmente a la competencia intercultural son generales, dictados por otros departamentos, por ende la formación no se da a nivel de cuidado de enfermería aplicado, sino a nivel de conocimiento y familiarización con el contexto social, cultural de la comunidad, es decir se orienta más al marco teórico, pero no como conocimiento aplicado directamente al cuidado de la salud.

Cuadro 9

Cursos que tributan total o parcialmente a la competencia intercultural

Ciclo	Tipo de Estudios	Tipo de asignatura	Asignatura	Pre Requisitos	Departamento académico	Referencia a competencia intercultural
1	General	Obligatorio	Derecho constitucional y derechos humanos	Ninguno	Otras carreras profesionales.	Se identificó que este curso tributa de forma parcial a la competencia intercultural, dado que una sola unidad dentro del contenido hace referencia a la interculturalidad, declara que tiene como propósito “aportar al análisis y explicación del Derecho Constitucional, interpretar y valorar los Derechos Humanos y la Dignidad humana” (UNAP, 2016, p. 26).
2	General	Obligatorio	Antropología	Filosofía y epistemología	Otras carreras profesionales.	Se identificó que este curso tributa de forma total a la competencia intercultural, dado que todas sus sesiones (16) estudian o hacen referencia a la interculturalidad, declara que tiene como propósito

						“brindar al estudiante los conocimientos básicos de la diversidad social y cultural existente en el mundo, país y región.” (UNAP, 2016, p. 28).
2	General	Obligatorio	Realidad nacional y desarrollo regional amazónico	Derecho constitucional y derechos humanos	Otras carreras profesionales.	Se identificó que este curso tributa de forma total a la competencia intercultural pues todas sus sesiones (16) estudian o hacen referencia a la interculturalidad, declara que tiene como propósito que los estudiantes entiendan: “los procesos geográficos y sociales de la peruanidad regional en formación: procesos geográficos de territorio y población, procesos económicos de extracción de recursos naturales y transformación de éstos en productos, proceso republicano y demócrata de ciudadanía y gobierno y procesos

						interculturales entre pueblos originarios y pueblos derivados” (UNAP, 2016, p. 28).
3	Disciplinar o especialidades	Obligatorio	Enfermería en salud familiar y comunitaria 1	Realidad nacional y desarrollo regional amazónico. Antropología	Departamento Académico de Ciencias Psicosociales	Se identificó que este curso tributa de forma parcial a la competencia intercultural, dado que solo 2 sesiones estudian o hacen referencia a la interculturalidad, “la asignatura aborda los aspectos conceptuales técnicos y metodológicos, básicos para formular diagnósticos sobre la situación de la salud de la familia y comunidad respetando los valores socioculturales” (UNAP, 2015, p. 30), de igual manera se declara como “eje integrador en las demás asignaturas profesionales para su aplicación en el componente comunitario de la atención de enfermería” (UNAP, 2016, p. 30).

4	Específico	Obligatorio	Nutrición y dietoterapia	Bioquímica	Departamento académico de ciencias integradoras	Tributa parcialmente a la competencia intercultural pues ha destinado 2 sesiones que hacen referencia a la interculturalidad, declara que “se pretende propiciar el desarrollo de la comprensión de conocimientos de la problemática nutricional de los seres humanos” (UNAP, 2016, p. 33), específicamente en la situación nutricional regional, así como al conocimiento del valor nutricional de los alimentos de la región amazónica.
4	Disciplinar o especialidades	Obligatorio	Enfermería en salud mental y psiquiatría	Psicología	Departamento académico de ciencias psicosociales	Solo una sesión de la programación hace referencia al conocimiento de la salud mental a nivel regional, por ello tributa parcialmente a la formación de la competencia intercultural.
5	Disciplinar	Obligatorio	Enfermería	Enfermería	Departamento	Tributa parcialmente a la

	o especialidades		materno infantil	en crecimiento y desarrollo humano. Enfermería en salud mental y psiquiatría.	académico de ciencias clínicas	competencia intercultural, ha destinado 2 sesiones al estudio de la situación de salud regional de la madre y recién nacido y al estudio del parto con enfoque intercultural, de igual manera contempla el desarrollo de un proyecto de salud de la madre y el niño con pertenencia regional. Declara en la sumilla que el curso permite al estudiante “analizar la problemática de la salud de la mujer y el recién nacido, intervenir adecuadamente dentro de un contexto socioeconómico y político a nivel regional, nacional” (UNAP, 2016, p. 36).
5	Disciplinar o especialidades	Obligatorio	Enfermería en salud del adulto y adulto mayor 1	Enfermería en crecimiento y desarrollo humano.	Departamento académico de ciencias clínicas	Con 2 sesiones focalizadas tributa parcialmente a la competencia intercultural, declara como propósito: “propiciar el desarrollo de capacidades para aplicar el proceso

				Enfermería en salud mental y psiquiatría.		de atención de enfermería en el cuidado del adulto y adulto mayor: prevención de las enfermedades, tratamiento y rehabilitación de problemas de salud de menor complejidad, que son más comunes en el adulto y adulto mayor, su familia en el contexto hospitalario, considerando las influencias culturales en la salud/enfermedad del adulto y adulto mayor, así como la aplicación de modelos y teorías de enfermería transcultural en el cuidado del adulto sano y hospitalizado” (UNAP, 2016, p. 37).
7	Disciplinar o especialidades	Obligatorio	Enfermería en salud del niño y del adolescente	Enfermería en salud del adulto y anciano 2	Departamento académico de ciencias clínicas	Se identificó solo una sesión que tributa a la competencia intercultural, declara como propósito: “proporcionar al estudiante experiencias de aprendizaje sobre necesidades y/o problemas de

						mayor incidencia y prevalencia que afectan la salud del niño y del adolescente a nivel internacional, nacional, regional y local” (UNAP, 2016, p. 42)
7	Complementaria o electivo	Electivo	Salud complementaria	Ninguno	Departamento académico de ciencias psicosociales	Dado su contenido temático se considera que tributa de forma total a la competencia intercultural. Se declara en la sumilla que el curso permite al estudiante: “conocer y comparar la medicina convencional con la medicina alternativa/complementaria como otra forma de entender la salud [...], en busca de la armonía del hombre con la naturaleza” (UNAP, 2016, p. 43).
8	Disciplinaria o especialidades	Obligatorio	Enfermería en salud familiar y comunitaria 2	Enfermería en salud del niño y del adolescente	Departamento académico de ciencias psicosociales	Con 2 sesiones focalizadas tributa parcialmente a la competencia intercultural. Su propósito es: “preparar al estudiante para

						que brinde atención integral de enfermería, garantizado y de calidad a la persona, familia y a la comunidad; aplicando el proceso de atención de enfermería, a través de la visita domiciliaria, enfatizando acciones en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, principalmente en el primer nivel de atención de salud; propiciando y motivando la participación de la comunidad en el cuidado de su salud” (UNAP, 2016, p. 46).
8	Complementaria o electivo	Electivo	Interculturalidad en salud	Ninguno	Departamento académico de ciencias psicosociales	Tributa de forma total a la formación de la competencia intercultural, declara que es una asignatura que: “orienta al estudiante a promover los derechos humanos, la equidad de género, la equidad étnica cultural en especial aquellas poblaciones en situaciones de vulnerabilidad,

						facilitando las oportunidades para acceder a una mejor atención de salud en los diferentes establecimientos de salud por etapas de vida” (UNAP, 2016, p. 47).
--	--	--	--	--	--	---

Además del análisis de la estructura curricular en función a la competencia intercultural, también se realizó análisis del contenido temático declarado en los programas de curso que hacen referencia a esta competencia.

Fueron analizadas las temáticas de los 12 cursos seleccionados, para ello se tomó como base el Modelo Purnell de Competencia Cultural, el cual se compone de 12 dimensiones, dicho modelo tiene dentro de sus propósitos interrelacionar características de la cultura para promover congruencia y para facilitar la entrega de atención de salud consciente, sensible y competente, así como proporcionar una estructura para analizar datos culturales.

A continuación, se detallan los hallazgos:

- Dimensión 1 - Herencia:

Se define como “conceptos relacionados con el país de origen, residencia actual, los efectos de la topografía del país de origen y la economía, política, causas de la emigración, modelo educativo y ocupación” (Purnell, 2012, p.18). Todos los cursos analizados han abordado esta dimensión, con temas como: la identidad cultural de la región y del país, el contexto social y económico, características del territorio, demografía, medio ambiente, comunidades indígenas y rurales de la región amazónica, así como las características situacionales de salud de la región Loreto.

- Dimensión 3 – Roles y organización familiar:

Esta dimensión incluye conceptos como “los roles del género; roles familiares, prioridades, y tareas en el desarrollo de los niños y los adolescentes; prácticas en la crianza de niños; roles de los miembros viejos y extensiones familiares” (Purnell, 2012, p.23). Los cursos que declaran estos conceptos en sus contenidos son: Enfermería en salud familiar y comunitaria I y Enfermería materno infantil, dado que hacen referencia a las características de la organización y estructuras de la familia en la región, etapas del ciclo vital, maternidad y tareas y actividades en el cuidado de recién nacidos y niños.

- Dimensión 6 – Comportamientos de alto riesgo:

Referida a las prácticas o estilos de vida riesgosos para la salud ligados a la cultura de un individuo, como, por ejemplo: consumo de drogas, alcohol,

tabaco, relaciones sexuales sin protección, consumo desmedido de calorías, actividades peligrosas (Purnell, 2012). El curso de Salud Complementaria es el único que ha declarado explorar esta temática en su programa.

- Dimensión 7 – Nutrición:

Hace referencia a comprender el significado de comida para las distintas culturas, además de las deficiencias y limitaciones alimentarias que surgen de estas prácticas y sus efectos en la salud, bienestar y prevención de enfermedades (Purnell, 2012).

Los cursos de Nutrición y dietoterapia, y Salud Complementaria han considerado dentro de su contenido este tipo de temática referido a las características nutricionales de la región, en cuanto a sus hábitos y a las propiedades de sus alimentos tradicionales, así como su uso en la prevención y tratamiento de enfermedades.

- Dimensión 8 – Embarazo y prácticas de nacimiento:

Este dominio está referido a prácticas de fertilidad, cuidados, atención, prácticas restrictivas y tabús relacionados con el embarazo, parto y post parto en distintas culturas (Purnell, 2012). El curso de Enfermería Materno Infantil incluye temas referidos a las practicas culturales ligadas a la gestación y parto, además del parto vertical con enfoque intercultural y la situación de salud y características de la gestante y recién nacido en la región Loreto.

- Dimensión 11- Practicas de cuidado de la salud:

Esta dimensión incluye a las practicas sanitarias determinadas por la cultura de una persona, familia o población, las cuales abarcan: tradiciones, religión, creencias biomédicas, responsabilidad individual por la salud, prácticas de automedicación, practicas curativas, creencias y posiciones frente a las enfermedades mentales, cronicidad, donación de sangre y órganos. Además de otros conceptos como las respuestas al dolor y a la enfermedad, el papel de los cuidadores, de los profesionales de la salud o quienes hagan las veces de sanador (Purnell, 2012).

Los cursos electivos de Salud complementaria e Interculturalidad en salud y los cursos generales de Realidad nacional y desarrollo regional amazónico, y

Antropología hacen una exploración detallada de los temas relacionados directamente con la cultura de la población, como: poblaciones indígenas amazónicas, antropología de la salud en la región, medicina tradicional, medicina complementaria y alternativa, tradiciones y creencias referidas a la salud.

- Dimensión 12 – Proveedor del cuidado de la salud:

Esta última dimensión se refiere a los proveedores de atención médica “incluye el estado, el uso y las percepciones de los proveedores de atención médica tradicionales, mágico-religiosos y biomédicos” (Purnell, 2012, p.43). Cursos como Enfermería materno infantil, Enfermería en salud del adulto y del adulto mayor 1, Salud complementaria e Interculturalidad en salud, han incluido dichos tópicos en su contenido temático, la mayoría con temas puntuales y solo los cursos electivos de Salud complementaria e Interculturalidad en salud han hecho una exploración más profunda de estos tópicos, entre ellos: proveedores de salud para atención de partos con enfoque intercultural, formación bajo el Modelo de enfermería transcultural de Madeleine Leininger, proveedores y modelos de medicina tradicional e indígena, comunidad y enfoque intercultural de la salud, cosmovisión e interculturalidad en salud.

A nivel del contenido temático hay un evidente interés en exponer la situación de salud de la región amazónica, destacándose su inclusión temática a lo largo de la malla curricular, no solo con materias que tributan de manera específica (todo su contenido está referido a la interculturalidad), sino también como parte del contenido temático de otros cursos que tributan de manera parcial (han destinado una o dos sesiones a la interculturalidad).

Frecuentemente las temáticas de los cursos se limitan a describir a la población, territorio, historia, medio ambiente y diversidad cultural y natural, además del estado de salud regional en distintas etapas de la vida. Sin embargo, son pocos los cursos que van más allá de un recuento descriptivo de las características de la población de la región y que tratan del cuidado de la salud con enfoque intercultural para alcanzar el cuidado enfermero con competencia intercultural, los únicos que abordan este último tema en específico, no son cursos obligatorios y por ende no

todos los egresados cuentan con estas materias, con esto último no se debería restar valor de las temáticas relacionadas a la interculturalidad que han sido consideradas dentro de los programas de estudio, pues de las 12 dimensiones de la competencia cultural de Purnell, el contenido curricular ha considerado al menos 7 de ellas.

Resultados de focus group con internos de la Facultad de Enfermería de la UNAP

A continuación, se presentan los principales resultados encontrados según las categorías de análisis definidas:

Enfoque intercultural

Durante la exploración de conocimientos acerca del concepto de interculturalidad, los participantes relacionaron frecuentemente este concepto con la diversidad y convivencia de culturas, así como la existencia de distintas lenguas originarias, términos como: “diversidad de culturas”, “interrelación que uno tiene con las demás culturas”, “compartir diferentes creencias”, “distintas lenguas” (Focus group 1, min. 3:25) fueron mencionados.

En cuanto a sus opiniones, al consultarles si en el Perú se vive en una convivencia intercultural, manifestaron que en el país no se vive en igualdad, sino que existen claras diferencias de trato y convivencia marcadas por las diferencias sociales y culturales, manifestándose en expresiones de rechazo, y, en el campo de la salud, se manifiesta en la diferencia de trato y atención.

“las personas que viven en zonas residenciales son gente... que no tratan bien a personas que son distintas a ellos, vemos por internet personas que tratan mal a otras que son racistas, que insultan a personas que son distintas a ellos” (Focus group 2, min. 04:09).

“sin necesidad de ir a la ciudad, aquí en la región Loreto, es notorio por ejemplo si una persona viene de la periferia alejada de la ciudad, su manera de atención de tratar a un paciente [por parte de los enfermeros y enfermeras], su manera de atención no es de calidad, no porque no quiere, sino porque no

sabe, es como si hay una barrera” (Focus group 2, min. 4:15).

Por otro lado, los participantes también lograron identificar costumbres y creencias arraigadas en su entorno familiar, estas expresiones en su mayoría estaban ligadas a: cuidados durante la gestación y puerperio, cuidados de salud del niño y recién nacido, ritos y cuidados relacionados a la muerte y al duelo, costumbres ligadas a la alimentación y medicina tradicional aplicada a distintas patologías (parasitosis, neumonía, anemia) (Focus group 2, min. 08:41). Además de la mención de los llamados “síndromes culturales”³: el manchari o susto y el cutipado (Focus group 1, min. 07:30). Reconocen también que estas prácticas las tienen bastante arraigadas y asimiladas, independientemente de la información que ellos puedan recibir de su formación como profesionales de la salud reconociendo que bajo su criterio individual ambos enfoques conviven en su vida cotidiana:

“cuando un niño está enfermo, está con neumonía, ellos [las comunidades indígenas] no saben que es neumonía, ellos utilizan plantas, ellos ya conocen, lo bañan [al niño], le echan en las noches, son creencias de ellos... hasta yo también tengo esa creencia. Yo tenía un golpe, son creencias de mi mamá, [...] hasta ahorita recuerdo la hoja, yo conozco esa planta, lo preparan y lo cubren la zona afectada, al día siguiente amanece así [hace un movimiento con sus manos señalando que no hay inflamación]. Son creencias... eso me provoca me da unas cosas, las ciencias de la salud es [hace un gesto indicando contradicción]... ¿no?... te dice otra cosa, esas creencias he decidido que no las voy a dejar a un costado, pero sí creo que también es importante acudir al médico porque en el centro de salud hay más conocimiento” (Focus group 2, min. 11:40).

³ Término escogido por la Asociación Psiquiátrica de América Latina en la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, bajo el siguiente criterio:

“Existen diversos términos que designan las formas particulares de expresar la enfermedad mental y de vehicular la patoplastia cultural. Rubel (1964), por ejemplo, propuso la siguiente definición para las categorías populares de malestar (distress): ‘Conjunto coherentes de síntomas en una población dada cuyos miembros responden mediante patrones similares’. Más recientemente, se les ha llamado expresiones de sufrimiento (Idioms of distress), trastornos específicos de determinadas culturas, expresiones de infortunio, síndromes populares, y otros” (Asociación Psiquiátrica de América Latina, 2003, p. 215).

Diseño curricular

En cuanto a la malla curricular desarrollada durante sus años de formación, los participantes mencionaron los siguientes cursos, los cuales identificaron como formadores de la competencia intercultural:

- Interculturalidad en Salud: Se identificó al curso como electivo, el cual abarcó temas de medicina tradicional y casos que relacionaban salud y cultura, cómo desenvolverse en la atención de pacientes diversos culturalmente, al ser consultados por el motivo de haber elegido este curso, los participantes mencionaron que “para poder sobrellevar la experiencia del SERUMS⁴, para poder trabajar con esas comunidades” (Focus group 1, min 22:05), también mencionaron que:

“cuando hacemos el SERUMS y muchas veces nos mandan a lugares más apartados [...], por eso para mí se hace necesario llevar ese curso para de esa manera estar un poco más preparados cuando atendamos a ese grupo de pacientes, para que en ese momento no se sientan insultados, para que ellos sepan que conmigo pueden contar y no deben sentir vergüenza al momento de decir sus creencias” (Focus group 1, min. 22:25).

Otros participantes mencionaron que el curso les atraía por interés personal: “Porque me pareció interesante, quería conocer cómo es la vida de otra persona que no es de mi cultura” (Focus group 2, min. 19:27).

- Realidad nacional y desarrollo regional amazónico: Los participantes identificaron al curso como responsable de introducir conocimientos sobre los distintos pueblos originarios de la Amazonía, así como del bagaje cultural de la región, de igual manera es recordado por los internos como el curso que los

⁴ Sigla del “Servicio Rural Urbano Marginal de Salud”, el cual se define como: “un Programa de Servicio a la Comunidad efectuado por los profesionales de la salud que hayan obtenido su título de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 23330” (DS N°005-97-SA, artículo 1) y a la vez declara que dicho programa:

“tiene por finalidad contribuir y asegurar la atención de salud en beneficio de la población de bajos recursos económicos de las zonas rurales y urbanos marginales del País, orientado a desarrollar actividades preventivo - promocionales en establecimientos de salud del sector o equivalente en otras Instituciones, como acción complementaria para el cumplimiento de los planes de desarrollo y sectoriales de salud.” (DS N°005-97-SA, artículo 2).

- llevó a realizar actividades extramurales y de contacto cultural en 2 oportunidades desarrollando experiencias de contacto con médicos tradicionales “chamanes”, familiarización con plantas medicinales, ritos y terapias tradicionales (Focus group 1, min. 24:13; Focus group 2, min. 21:14).
- Salud complementaria: Fue identificado como el curso que abordó con mayor profundidad el tema de plantas medicinales de la región donde elaboraron un herbario detallando usos y propiedades de plantas medicinales (Focus group 2, min. 36:45), enseñanza de terapias alternativas (tai chi), medicina de otras culturas (Focus group 2, min. 22:53), además de las intervenciones y cuidados de enfermería en contextos interculturales (Focus group 1).
 - Farmacología: Los participantes mencionaron este curso, pues el docente responsable en algunas ocasiones hizo mención puntual sobre su experiencia en el uso de plantas, frutos medicinales y su aplicación en el tratamiento de enfermedades (Focus group 1, min. 25:11).
 - Nutrición y dietoterapia: Según los participantes este curso incluyó dentro de su programación el estudio de las propiedades de los alimentos regionales amazónicos a través de la elaboración de una “pirámide nutricional regional” (Focus group 1, min. 25:40; Focus group 2, min. 22:23).
 - Enfermería materno infantil: Este curso abordó el tema de los tipos de parto, específicamente el parto vertical con enfoque intercultural, además de los correspondientes cuidados durante y después del parto (Focus group 1, min. 26:28).
 - Enfermería en salud familiar y comunitaria: En este curso los participantes manifestaron que por la misma naturaleza de sus prácticas comunitarias trabajaron con diversas familias para poder hacer sus proyectos e informes de comunidad, durante esas experiencias de contacto, el tema de las costumbres en cuestiones de salud se puso en evidencia durante la convivencia con los miembros de estas familias y el recojo de información (Focus group 1, min. 27:02, Focus group 2, min. 20:34).
 - Enfermería en salud del niño y del adolescente, Enfermería en salud del adulto y adulto mayor I: Los estudiantes mencionaron que en estos cursos se

abordaron puntualmente temas de interculturalidad no tanto como un contenido programado, sino que surgía producto de las experiencias y anécdotas relacionados con la salud que habían tenido sus docentes en su quehacer diario como enfermeros “No como un tema programado [en el curso de Enfermería en salud del niño y del adolescente], sino dentro de las conversaciones con los profesores, como un anécdota” (Focus group 1, min. 28:17).

En resumen, los cursos descritos previamente pueden agruparse de 2 formas:

- a) Por la inclusión específica de temas referidos a interculturalidad en su programa de estudios:

De los cursos que destinaban todo su contenido a la formación de la competencia intercultural, es decir tributan completamente, 2 de ellos eran electivos, por ende, se infiere que no todos los egresados han llevado estas materias. De igual manera se identificaron cursos que trataron puntualmente algunos temas referidos a interculturalidad, todos ellos cursos obligatorios. Algunos cursos, si bien no contaban con temas específicos declarados en su programación, si abordaron la interculturalidad por iniciativa del docente al compartir experiencias y anécdotas o la oportunidad circunstancial de atender este tipo de casos o pacientes, es así como varios de los participantes respondieron que sentían mayor predilección por aprender a partir de los anécdotas y experiencias que contaban sus profesores.

En el caso de los cursos electivos, que coincidentemente tributaban completamente a la competencia intercultural, la decisión de llevarlos se basó en preferencias personales, así como ser estratégicos al prepararse para el SERUMS.

- b) Por su programación de salidas a campo hacia comunidades nativas/rurales o experiencias específicas de contacto:

Los participantes manifestaron que las salidas a estas comunidades les fueron bastante significativas:

“Personalmente a mi, yo si le digo, me gusta vivir las cosas para

poder comprender ... y lo que más me gustó fue ir junto con el profesor a la comunidad y conocer más sobre su cultura [de la comunidad visitada], esa fue la estrategia que me gustó más... no me lo contaron, yo lo viví" (Focus group 2, min. 33:50)

Es así como identificaron un solo curso que programó visitas hacia comunidades y experiencias de contacto específico, también mencionaron otros cursos, que, si bien no tuvieron una intención específica de tratar temas de interculturalidad, si les ofrecieron experiencias de contacto no necesariamente bajo una programación específica sino de manera circunstancial. Existieron otros cursos que implicaron en cierta medida trabajo de campo extramural, dado que implicaban la investigación y recolección de muestras de hojas, tallos, frutos y raíces de plantas medicinales tradicionales de la región para sus trabajos.

Experiencias clínicas

En cuanto a las experiencias clínicas, estas no estuvieron enfocadas directamente en centros de salud en comunidades nativas o con enfoque intercultural, las experiencias con estos tipos de centros de salud fueron circunstanciales, pues no todos los estudiantes tuvieron oportunidad de ir a estas instituciones, solo 1 de ellos manifestó haber logrado rotar en uno de estos centros de salud, dado que no se programó que todos los estudiantes rotaran por este tipo de sede, sino que la oportunidad fue al azar, incluso la rotación correspondió al curso de administración y no de un curso clínico (Centro de Salud de Nanay).

De igual manera refirieron que les hubiera gustado tener mayores experiencias de contacto y encuentros en comunidades rurales y originarias y visitas a centros de salud con enfoque intercultural (Focus group 1, min. 38:49, 39:56; Focus group 2, min. 32:52), pues no todos tuvieron la oportunidad de rotar por algún centro de salud de estas características.

Sin embargo, a pesar de esto, todos los participantes mencionaron haber tenido contacto con pacientes de comunidades indígenas y rurales durante sus rotaciones

tanto en el campo clínico (Focus group 1, min. 31:44; Focus group 2, min. 41:40) como en el comunitario, de igual manera adquirieron experiencia no solo de estos encuentros, sino también circunstancialmente del personal sanitario (licenciados de enfermería, técnicos de enfermería, personal de la morgue, entre otros) con quienes estuvieron de turno:

“Me fui a medicina y justo a las 2 am. un paciente fallece y bueno el licenciado [enfermero] estaba esperando que venga el médico para que le hagan sus papeles y nos mandan a cambiar al cadáver y nos vamos con la técnica [TENS], cuando vamos a mover a la paciente para sacarle las vías y la paciente estaba muy, muy dura. Luego vino el señor encargado de la morgue y nos dijo ‘tanto se demoran, eso se hace así’. Se fue a la piesera de la cama [...] y preguntó su nombre, recuerdo que se llamaba Isabel. El señor comenzó a hablarle, le dijo: "Señora Isabel te vamos a cambiar, queremos que nos colabores", fue increíble, luego el señor le agarró el brazo y el brazo ¡pum! se pudo mover. Es la creencia que esas personas tienen” (Focus group 1, min. 32:05).

No necesariamente el nuevo conocimiento relacionado a interculturalidad se adquirió a través de sus docentes de práctica. Los participantes también pudieron notar el desempeño de licenciados y licenciadas de enfermería que si bien no llegan a ser sus docentes si tienen un rol modelador importante dentro de la formación de los estudiantes, es así cómo los participantes recuerdan haber visto actitudes de rechazo hacia pacientes de comunidades indígenas, ante lo cual expresaron cuestionamientos frente a la forma de actuar de los profesionales pues para ellos se mostraba una clara diferencia de trato y atención debido a los orígenes del paciente:

“Cuando yo roté por pediatría del hospital regional había una niña de 3 años que necesitaba oxígeno... y la señora [la madre] como era de una comunidad indígena, vestía de colores y andaba descalza... y las licenciadas [enfermeras] no querían entrar ahí por el olor, yo decía ‘cómo no van a querer entrar pues si es su paciente’... me mandaban a mi pues, o si no ellas se iban pero con mascarilla, esa era su forma de tratar a ellos pues, había esa

diferencia, en cambio con pacientes en otros ambientes ahí si entraban normal ” (Focus group 2, min. 48:45).

“Eso se ve en las licenciadas, cuando vienen personas de otras partes, por ejemplo, son personas que vienen de comunidades, no hay esa calidad de atención hacia ellos, se acercan de distinta manera, no tratan de explicar cómo son las cosas, eso se ve acá por parte de las licenciadas” (Focus group 2, min. 04:20).

Este bagaje de conocimiento, clínico o no, ha logrado consolidarse en ellos, buena parte forma parte del currículum oculto de sus prácticas estudiantiles, dado que han podido observar y aprender de su entorno profesional, logrando distinguir entre un modelamiento positivo o negativo, pues no siempre las actitudes y cuidados que han podido ver del personal de salud ha sido, a su criterio, ético. Es así como surge en ellos la identificación y la crítica hacia la atención de los enfermeros profesionales frente a pacientes diversos culturalmente.

Desempeño docente

Respecto al desempeño de sus docentes, los estudiantes los han valorado positivamente, resaltando una vez más el valor de las anécdotas de sus docentes como parte del currículum oculto de sus programas de estudio, incluso para estos momentos de intercambio de experiencias fueron incluidos estudiantes, que, por su origen e historia personal, en este caso un estudiante hablante de lengua kichwa (Focus group 2, min. 32:00; min. 42:40), contaban con mayor conocimiento en cuanto a experiencias interculturales ligadas a la salud.

Los participantes también expresaron la necesidad de sentir mayor acompañamiento y que no se deje a libre interpretación o a medias verdades la información, sobre todo cuando se habla de herbología y medicina tradicional, podría entenderse que esta demanda se hace con el fin de evitar información incompleta, la perpetuación de estereotipos o la atribución, negación, exageración de las propiedades curativas de una planta, dado que se busca perpetuar conocimiento exacto y no quedarse solo en el rumor o la duda.

Es así que los participantes manifestaron que los docentes responsables de los

cursos que tributaron completa o parcialmente a la competencia intercultural demostraron dominio y conocimiento en temas de interculturalidad (Focus group 1, min. 44:20), dado que muchos de sus docentes les mencionaron haber tenido experiencias anteriores.

En cuanto a la atención de enfermería con enfoque intercultural, pudieron observarla, la mayoría de las veces, en docentes a cargo de prácticas comunitarias (Focus group 1, min. 43:20). También mencionaron que pudieron percibir actitudes de rechazo a las creencias de otras personas por parte de un docente: “el profesor de filosofía rechazaba las creencias de los demás, no creía en el tunche, ni en los brujos, ni en la religión, no creía en nada, ‘si no se ve no existe’ decía” (Focus group 1, min. 46:07).

Por otro lado, se hizo mención del involucramiento docente en las actividades prácticas o vivenciales, evidenciando las diferencias de acompañamiento entre docentes:

“En el curso de salud complementaria la docente si bien nos llevaba a aprender técnicas como el tai chi, nos llevaba donde una señora que nos enseñaba pero ella se iba y nos dejaba, no había ese acompañamiento, en cambio en [el curso de] Realidad nacional el profesor si se fue con nosotros, dos días se quedó con nosotros, mostraba interés, las pocas cosas de salud que conocía nos explicaba” (Focus group 2, min. 56:00).

De igual manera mencionaron otras estrategias de enseñanza docente que para ellos les fueron significativas:

- Sociodramas (en los cursos de Enfermería en salud del adulto y adulto mayor, Enfermería materno infantil): Les permitían a los estudiantes poder entrenarse en la forma de interactuar y comunicarse eficazmente con sus pacientes:

“Uno con el paciente tiene que actuar con mucho respeto, hay que tener mucho cuidado cuando uno les habla, por eso me gustó hacer sociodramas, esas dinámicas nos preparaban para poder hablar con ellos” (Focus group 2, min. 34:35)

- Análisis de casos clínicos: Sobre todo con docentes de cursos que involucraban trabajos con la comunidad (Focus group 1, min. 30:00; Focus

group 2, min. 30:53).

Finalmente, también se mencionó la importancia del rol docente en despejar dudas y aclarar conceptos para no dejar vacíos de información en los estudiantes:

“No necesariamente digamos [el profesor] tiene que ser especialista en esa rama, conocer lo indígena... yo te voy a decir porque soy de la zona... a veces los docentes... cada alumno tiene su propia opinión ... algunos opinan muy poca definición de cada planta medicinal, sin hablar mal de mis compañeros... el docente debería reforzar en el conocimiento de las plantas, yo pienso que debería ser así” (Focus group 2, min. 57:25).

Opinión de la formación brindada

Al ser consultados por la relevancia de los conocimientos adquiridos los participantes contestaron que los valoraban como importantes, pues consideraron que les servirá de base para poder complementar su cuidado de enfermería hacia pacientes diversos culturalmente, sin embargo, también reconocieron 2 aspectos importantes:

i) que si bien han recibido información teórica, además de algunas experiencias sobre interculturalidad y la mayoría de ellos muestra disposición a ampliar sus conocimientos sobre el tema, consideran que aún es necesario reforzar su competencia intercultural con un mayor número de experiencias vivenciales y de acercamiento:

“No le voy a mentir no nos sentimos del todo preparados, porque hay cosas que no sabemos, siempre van a haber cosas que nos vas a sorprender, dependen de las vivencias de cada día” (Focus group 1, min. 51:40)

ii) Sienten más confianza con pacientes de su propia región y que de migrar por motivos laborales a otras regiones (como la sierra y la costa) no tendrían la misma confianza al brindar cuidado de enfermería pues ha sido poco o ninguno el contacto que han logrado tener con personas de esos contextos.

“Dependiendo de la cultura, por ejemplo, nosotros somos más de la selva, nosotros tenemos más cultura de la selva, porque de la diversidad de

la sierra o de la costa no sabemos mucho, dependiendo de a donde vamos. Porque si nos vamos a la sierra tiene otro tipo de cultura al igual que la costa... en mi caso yo no podría estar tanto tiempo en un lugar diferente” (Focus group 1, min. 47:15).

De igual manera mencionaron algunos aspectos adicionales que les hubiera gustado tener dentro de su malla curricular, como cursos que les brinden un nivel básico de alguna de las lenguas originarias de su región:

“Nos han enseñado inglés, pero me hubiera gustado llevar cursos que nos enseñen idiomas de nuestro país, poder conocer un poquito más [...] porque si hubiéramos llevado, hubiéramos tenido conocimiento para poder ayudar a esas personas” (Focus group 2, min. 1:01:25),

tener mayor cantidad de experiencias de contacto e inmersión cultural en comunidades indígenas “Nos ha faltado más convivencia, más seguida con las comunidades, ir a esos lugares” (Focus group 1, min. 01:02:25), tener mayor conocimiento de la medicina tradicional de la región, más allá de lo teórico, sino profundizar en aspectos prácticos de identificación y preparación de plantas medicinales (Focus group 1, min. 56:05), los participantes justificaron estas sugerencias en base a las experiencias de contacto que han tenido a lo largo de sus prácticas clínicas e internado:

“habían casos de personas que venían de comunidades indígenas y uno como enfermero como profesional de la salud no sabemos cómo hacerle entender a esa persona en qué gravedad está su familiar, no sabemos cómo decirle ‘vete a comprar esto’ porque no conocen, no saben, ellos nomás nos están mirando como un bicho raro que le están tocando a sus familiares o a sus bebés y no saben ellos que le están haciendo, porque no sabemos nosotros como comunicarnos frente de ellos, no sabemos su lenguaje o cómo expresarnos frente a ellos para que nos entiendan ... no solo irnos a lo internacional [...], porque en sí el Perú es rico en culturas y deberíamos aprender al menos un idioma de nuestra región” (Focus group 1, min 01:01:00)

Al ser consultados sobre el logro de la competencia de egreso referida a la

interculturalidad, declarada por su facultad, manifestaron que consideraban haber alcanzado dicha competencia con la formación que les ha sido brindada, siempre reconociendo que aún hay camino por recorrer en el fortalecimiento de esta:

“Podemos brindar educación a la persona, familia, distintos niveles, por áreas... y claro también dialogando con los actores clave [enumera ejemplos], podemos darles [a las comunidades rurales o indígenas] todas las herramientas, pero el contexto puede cambiar las cosas, ya depende de ellos aceptarlo” (Focus group 1, min. 1:04:00).

“yo creo que sí, con los conocimientos que tenemos si lo podemos hacer, con la ayuda de ellos [de la colaboración de las comunidades indígenas], tenemos que involucrarnos con ellos para poder hacer un mejor trabajo” (Focus group 2, min.1:04:03).

En síntesis, los participantes consideran haber alcanzado la competencia relacionada con la interculturalidad que ha declarado la Facultad de Enfermería de la UNAP dentro de las competencias de egreso, de igual manera reflexionan y entienden que ellos cuentan con las bases tanto de conocimientos, como de sensibilidad para poder desarrollar su competencia intercultural, dado que como han manifestado, reconocen que aún tienen por desarrollarse en el mejoramiento de su calidad de atención de enfermería, sin embargo, están abiertos y con la disposición de hacerlo.

Por último, también identificaron oportunidades de mejora en el programa de estudios de su carrera como: incluir cursos de lenguas originarias, programar mayores visitas, rotaciones y salidas de campo a espacios que permitan tener mayor contacto cultural y vivencial con pacientes y comunidades diversos culturalmente, y contar con cursos que les lleven a un conocimiento más profundo de la herbología tradicional de la región Loreto, incluyendo propiedades, formas de preparación (teórica y práctica); evidenciando esto último el interés por tener mayores experiencias prácticas y vivenciales para desarrollar sus conocimientos y habilidades y por ende también sus actitudes hacia estas comunidades.

Resultados de entrevista con docente de la Facultad de Enfermería de la UNAP

Enfoque intercultural

La docente reconoce a la interculturalidad como un concepto amplio que toma sentido o se materializa aún más cuando se habla de Loreto, por la variedad de etnias que la habitan y las diversas costumbres ligadas a la salud que surgen de cada una de ellas. Es así como define a la interculturalidad de la siguiente manera:

“el hablar de interculturalidad es un concepto muy amplio, más aún acá en Loreto donde tenemos realmente cantidad de etnias, tenemos esa relación con los grupos de comunidades nativas pues a nivel de universidad tenemos un espacio para estudiantes de comunidades nativas” (Entrevista 1, min. 1:28).

Reconoce y describe la gran diversidad de costumbres y creencias relacionadas al cuidado de la salud que existen en la región Loreto y que son practicadas en distintas comunidades, muchas de estas costumbres están relacionadas con las etapas de gestación, parto, cuidados del recién nacido y el ciclo menstrual. Un ejemplo de ello se presenta en condiciones de gravidez, donde la mujer limita su dieta y se restringe (como en el caso del “cutipado”) o se adicionan ciertos alimentos. En el caso de los primeros meses de vida este cambio de costumbres alcanza incluso al padre que debe limitar ciertas actividades físicas (trabajos demandantes de esfuerzo, practicar algún deporte) para no enfermar a sus bebés (Entrevista 1, min. 8:37).

Al profundizar en la relación cultura - salud describe cómo esta impacta en la forma de vivir de la población e incluso reflexiona en cuanto a la distinción entre hábitos culturales neutrales y los que podrían ser nocivos resaltando el rol de los profesionales de la salud en la modificación o eliminación de estas últimas:

“en Loreto casi en general hay diversas costumbres que nosotros como docentes tenemos que valorar esas costumbres y algunas un poco hay que incentivarles a modificar las que son más perjudiciales para la salud” (Entrevista 1, min. 8:15)

Su pertenencia a la ONG “Salud sin Límites” y otras organizaciones sociales le han

brindado experiencias de contacto cultural, profesional y clínico, y la han sensibilizado en la problemática de salud de las comunidades rurales y nativas, introduciendo a sus estudiantes en estas actividades, de igual manera, esta relación ha servido como espacio para que los estudiantes puedan participar, tengan facilidad de acceso y puedan mejorar su aprendizaje en temas de interculturalidad y la problemática social y sanitaria de su región:

“pertenezco a un grupo ‘Salud sin límites’ es una organización que trabaja con comunidades nativas y ve por ejemplo la atención del parto en comunidades nativas, se han trabajado proyectos sobre la atención del parto vertical, donde se incorporan los alumnos y los docentes” (Entrevista 1, min. 2:24).

Finalmente, la docente también mencionó como parte de la implementación del enfoque intercultural en la universidad la incorporación de estudiantes provenientes de comunidades indígenas, gracias a la Beca 18⁵, en donde los ingresantes son apoyados por el estado y sus comunidades para estudiar en la universidad, con el compromiso de retornar a sus lugares de origen al culminar su formación: “ahora con ‘Beca 18’, estoy hablando de hace tres años, nuestros alumnos vienen de comunidades nativas, ellos vienen con esa idea de regresar a trabajar a su pueblo” (Entrevista 1, min. 11:32).

Diseño curricular

La entrevistada manifestó a la incorporación de la interculturalidad como un eje transversal a los distintos programas de estudios e integrado a las capacidades que la facultad se propone lograr en sus estudiantes:

“ahora en la asignatura tenemos algunas actividades desde las capacidades que nos planteamos todo es con enfoque de interculturalidad”

⁵ Beca 18 es un programa del Estado peruano que busca que los jóvenes, hombres y mujeres, con alto rendimiento académico y bajos recursos económicos, puedan acceder y concluir su formación académica técnica y/o profesional en reconocidas universidades e institutos, brindándoles oportunidades de desarrollo en el marco de la política de inclusión social. Dos de las modalidades de este programa están destinadas a comunidades originarias: Beca CNA (Para talentos de Comunidades Nativas Amazónicas) y Beca EIB (Para talentos en situación de pobreza o pobreza extrema que quieran estudiar Educación Intercultural Bilingüe, debe dominar una lengua originaria). Web: <https://www.pronabec.gob.pe/beca-18-2021/>

(Entrevista 1, min. 2:04).

“En nuestro silabo es como un eje transversal la interculturalidad, en todos los aspectos del silabo tenemos que ver con la interculturalidad [...] más experiencia hay en los temas de embarazo, parto y puerperio” (Entrevista 1, min. 14:19).

Además del enfoque intercultural, otros ejes transversales a los distintos programas de estudios son: investigación, ética, bioética y trabajo en la comunidad (Entrevista 1, min. 21:11)

Respecto al contenido temático, la docente indica que en el curso que dicta, Enfermería materno infantil, se toma en cuenta la inclusión de la situación y problemática de salud de pueblos originarios, además de incorporar la temática sobre cuidados de la gestación, parto vertical y puerperio con enfoque intercultural (Entrevista 1, min. 18:43).

Al consultarle sobre las oportunidades de mejora de la malla curricular de la carrera de enfermería, indicó que la facultad ha estado considerando la incorporación de cursos de enseñanza de alguna lengua nativa de la región Loreto, sin embargo, esto aún no se ha materializado, por lo que se infiere que esta ha sido una necesidad que ya ha sido identificada por la facultad, pero se desconoce el motivo de su falta de implementación: “Se había tomado la decisión que aparte del inglés el alumno debía tener una lengua nativa, aún no se ha plasmado, eso se debería implementar” (Entrevista 1, min. 22:13), además de otros cambios que involucren tener una mayor incorporación de las TICs debido a las nuevas condiciones de virtualidad de la educación en pandemia y la unificación de algunas rotaciones clínicas (Entrevista 1, min. 20:00).

Adicional a los detalles que la docente pudo brindar del curso de Enfermería materno infantil, también mencionó la incorporación del curso de Natación, un curso que contribuye indirectamente a la competencia intercultural, el cual no había sido identificado anteriormente, es el único deporte que es de carácter obligatorio dentro de la malla curricular, esto se debe a que se ha considerado como parte de la formación que debe tener una enfermera o enfermero de la región Loreto dadas las características geográficas y viales (fluvial) de la región; y, dado que el trabajo del

personal de salud implica también atención en centros de salud de periferias, la facultad ha considerado necesario que para responder a esta característica específica de su región se haga obligatoria la enseñanza de la natación a sus estudiantes, de igual manera considera que se deberían incluir mayores experiencias de contacto vivencial en el currículo (Entrevista 1, min. 13:05).

Experiencias clínicas

La entrevistada manifestó no recordar si exactamente con la promoción de estudio (los actuales internos de enfermería) había logrado llevarlos a visitar distintos centros de salud que contaban con salas de parto con adecuación intercultural; sin embargo, afirmó el año pasado se han realizado visitas a centros de salud que cuentan con adecuación intercultural para el parto, donde los estudiantes han podido apreciar cómo se realiza esta adecuación, incluso ellos llegaron a participar brindando algunas sesiones educativas a la población (Entrevista 1, min.14:43), de igual manera indicó que su curso cuenta con varias rotaciones por las que tienen que pasar todos los estudiantes, incluidas aquellas sedes que cuentan con adecuación del parto vertical con enfoque intercultural (Entrevista 1, min. 17:00).

Además de la visita a este tipo de sedes clínicas, la docente también mencionó que en general todos los estudiantes han logrado tener algún tipo de contacto con pacientes provenientes de estas comunidades (rurales o indígenas) pues en los hospitales regionales se pueden encontrar a estos pacientes referidos desde sus comunidades (Entrevista 1, 33:24). A propósito de la rotación en estos hospitales la docente menciona que recientemente se han implementado salas de parto vertical con enfoque intercultural y la implementación de la dieta nativa como parte de la implementación del servicio con enfoque intercultural:

“En los hospitales que rotamos hay pacientes de comunidades rurales, nativas, porque los mismos hospitales tienen la dieta nativa ... entonces si se ponen en contacto con ellos [los estudiantes]” (Entrevista 1, 32:09).

Además, destaco que las experiencias de contacto son las que más agradan y motivan a los estudiantes:

“lo que más les gusta [a los estudiantes] son los talleres vivenciales...

donde el profesor va y a raíz de la experiencia que ellos tienen se plantea la situación y muy bien que ellos participan” (Entrevista 1, min. 24:30)

Desempeño docente

La docente manifestó haber tenido experiencia y contacto clínico con comunidades nativas y rurales desde el inicio de su experiencia profesional realizando el SERUMS:

“Como enfermera si lo hice [atender comunidades diversas culturalmente], pues hice el SERUMS en comunidades nativas por el Alto Marañón” (Entrevista 1, min. 33:56)

Además de la experiencia acumulada producto de su trabajo en la ONG “Salud sin límites” y su participación a otras organizaciones que trabajan con estas comunidades y en consecuencia realizan capacitaciones constantes a sus miembros (Entrevista 1, min. 35:05).

Finalmente, al ser consultada sobre la inclusión como docente clínico de enfermeros o personal de salud que pertenezcan a centros de salud con enfoque intercultural mencionó que no se cuenta con este tipo de personal en la facultad.

Sobre la inclusión de docentes invitados o sabios invitados a la cátedra, la docente indicó que frecuentemente se ha recurrido a docentes de la DIRESA (Dirección Regional de Salud de Loreto) en donde la facultad ha llegado a participar en la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza en donde apoyan en distintos temas como embarazo adolescente, violencia y trabajo con comunidades rurales y nativas (Entrevista 1, min. 26:45), además también han tenido contacto con parteras para que los estudiantes conozcan su trabajo y labor dentro de las comunidades (Entrevista 1, min. 16:15). Para la competencia intercultural es más resaltante el último caso, pues son las parteras quienes brindan información de primera mano acerca de las concepciones culturales del parto y puerperio.

Opinión de la formación brindada

La docente manifestó que si bien en la región existen, o existían⁶, otras

⁶ Desde el inicio del proceso de Licenciamiento Institucional llevado a cabo por la SUNEDU

universidades que ofertaban la carrera de enfermería, la UNAP se ha caracterizado por tener acceso a sedes de práctica clínica variada, mayores facilidades de aprendizaje por la cantidad de estudiantes que van rotando en distintos servicios, el cual es menor en comparación con otras universidades, por ende tienen mayores posibilidades de realizar distintas actividades y procedimientos, teniendo como resultado la formación en distintos escenarios (Entrevista 1, min. 37:59).

Al ser consultada sobre la contribución del currículo a la formación de la competencia intercultural la docente afirma que este sí logra dicha competencia (Entrevista 1, min. 21:11), es decir considera que los estudiantes, al finalizar el programa de estudios, logran alcanzar la competencia relacionada con la interculturalidad declarada por la facultad en su perfil de egreso:

“Yo como docente del área materno infantil, he tenido el privilegio de trabajar en las diferentes áreas, en el curso de Comunidad 2 se desarrolla todo lo que es la formación del alumno, desde enfermería básica hasta administración, esos cursos son los que afianzan el perfil del egresado porque tratan que ese alumno todas experiencias que han venido trabajando lo plasmen al final, yo considero que si [se logra la competencia intercultural]” (Entrevista 1, min. 41:30).

Finalmente, la entrevistada pudo identificar aspectos que podían mejorarse en el currículo de la facultad como parte del proceso de mejora continua:

“Nosotros estamos en coordinación con la DIRESA del MINSA [Ministerio de Salud], pero recién el año pasado se ha implementado en el hospital nacional el ambiente para la atención del parto vertical, es una ONG que está trabajando, o sea nos falta esas experiencias insertarlas más en el curriculum, [...] nos falta insertar esas experiencias con nuestros alumnos” (Entrevista 1, min. 39:43).

(Superintendencia Nacional de Educación Universitaria) en el 2015, se inició el proceso de denegatoria y cierre de instituciones que no cumplían con estándares de calidad, en la región Loreto fueron denegadas las licencias de 3 universidades privadas que ofrecían enfermería, siendo en la actualidad la UNAP la única universidad de la región que ofrece esta carrera. Fuente: SUNEDU, 2020.

A continuación, se presenta un cuadro resumen de los resultados producto de la triangulación de las 3 fuentes de información consideradas para esta investigación:

CATEGORÍA	FUENTES DE INFORMACIÓN		
	DOCUMENTOS	ESTUDIANTES (INTERNOS DE ENFERMERÍA)	DOCENTE
ENFOQUE INTERCULTURAL	<p>La universidad considera al enfoque intercultural como parte de su modelo educativo, este concepto forma parte de su definición, principios y fines institucionales. (UNAP, 2018a, p.9-10)</p>	<p>Se relaciona a la interculturalidad con la convivencia de diversas culturas, la cual no necesariamente se da en condiciones de igualdad, sino en condiciones de discriminación y desigualdad.</p> <p><i>“las personas que viven en zonas residenciales son gente... que no tratan bien a personas que son distintas a ellos, vemos por internet personas que tratan mal a otras que son racistas, que insultan a personas que son distintas a ellos”</i> (Focus group 2, min. 04:09)</p>	<p>Relaciona a la interculturalidad como un concepto amplio que puede aplicarse para describir a la región Loreto por la diversidad de etnias que alberga.</p> <p><i>“el hablar de interculturalidad es un concepto muy amplio, más aún acá en Loreto donde tenemos realmente cantidad de etnias, tenemos esa relación con los grupos de comunidades nativas pues a nivel de universidad tenemos un espacio para estudiantes de comunidades nativas”</i> (Entrevista 1, min. 1:28)</p>

	<p>Considera la reserva de vacantes para estudiantes provenientes de comunidades indígenas amazónicas. (UNAP, 2018b, p.41)</p>	<p>Uno de los participantes se autoidentificó como proveniente de la comunidad Kichwa. (Focus group 2, min. 32:00)</p>	<p>Señala la incorporación de jóvenes provenientes de comunidades nativas a través de becas ofrecidas por el estado (Beca 18). <i>“ahora con ‘Beca 18’, estoy hablando de hace tres años, nuestros alumnos vienen de comunidades nativas, ellos vienen con esa idea de regresar a trabajar a su pueblo”</i> (Entrevista 1, min. 11:32)</p>
	<p>El dominio de una lengua nativa es requisito opcional para la obtención de algún grado académico. (UNAP, 2018a, p.23-24; UNAP, 2015b, p.5)</p>	<p>Hay estudiantes que tienen dominio de una lengua originaria. (Focus group 2, min. 32:00)</p>	<p>Ver la categoría: <i>Diseño Curricular</i></p>
	<p>La Facultad de Enfermería considera al enfoque intercultural dentro las siguientes declaraciones:</p>	<p>Reconocen que ellos y sus familias tienen arraigadas ciertas prácticas culturales relacionadas con la salud las cuales conviven junto con</p>	<p>Identifica la relación cultura y salud, reconociendo hábitos ligados a la cultura, de los cuáles algunos podrían llegar a ser</p>

	<p>misión, justificación de la existencia del programa, perfil del ingresante y las competencias del perfil del egresado. (UNAP, 2016, p.8-9, p. 14-15)</p>	<p>los conocimientos adquiridos en su formación universitaria en salud (enfoque biomédico). <i>“cuando un niño está enfermo, está con neumonía, ellos [las comunidades indígenas] no saben que es neumonía, ellos utilizan plantas, ellos ya conocen, lo bañan [al niño], le echan en las noches, son creencias de ellos... hasta yo también tengo esa creencia. Yo tenía un golpe, son creencias de mi mamá, [...] hasta ahorita recuerdo la hoja, yo conozco esa planta, lo preparan y lo cubren la zona afectada, al día siguiente amanece así [hace un movimiento con sus manos señalando que no hay inflamación]. Son creencias... eso me provoca me da unas cosas, las ciencias de la salud es</i></p>	<p>nocivos para la salud, respecto a esto último señala al profesional de la salud como un agente responsable de su modificación o cambio. <i>“en Loreto casi en general hay diversas costumbres que nosotros como docentes tenemos que valorar esas costumbres y algunas un poco hay que incentivarles a modificar las que son más perjudiciales para la salud”</i> (Entrevista 1, min. 8:15). De igual manera manifiesta conocer tanto la misión de la facultad como el perfil de egreso. <i>“Yo como docente del área materno infantil, he tenido el privilegio de trabajar en las diferentes áreas, en el curso de Comunidad 2 se desarrolla todo lo</i></p>
--	---	---	---

		<p><i>[hace un gesto indicando contradicción]... ¿no?... te dice otra cosa, esas creencias he decidido que no las voy a dejar a un costado, pero sí creo que también es importante acudir al médico porque en el centro de salud hay más conocimiento” (Focus group 2, min. 11:40).</i></p> <p>Los estudiantes conocen la misión de la facultad, pero no conocen los perfiles de ingreso y egreso.</p>	<p><i>que es la formación del alumno, desde enfermería básica hasta administración, esos cursos son los que afianzan el perfil del egresado porque tratan que ese alumno todas experiencias que han venido trabajando lo plasmen al final, yo considero que si [se logra la competencia intercultural]”.</i></p> <p>(Entrevista 1, min. 41:30).</p>
DISEÑO CURRICULAR	<p>Se identificaron 12 cursos tributantes a la competencia intercultural, de ellos 4 tributaban totalmente y los 8 restantes parcialmente.</p> <p>De los que tributan totalmente, 2 son electivos ligados directamente a la</p>	<p>Los participantes identificaron que, por la inclusión de temas referidos a interculturalidad en el programa de estudios, los cursos que tributaban en alguna medida a la competencia intercultural podían ser:</p> <p>i) Los que destinaban todo su contenido a la competencia</p>	<p>Señala que la incorporación del enfoque intercultural es transversal o todo el programa de estudios de la facultad, incluyendo el curso que tiene a cargo.</p> <p><i>“ahora en la asignatura tenemos algunas actividades desde las capacidades que nos planteamos todo es con enfoque de</i></p>

	<p>atención de salud, los otros 2 son obligatorios, pero no tratan directamente temas de atención de salud, sino más bien abordan el contexto sociocultural. (UNAP, 2016)</p>	<p>intercultural.</p> <p>ii) Los que destinaban puntualmente algunas sesiones a temas específicos.</p> <p>iii) Los que no tenían programado un tema sobre interculturalidad en específico, pero que por iniciativa del docente se tocaban estos temas a modo de compartir anécdotas y experiencias, estas últimas fueron muy bien valoradas por los estudiantes como su forma predilecta de aprender de sus docentes.</p> <p><i>“No como un tema programado [en el curso de Enfermería en salud del niño y del adolescente], sino dentro de las conversaciones con los profesores, como una</i></p>	<p><i>interculturalidad”</i> (Entrevista 1, min. 2:04)</p>
--	---	---	--

		<p><i>anécdota</i>". (Focus group 1, min. 28:17)</p> <p>Estos cursos coincidían con los identificados en la revisión de documentos.</p>	
	<p>Las temáticas frecuentemente se limitan a describir a la población, territorio, historia, medio ambiente y diversidad cultural y natural, además del estado y problemática de salud regional en distintas etapas de la vida. Son pocos los cursos que tratan directamente sobre el cuidado de enfermería con enfoque intercultural. (UNAP, 2016)</p>	<p>Identificaron frecuentemente temáticas relacionadas a la cultura de la región Loreto, las características socio culturales, demográficas y sanitarias de las comunidades nativas y rurales. Además, se identificaron 2 cursos que abordaban herbología, medicina tradicional regional, medicina alternativa y cuidados de enfermería con enfoque intercultural.</p>	<p>Las temáticas relacionadas a la interculturalidad son las siguientes: Problemática de salud de la región, gestación, parto y puerperio.</p> <p><i>"En nuestro silabo es como un eje transversal la interculturalidad, en todos los aspectos del silabo tenemos que ver con la interculturalidad [...] más experiencia hay en los temas de embarazo, parto y puerperio"</i> (Entrevista 1, min. 14:19)</p>
	<p>La malla curricular no considera la enseñanza de</p>	<p>Necesidad de contar con cursos de lenguas originarias, así como se</p>	<p>Se ha tenido en mente la implementación de cursos de</p>

	<p>una lengua originaria, si considera la enseñanza del inglés. (UNAP, 2016)</p>	<p>hace con el inglés. <i>“Nos han enseñado inglés, pero me hubiera gustado llevar cursos que nos enseñen idiomas de nuestro país, poder conocer un poquito más [...] porque si hubiéramos llevado, hubiéramos tenido conocimiento para poder ayudar a esas personas”</i> (Focus group 2, min. 1:01:25)</p>	<p>lenguas originarias en la malla curricular, aún no se ha logrado implementar. <i>“Se había tomado la decisión que aparte del inglés el alumno debía tener una lengua nativa, aún no se ha plasmado, eso se debería implementar”</i> (Entrevista1, min. 22:13)</p>
	<p>Se ha identificado 2 cursos que abordan el conocimiento de la herbología tradicional de la región Loreto en algunas de sus sesiones, ambos son cursos electivos. (UNAP, 2016, p. 43, p.47).</p>	<p>Los estudiantes expresan la necesidad de contar con cursos que los lleven a un conocimiento más profundo de la herbología tradicional de la región Loreto, incluyendo propiedades, formas de preparación (teórica y práctica). <i>“Idioma nativo, aunque sea algo básico. Medicina natural, tradicional, las propiedades de las plantas, para que se utilizan,</i></p>	<p>—</p>

		<i>preparar, probar los efectos, experimentar</i> ". (Focus group 1, min. 56:05)	
	El curso de Realidad nacional y desarrollo regional es el único que declara salidas específicas a campo para contacto cultural. (Programa de estudios N°3)	Las actividades extramuros o actividades de campo y contacto cultural fueron identificadas como las menos frecuentes, pero más significativas en cuanto a experiencias de aprendizaje, estas actividades podían ser tanto programadas como circunstanciales. <i>"Personalmente a mi, yo si le digo, me gusta vivir las cosas para poder comprender ... y lo que más me gustó fue ir junto con el profesor a la comunidad y conocer más sobre su cultura [de la comunidad visitada], esa fue la estrategia que me gustó más... no me lo</i>	Se ha tenido la oportunidad de tener la participación de parteras de comunidades nativas para que puedan mostrar parte de su trabajo y conocimientos a los estudiantes, así como la oportunidad de acudir a centros de salud con enfoque intercultural (Entrevista 1, min. 16:15). No se logró precisar si esta experiencia pudo llevarse a cabo con la población de estudio. (Entrevista 1, min.14:43)

		<i>contaron, yo lo viví” (Focus group 2, min. 33:50)</i>	
EXPERIENCIAS CLÍNICAS	Los documentos revisados no contenían información sobre las experiencias clínicas programadas relacionadas con el enfoque intercultural.	No todos los estudiantes rotaron en centros de salud de comunidades nativas o con enfoque intercultural, esta oportunidad fue circunstancial, no todos los estudiantes tuvieron esa oportunidad. (Focus group 1, Focus group 2)	Manifestó que se promueve las visitas a centros de salud con salas de parto con adecuación intercultural, donde se busca que los estudiantes tengan participación y contacto con pacientes. Se indicó que actualmente esas rotaciones son obligatorias, pero no se logró precisar si la población de estudio pudo tener esa oportunidad. (Entrevista 1, min.14:43)
	Los documentos revisados no contenían información sobre las experiencias clínicas programadas relacionadas con el	Todos los participantes declararon que sí lograron tener contacto con pacientes diversos culturalmente sobre todo en hospitales regionales. (Focus group 1, Focus	Manifestó que todos los estudiantes han logrado tener contacto con pacientes diversos culturalmente en hospitales regionales, los cuáles

	<p>enfoque intercultural.</p>	<p>group 2)</p>	<p>recientemente también han implementado servicios y ambientes con enfoque intercultural.</p> <p><i>“En los hospitales que rotamos hay pacientes de comunidades rurales, nativas, porque los mismos hospitales tienen la dieta nativa ... entonces si se ponen en contacto con ellos [los estudiantes]”</i></p> <p>(Entrevista 1, 32:09)</p>
<p>—</p>	<p>—</p>	<p>El conocimiento adquirido de estas experiencias de contacto pudo haber sido o no de carácter clínico; pudo haber surgido de la experiencia o demostración de su docente clínico o de otros profesionales con quienes convivió, todo ello forma parte del currículo oculto de las prácticas clínicas.</p>	<p>—</p>

		<p><i>“Me fui a medicina y justo a las 2 am. un paciente fallece y bueno el licenciado estaba esperando que venga el médico para que le hagan sus papeles y nos mandan a cambiar al cadáver y nos vamos con la técnica, cuando vamos a mover a la paciente para sacarle las vías y la paciente estaba muy, muy dura. Luego vino el señor encargado de la morgue y nos dijo ‘tanto se demoran, eso se hace así’. Se fue a la piesera de la cama [...] y preguntó su nombre, recuerdo que se llamaba Isabel. El señor comenzó a hablarle, le dijo: “Señora Isabel te vamos a cambiar, queremos que nos colabores”, fue increíble, luego el señor le agarró el brazo y el brazo ¡pum! se pudo mover. Es la</i></p>	
--	--	---	--

		<p><i>creencia que esas personas tienen” (Focus group 1, min. 32:05).</i></p>	
		<p>Estas experiencias también han servido para identificar modelamiento negativo y positivo de los profesionales con quienes han rotado (quienes no necesariamente han sido sus docentes clínicos), identificando sus atenciones de enfermería como positivas o negativas frente a pacientes diversos culturalmente.</p> <p><i>“Cuando yo roté por pediatría del hospital regional había una niña de 3 años que necesitaba oxígeno... y la señora [la madre] como era de una comunidad indígena, vestía de colores y andaba descalza... y las</i></p>	

		<p><i>licenciadas no querían entrar ahí por el olor, yo decía ‘cómo no van a querer entrar pues si es su paciente’... me mandaban a mi pues, o si no ellas se iban pero con mascarilla, esa era su forma de tratar a ellos pues, había esa diferencia, en cambio con pacientes en otros ambientes ahí si entraban normal”. (Focus group 2, min. 48:45)</i></p>	
<p>DESEMPEÑO DOCENTE</p>	<p>Los documentos revisados no contenían información sobre esta categoría.</p>	<p>En general, se valora positivamente del desempeño de los docentes. (Focus group 1, min. 44:20)</p>	<p>Manifiesta que cuenta con experiencia profesional y contacto clínico con comunidades nativas y rurales, además de capacitación constante dada su actual colaboración en una ONG que le permite además participar de distintos proyectos e incluir a sus estudiantes en estas actividades.</p> <p><i>“Como enfermera si lo hice</i></p>

			<i>[atender comunidades diversas culturalmente], pues hice el SERUMS en comunidades nativas por el Alto Marañón” (Entrevista 1, min. 33:56)</i>
		<p>Manifestaron la necesidad de tener mayor acompañamiento por parte de los docentes en actividades vivenciales y extramurales.</p> <p><i>“En el curso de salud complementaria la docente si bien nos llevaba a aprender técnicas como el tai chi, nos llevaba donde una señora que nos enseñaba pero ella se iba y nos dejaba, no había ese acompañamiento, en cambio en [el curso de] Realidad nacional el profesor si se fue con nosotros, dos días se quedó con nosotros, mostraba interés, las pocas cosas de salud que conocía</i></p>	

		<p><i>nos explicaba” (Focus group 2, min. 56:00).</i></p>	
		<p>Manifestaron la necesidad de que el docente tenga el conocimiento necesario para no dejar a libre interpretación información relacionada con herbología para evitar perpetuar información incompleta, inexacta o estereotipada de una planta medicinal y por ende de conocimiento ancestral.</p> <p><i>“No necesariamente digamos [el profesor] tiene que ser especialista en esa rama, conocer lo indígena... yo te voy a decir porque soy de la zona... a veces los docentes... cada alumno tiene su propia opinión ... algunos opinan muy poca definición de cada planta medicinal, sin hablar</i></p>	

		<i>mal de mis compañeros... el docente debería reforzar en el conocimiento de las plantas, yo pienso que debería ser así” (Focus group 2, min. 57:25)</i>	
OPINIÓN DE LA FORMACIÓN BRINDADA	Los documentos revisados no contenían información sobre esta categoría.	Consideran haber alcanzado la competencia intercultural declarada en el perfil de egreso, reconociendo que esta les ha brindado las bases de conocimiento y la sensibilidad necesaria para seguir perfeccionando esta competencia durante su experiencia profesional. <i>“No le voy a mentir no nos sentimos del todo preparados, porque hay cosas que no sabemos, siempre van a haber cosas que nos vas a sorprender, dependen de las vivencias de cada día” (Focus group 1, min. 51:40)</i>	La docente señala que el hecho de pertenecer a la UNAP brinda facilidad de acceso a rotaciones en distintos hospitales y servicios, teniendo la oportunidad de realizar diversas actividades y en distintos escenarios, lo que relaciona con el logro de la competencia intercultural de los estudiantes del programa. <i>“Yo como docente del área materno infantil, he tenido el privilegio de trabajar en las diferentes áreas, en el curso de Comunidad 2 se desarrolla todo lo que es la formación del alumno,</i>

		<p><i>“yo creo que sí, con los conocimientos que tenemos si lo podemos hacer, con la ayuda de ellos [de la colaboración de las comunidades indígenas], tenemos que involucrarnos con ellos para poder hacer un mejor trabajo”</i> (Focus group 2, min.1:04:03).</p>	<p><i>desde enfermería básica hasta administración, esos cursos son los que afianzan el perfil del egresado porque tratan que ese alumno todas experiencias que han venido trabajando lo plasmen al final, yo considero que si [se logra la competencia intercultural]”</i> (Entrevista 1, min. 41:30).</p>
	<p>—</p>	<p>Identifican oportunidades de mejora para alcanzar la competencia intercultural: Programar mayores experiencias de contacto con miembros de comunidades rurales u originarias, inclusión de cursos de lenguas originarias de la región, cursos que incluyan además de conocimientos teóricos, conocimientos prácticos sobre medicina tradicional. <i>“Nos han enseñado inglés, pero</i></p>	<p>Identifican oportunidades de mejora para alcanzar la competencia intercultural: cursos de lenguas originarias, incluir mayores experiencias de contacto y experiencia clínica en sedes que cuentan con adecuación intercultural. <i>“Nosotros estamos en coordinación con la DIRESA del MINSA [Ministerio de Salud], pero recién el año pasado se ha</i></p>

		<p><i>me hubiera gustado llevar cursos que nos enseñen idiomas de nuestro país, poder conocer un poquito más [...] porque si hubiéramos llevado, hubiéramos tenido conocimiento para poder ayudar a esas personas” (Focus group 2, min. 1:01:25)</i></p> <p><i>“habían casos de personas que venían de comunidades indígenas y uno como enfermero como profesional de la salud no sabemos cómo hacerle entender a esa persona en qué gravedad está su familiar, no sabemos cómo decirle ‘vete a comprar esto’ porque no conocen, no saben, ellos nomás nos están mirando como un bicho raro que le están tocando a sus familiares o a sus bebés y no saben ellos que le</i></p>	<p><i>implementado en el hospital nacional el ambiente para la atención del parto vertical, es una ONG que está trabajando, o sea nos falta esas experiencias insertarlas más en el curriculum, [...] nos falta insertar esas experiencias con nuestros alumnos” (Entrevista 1, min. 39:43).</i></p>
--	--	---	--

		<p><i>están haciendo, porque no sabemos nosotros como comunicarnos frente de ellos, no sabemos su lenguaje o cómo expresarnos frente a ellos para que nos entiendan ... no solo irnos a lo internacional [...], porque en sí el Perú es rico en culturas y deberíamos aprender al menos un idioma de nuestra región” (Focus group 1, min 01:01:00)</i></p>	
--	--	--	--

DISCUSIÓN

Ser consciente que el Perú es un país diverso y pluricultural (MINEDU, 2013; D.S. N°016-2016-SA) podría ser el primer paso para llevarnos a aceptar que, si bien nos reconocemos diversos culturalmente, esta diversidad no se vive en condiciones de igualdad, menos en equidad de acceso a servicios de salud de calidad (MINCUL, 2018), tal y como lo demuestran los resultados de la encuesta realizada por IPSOS y el Ministerio de Cultura en el 2018, donde se pone en evidencia que los hospitales públicos y postas médicas tienen el primer lugar de espacios donde las personas de origen indígena o afroperuano se han sentido discriminados por diversos motivos, como su color de piel, forma de vestir, forma de hablar y niveles de ingreso económico. Tanto la UNAP, como los estudiantes y la docente que participó en el estudio reconocen la diversidad cultural que alberga la región Loreto y la asumen plenamente; pero también son conscientes que esta diversidad no se vive en condiciones de equidad, menos en los servicios de salud, tal y como lo describe Díaz, et al. (2015) cuando comparó los indicadores de salud y acceso a servicios entre poblaciones indígenas y no indígenas de la Amazonía.

La UNAP ha optado por incluir al enfoque intercultural dentro de su gestión y modelo institucional, materializándose esto a través de ciertas disposiciones, las cuales provienen en parte de la Ley Universitaria, de adopción obligatoria por parte de todas las universidades, y otras que son producto de su propia iniciativa para promover el desarrollo de su región. Un ejemplo en el que coincidieron las 3 fuentes de información fue la inclusión de estudiantes diversos culturalmente, esto ha tenido como resultado que los estudiantes provenientes de contextos rurales o indígenas tengan un rol enriquecedor al momento de intercambiar conocimientos junto con los docentes y el resto de sus compañeros, propiciando una suerte de contacto y aula diversa que ayudará al grupo en su proceso de ser conscientes culturalmente, esto último dependerá mucho de la valoración del docente hacia estos estudiantes y la propia competencia cultural del docente para hacer frente a la diversidad dentro del aula (Smith, 2018).

Estas disposiciones también alcanzan al campo curricular de todos los programas de pregrado de la universidad, en donde enfermería no ha sido la excepción. Aneas,

Luna y Palau (2011) a propósito de ello mencionan lo siguiente: “uno de los objetivos de las instituciones de educación superior es promover la cohesión social desde la oferta de programas formativos que colaboren en la comprensión y el respeto por la diversidad cultural” (p.16); es así que dentro de los estudios generales, se tiene un curso llamado: Realidad nacional y desarrollo regional amazónico, el cual se encuentra ubicado al inicio del programa de estudios (primer ciclo) y se encarga de brindar el contexto socio cultural de la región a los estudiantes.

Al hacer una mirada más amplia en cuanto a la integración de la interculturalidad al currículo de la facultad de enfermería de la UNAP, se evidencian 3 modalidades, estas últimas se han basado en el modelo de García – San Pedro (2010), el cual fue elaborado en base a la investigación de Drummond, Nixon y Wiltshire (1998) y citado por Aneas, Luna y Palau (2011).

La primera es la integración interdisciplinar, pues la facultad se sirve de disciplinas auxiliares provenientes de las ciencias sociales, así como de cursos clínicos de formación profesional que abordan la competencia intercultural a través de sesiones específicas en sus programas (por ejemplo, el curso de Nutrición y Dietoterapia dedica una sesión a la nutrición regional, la cual involucra la confección de una pirámide nutricional regional), esto se condice con lo descrito por los autores: “esta integración supondría incorporar unos objetivos específicos, contenidos, actividades y recursos dedicados al trabajo y/o a la relación intercultural en el programa de una asignatura/módulo concreto” (Aneas, Luna y Palau, 2011, p. 6).

La segunda es la integración transversal:

“Esta integración supone la programación de asignaturas/módulos específicos en los que se desarrollan estas competencias con un fundamento epistemológico fundamentalmente intercultural y unas aplicaciones prácticas transferibles a los mayores contextos y escenarios posibles dentro del marco referencial de la titulación. Estas asignaturas pueden formar parte tanto de la oferta troncal y obligatoria como de ser optativas o de libre elección.” (Aneas, Luna y Palau, 2011, p. 6-7)

Dentro de su malla curricular, la facultad ha considerado cursos que contribuyen al desarrollo de la competencia intercultural (por ejemplo: Antropología,

Interculturalidad en salud, Salud complementaria), siendo estos tanto cursos de carácter obligatorio, como electivos; distribuyéndose los mismos a lo largo de la malla curricular.

Finalmente, el tercer tipo de integración es la metodología del aprendizaje servicio (APS), aunque las fuentes no utilizan este nombre en específico, se pone en evidencia su utilización dentro de las actividades académicas para el logro de la competencia intercultural. Aneas, Luna y Palao (2011) mencionan que esta metodología “plantea situaciones de aplicación de las competencias en contextos muy vinculados al rol profesional, en los que la praxis y el ejercicio de funciones y tareas sea la base de la actividad educativa en relación al logro de una meta u objetivos concretos” (p.12), se considera que la facultad aplica este tipo de integración pues muchas de las interacciones que los estudiantes realizan con la comunidad cumplen con las características principales del APS:

- i) Está protagonizado fundamentalmente por los estudiantes: Son precisamente ellos quienes son los responsables de trabajar con la comunidad, participando de visitas domiciliarias, campañas de salud e intervenciones educativas.
- ii) Se propone atender solidariamente una necesidad real y sentida por la comunidad (intencionalidad solidaria): Las intervenciones se realizan a partir de la identificación de necesidades o problemática de salud de la comunidad, en donde los estudiantes participan en actividades educativas o asistenciales.
- iii) Está planificado no solo para atender a esa necesidad social, sino para mejorar la calidad de los aprendizajes (intencionalidad pedagógica): Si bien mucho del trabajo con la comunidad tiene como fin apoyar a la situación y problemática de salud, a través de estas actividades también se logran aprendizajes significativos acerca del aspecto clínico y comunicativo y del contexto social, económico y cultural de la comunidad. Es decir, el aprendizaje no se da solo en escenarios escolarizados, sino se puede dar en las comunidades, en los barrios, de los sabios y ancianos de las comunidades. (Vera-Noriega, 2007)

Para la investigadora Josepha Campinha-Bacote (2010), quien propuso un modelo de atención referido al proceso de competencia cultural en la prestación de servicios de salud, lograr la competencia cultural implica haber desarrollado 5 dimensiones previas: conocimiento cultural, deseo cultural, conciencia cultural, habilidades culturales y encuentros culturales.

El primer constructo propuesto por Campinha-Bacote es el conocimiento cultural, el cual se define como: “El proceso de buscar y obtener una base educativa sólida sobre la diversidad cultural y los grupos étnicos” (Campinha-Bacote, 2002, p.182) respecto a esta dimensión, se tiene que, desde el punto de vista del contenido temático se hace evidente el objetivo de familiarizar y exponer a los estudiantes temática que muestre la realidad de su región en cuanto al territorio, demografía, recursos naturales, situación y problemática de salud, es decir se busca enriquecer el conocimiento cultural a partir del contenido temático curricular, en relación con esto, si bien los cursos que brindan conocimiento regional son de formación general y obligatorios, estos no son dictados por profesionales de la salud, sino por docentes de otras especialidades; por otro lado, la malla curricular de la facultad también cuenta con cursos que abordan directamente el contenido de cuidados de la salud con pertinencia intercultural, sin embargo, al ser electivos este conocimiento no necesariamente forma parte del bagaje de todos los egresados. No se pretende restar el aporte de otras ciencias a la formación de la competencia intercultural en las ciencias de la salud, sin embargo, se debe reconocer que probablemente el conocimiento general que se esté acumulando sea más de contexto y no de intervenciones y cuidados específicos en el campo de la salud, aunque si bien para alcanzar la competencia intercultural se necesita tener conocimiento en otras ciencias (Andrews y Boyle, 2016), ambos podrían complementarse al final de la formación de las y los enfermeros de la UNAP.

Es evidente que tener conocimiento sobre las características culturales de un determinado territorio o sociedad no es suficiente para el desarrollo de la competencia cultural, tal y como lo describe Campinha Bacote en su modelo, otras dos dimensiones, aparte del conocimiento cultural, la constituyen el deseo y la conciencia cultural.

El deseo cultural se define como “la motivación del proveedor de atención médica. querer, en lugar de tener que, participar en el proceso de volverse culturalmente consciente, culturalmente conocedor, culturalmente hábil y familiarizado con los encuentros culturales” (Campinha, 2002, p.182), aunque puede fomentarse el deseo cultural, esta dimensión viene determinada fuertemente por las características y experiencias personales de cada individuo. Tanto la institución, como los participantes de las entrevistas muestran ese deseo e interés por informarse y conocer más de las comunidades de su región con el objetivo de brindar un mejor cuidado de enfermería, es evidente el deseo tanto de los estudiantes como de la docente que los egresados sean culturalmente hábiles brindando atención de enfermería, aspirando a este logro a partir de los encuentros culturales.

La conciencia cultural se define como “el autoexamen y la exploración a profundidad de la propia experiencia cultural y profesional. Este proceso implica el reconocimiento de los sesgos de uno, prejuicios y suposiciones sobre individuos que son diferentes” (Campinha, 2002, p.182), los estudiantes que participaron del focus group mostraron a partir de su propia reflexión personal que cada uno de ellos tiene interiorizado un bagaje cultural regional muy ligado a prácticas de cuidado de la salud, concluyendo que son practicas tan arraigadas que hasta ahora son practicadas por ellos y por sus familias. De igual manera la docente entrevistada también reconoció y describió muchas creencias y practicas de salud ligadas con la cultura de la población, en donde mencionó que existen algunas practicas que no son del todo recomendadas y que los profesionales de la salud deberían desincentivar su uso, acerca de esto último se debería hacer una reflexión más profunda, pues si bien se reconocen que podrían existir practicas nocivas para la salud en distintas culturas, como por ejemplo: la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil o el cuidado y alimentación preferente por los hijos varones (Parra, 2003); también se debería reflexionar sobre aquellas practicas ligadas a la salud que son buenas y aconsejables de perpetuar y seguir por parte de estas comunidades, esto con el fin de brindar una mirada mas decolonial al cuidado de la salud valorando también la sabiduría de los pueblos originarios, dado que son

precisamente estas formas ancestrales de vida, que hasta ahora han logrado perpetuar, lo que les ha mantenido en pie y ayudado a sobrevivir hasta estos tiempos.

Por otro lado, el ser conscientes de las desigualdades de acceso a los servicios de salud, se promueve el deseo de poder tener mayor conocimiento, más experiencias de contacto y el desarrollo de habilidades para ofrecer una mejor atención de enfermería.

El cuarto constructo son las habilidades culturales, definidas como: “la capacidad de recopilar datos culturales relevantes con respecto al problema que presenta el cliente, así como con precisión realizar una evaluación física basada en la cultura” (Campinha, 2002, p.182), esto implica evaluar, valorar y realizar procedimientos basados en la cultura del cliente. Si bien todos los estudiantes han logrado tener contacto con pacientes y comunidades culturalmente diversas, no todos han podido tener rotaciones en centros de salud con adecuación intercultural, siendo estas últimas, experiencias circunstanciales. Mucho de lo que han aprendido a partir de encuentros culturales, en experiencias clínicas y contacto con la comunidad, viene del currículo oculto de las prácticas clínicas, tal y como concluye Flores (2019), quien menciona que:

“el currículum oculto incluye situaciones donde entran en juego la personalidad de los estudiantes, con una tonalidad de matices, resultantes de las interacciones cotidianas con profesores y personal de la institución, que con el tiempo quedan grabadas en la forma de valores y actitudes que delimitan la 'manera de ser'” (p.10)

En donde no necesariamente es el docente clínico quien instruye o brinda nuevo conocimiento, sino que depende mucho de las circunstancias en las que se desarrollan las prácticas, los estudiantes han podido ver como se desempeñan los licenciados de enfermería con los que han podido rotar, observando el trato que se brinda al paciente que proviene de comunidades indígenas o rurales; esto último ha generado en ellos una suerte de crítica al cuidado que se ofrece, pues son conscientes que existe una diferencia en la atención de salud producto de la discriminación por el origen de los pacientes, llevándolos a reflexionar acerca del

modelo que quieren seguir y del futuro enfermero(a) en el que aspiran a convertirse. Acerca de estos episodios de discriminación de los que han sido testigos los estudiantes, coinciden con lo afirmado por el MINCUL (2018), en donde los establecimientos de salud son reconocidos en el primer lugar de las instituciones en donde las personas provenientes de pueblo originarios o afrodescendientes se han sentido discriminados, como afirma Suárez, et al. (2013), es el trabajador de la salud quien con su actitud produce y reproduce la discriminación en el sistema de salud, son estas actitudes las que forman en parte el contenido del currículum oculto de las prácticas clínicas y por ende deberían tenerse en cuenta en el momento de reflexionar acerca de estas experiencias y su impacto en el modelamiento del futuro profesional, pues con la orientación adecuada o sin ella, pueden suceder 2 cosas, o bien el estudiante rechaza la actitud de ese modelo profesional o puede continuar reproduciendo estas actitudes discriminatorias en su quehacer. (Suárez, et al., 2013)

El último constructo son los encuentros culturales, los cuales se definen como: “el proceso que fomenta el proveedor de atención médica para participar directamente en interacciones interculturales con clientes de orígenes culturalmente diversos”. Las experiencias de contacto cultural son valoradas como muy importantes tanto por los estudiantes, como por la docente, quienes al proponer las mejoras que podrían implementarse en el programa consideran necesario incorporar mayores experiencias de contacto, pues reconocen estas oportunidades como significativas en el proceso de aprendizaje, coincidiendo con lo mencionado por Young y Lu (2018) en su investigación: “los encuentros con los pacientes son oportunidades únicas de interactuar con otras culturas, cada encuentro es una oportunidad de aprendizaje”. Los estudiantes han manifestado estar abiertos a las enseñanzas que les permitan afrontar mejor estos casos de diferencias culturales, a pesar de que esto no sea necesariamente conocimiento biomédico, ellos son conscientes que parte de la relación enfermero – paciente está determinado por la calidad en la comunicación que puedan establecer para ofrecer cuidado de calidad y pertinente según la cultura de la persona. (Andrews y Boyle, 2016)

Otro factor que determina el contenido del currículum oculto de la facultad tiene que

ver con la sensibilidad cultural y la apertura que muestre el docente. Mucho de lo que los estudiantes aprendieron ha dependido de la disposición de sus docentes para tratar estos contenidos, compartir experiencias y el conocimiento que hayan podido acumular, podría decirse que el interés mostrado por temas interculturales viene dado por factores personales y otros antecedentes que los predisponen a introducir estas temáticas dentro de sus cátedras, que un docente en enfermería sea culturalmente competente implica que no solo podrá utilizar su conocimiento para que sea aplicado al ejercicio de la enfermería, sino que le permitirá relacionarse e incluir adecuadamente a estudiantes que provengan de distintos contextos culturales y adecuar el contenido y el ambiente educativo respetando su origen y conocimientos. (Smith, 2018)

Los estudiantes valoran positivamente la disposición de los docentes en compartir sus experiencias, de igual manera esperan gestos importantes tanto de ellos como de la facultad, en primer lugar les son significativas aquellas actividades que involucren no solo tener contacto con personas diversas culturalmente en los campos clínicos, sino que también valoran la programación de visitas de campo hacia comunidades que tengan estas características, donde puedan conocer a personas culturalmente diversas dentro de su propio ambiente y poder convivir con ellas, además de conocer la labor de los principales proveedores de salud comunitarios como el papel de los chamanes, médicos tradicionales y parteras. También esperan que sus docentes puedan realizar un acompañamiento más significativo y que se involucren en la adquisición del nuevo conocimiento que comparten con ellos los actores clave de salud de las comunidades; de igual manera al ser este conocimiento tan ampliamente difundido, muchas veces es estereotipado, incompleto o inexacto, por lo que el estudiante espera que su docente despeje estas dudas y pueda brindar conocimiento más exacto, es decir pide que su docente pueda estar capacitado sobre estos temas para absolver dudas.

De igual manera los estudiantes e incluso la institución han identificado la necesidad del dominio, aunque sea a nivel básico, de un idioma originario de la región Loreto. Se espera que esto permita a los egresados mejorar su comunicación con pacientes

diversos culturalmente, pues al identificarlo como una dificultad, ven el conocimiento del idioma como una oportunidad de mejorar esta relación, también esperan que se considere la programación de mayores actividades que promuevan los encuentros culturales, estas expectativas por parte de los estudiantes coinciden con las mencionadas por Ahn (2017); Gordon, McCarter y Myers (2016); Callen y Lee (2009); Young y Lu (2018) quienes resaltan antecedentes como el conocimiento de idiomas y experiencias de contacto como elementos que favorecen a la competencia intercultural de estudiantes de ciencias de la salud, por su parte Choi y Kim (2018), más que el conocimiento de idiomas, resaltan la importancia de encuentros y contacto cultural.

En cuanto al logro de la competencia intercultural los participantes del estudio consideran que los internos han alcanzado esta competencia declarada en su perfil de egreso, sin embargo, son conscientes que esta deberá estar en constante perfeccionamiento, opinan que su formación de pregrado les ha brindado las bases para ello, y, que son necesarias mayores experiencias de contacto en su quehacer profesional para poder ofrecer cuidado de enfermería con pertinencia cultural, Purnell (1999) describe que el logro de la competencia cultural no es un proceso lineal, sino que depende de las experiencias y la propia apertura personal del profesional de la salud, en donde se puede avanzar, retroceder o mantenerse en un nivel dependiendo de las experiencias acumuladas de la persona, evolucionando desde ser “Inconscientemente incompetente”, para luego asumirse “conscientemente incompetente”, lograr ser “conscientemente competente” y aspirar a ser “inconscientemente competente” (Purnell, 1999). De igual manera esta percepción de los estudiantes y de la docente coinciden con lo enunciado por Campinha-Bacote, en donde la autora manifiesta que el proveedor de salud debe verse a sí mismo “en proceso de volverse culturalmente competente” en lugar de asumirse como “ya culturalmente competente”.

Lo descrito en el párrafo anterior constituye la percepción de los participantes respecto al logro de la competencia intercultural. Al analizar específicamente al plan de estudios se evidencia una situación contradictoria, ya que a pesar que la interculturalidad es mencionada en distintas declaraciones de la universidad y la

facultad, esto no se evidencia en el bagaje de conocimiento final con el que egresan los estudiantes, además de que el abordaje de la interculturalidad en las asignaturas depende constantemente de la iniciativa del docente, es crítico entonces que estos factores estén supeditados a las circunstancias y no se estandarice el acceso a estos conocimiento/experiencias, entonces, la importancia del apoyo de los directivos en cuanto a la asignación de recursos para que las experiencias de estas innovaciones se amplíen a otras asignaturas, se implementen las oportunidades de mejora identificadas y todo ello sea sostenible en el tiempo, es vital. El logro de la competencia intercultural depende de una serie de factores y no solamente de un docente (Pitama, et al., 2018).

También cabe señalar que el logro de la competencia intercultural no se ha explorado desde el impacto de su formación. Dado que no ha sido medida con un instrumento como tal, además, y este sería un factor trascendental, no se ha recolectado información desde el beneficiario directo de esta competencia que serían los usuarios (individuo, familia y comunidad) del servicio y serían aquellos que podrían brindar retroalimentación significativa en cuanto al impacto en el cuidado de enfermería de la competencia intercultural, sumado a que la forma en cómo evaluar la formación de esta competencia y el impacto de la inclusión del enfoque intercultural en currículos de programas de formación en ciencias de la salud aún no ha sido estandarizado ni llegado a un consenso, existiendo en la actualidad tanto variedad en la forma de evaluarla, como evidencia poco cuantiosa acerca del tema.

CONCLUSIONES

1. La interculturalidad se ha incorporado a la UNAP desde lo dispuesto en la actual normativa legal universitaria y desde el compromiso de la institución con el desarrollo de la región Loreto. Según el modelo de incorporación de la interculturalidad en el currículo elaborado por García – San Pedro (2010), la Facultad de Enfermería de la UNAP ha incorporado la interculturalidad a su currículo mediante 3 modalidades: por integración interdisciplinar (mediante disciplinas auxiliares o la incorporación de contenidos específicos dentro de

cursos clínicos), por integración transversal (mediante asignaturas específicas obligatorias o electivas que se distribuyen a lo largo de la malla curricular) y por integración mediante la metodología del Aprendizaje Servicio (intervenciones dirigidas a trabajar directamente con la comunidad una problemática en específico con fines tanto de apoyo social como pedagógicos).

2. Desde el contenido temático, la interculturalidad se aborda mayormente desde lo contextual; siendo pocos los cursos que abordan la interculturalidad focalizada en intervenciones de enfermería con pertinencia cultural; estos últimos al ser de carácter electivo, no siempre formarán parte del bagaje de conocimiento del egresado.
3. Un factor que contribuye considerablemente a la formación de la competencia intercultural proviene del currículo oculto de las prácticas clínicas, surgiendo dos temas importantes: el primero es la discriminación hacia personas culturalmente diversas por parte del personal de enfermería. El segundo es el aprendizaje de contenido relacionado con la salud y la cultura, el cual es brindado no solo por su docente clínico, sino también de otros licenciados(as) de enfermería y trabajadores de otras profesiones. Ambos están mediados por la competencia y sensibilidad intercultural de los docentes y otros enfermeros que puedan acompañar a los estudiantes durante sus prácticas, siendo el rol modelador de estos profesionales determinantes para el avance o retroceso en el camino hacia el logro de la competencia intercultural.
4. Las situaciones que acerquen a los estudiantes a experiencias de contacto vivencial con personas culturalmente diversas en contextos comunitarios o clínicos son valoradas significativamente por estudiantes y docentes pues permite acercarse, interactuar y desarrollar habilidades culturales y empatía que ayuden a derribar estereotipos y prejuicios a través del contacto, por ello ambas fuentes consideran necesaria una mayor inclusión de estas experiencias en el currículo; otras oportunidades de mejora identificadas fueron la inclusión de la enseñanza de un idioma originario de la región, así

como docentes capacitados y competentes culturalmente.

5. Los estudiantes consideran haber alcanzado la competencia intercultural declarada en los documentos de la facultad, pero también coinciden que aún puede mejorarse y perfeccionarse a través de la capacitación docente en temas de interculturalidad, la inclusión de actividades dirigidas a incrementar las experiencias de contacto en contextos comunitarios y clínicos, así como la inclusión de cursos de idiomas originarios, herbología y actividades de aplicación de medicina tradicional.
6. La docente considera que los internos han logrado alcanzar la competencia intercultural al final de su formación, esto lo relaciona con las oportunidades en experiencias clínicas que ofrece la institución y la transversalización del enfoque intercultural a lo largo del currículo de la carrera de enfermería.
7. El análisis realizado en cuanto al logro de la competencia intercultural se ha hecho en base a la percepción de los participantes del estudio, más no desde un análisis de impacto de esta competencia en la entrega de los cuidados de enfermería
8. Existe una situación contradictoria respecto a la declaración del logro de la competencia intercultural con los hallazgos respecto a la incorporación de la interculturalidad en el programa, si bien los participantes coinciden en indicar que los egresados si logran alcanzar dicha competencia, desde el plan de estudios de la carrera es evidente una brecha en el bagaje de conocimiento y experiencias de contacto al egresar, la cual está determinada por el carácter electivo de algunos cursos, por el currículo oculto, la iniciativa del propio docente y el apoyo de la facultad, pues una incorporación exitosa depende de un esfuerzo en conjunto y no de iniciativas aisladas.

PROYECCIONES

Esta investigación espera ser un insumo relevante, dado que cuenta con información de línea de base, para la implementación de innovaciones curriculares dirigidas a mejorar las condiciones en las que se forma la competencia intercultural

en los estudiantes de enfermería de la UNAP, entre ellas, experiencias de contacto e inmersión cultural y la implementación de cursos de idiomas originarios.

De igual manera se espera que los futuros cambios que se puedan llegar a realizar en el currículo promuevan la generación de otras investigaciones que se dediquen a evaluar los resultados de estas innovaciones para el proceso de mejora continua del currículo; se extiende también como propuesta metodológica para otras instituciones que quieran estudiar la formación de la competencia intercultural desde sus currículos, la misma que debería ser adaptada y revisada para su uso de acuerdo al contexto educativo y/o territorial.

En esta ocasión la información recogida se ha limitado únicamente a fuentes pertenecientes a la UNAP, no teniendo otra fuente de contraste adicional externa a la universidad, se espera que en el futuro se pueda evaluar la competencia intercultural desde el punto de vista de los beneficiarios del servicio, es decir desde los propios usuarios que son atendidos por los estudiantes y egresados de esta universidad. También sería interesante incluir en futuras versiones la participación de autoridades y jefaturas (decanos, coordinadores, directores u otros) que estén relacionados de alguna forma con la implementación del enfoque intercultural en el currículo desde su gestión y facilitación de recursos.

Finalmente, se espera que esta investigación pueda motivar estudios comparativos entre programas de enfermería de universidades de Lima y provincias, así como de gestiones públicas y privadas, para analizar la comparación entre estos contextos y el espacio que le dan a la competencia intercultural en sus currículos.

LIMITACIONES

Las principales limitaciones que ha tenido esta investigación han sido las generadas por la pandemia del COVID-19 del 2020, debido a la dificultad en la ejecución del trabajo de campo por la limitación de vuelos y viajes hacia Iquitos, una de las ciudades más afectadas por la pandemia en el Perú, además de la afectación familiar y social de dicho contexto en el ámbito personal; de igual manera ocurrieron paros y tomas de sede de estudiantes, docentes y administrativos de la UNAP durante el segundo semestre del 2019 lo que retrasó la ejecución de la primera fase

de la investigación.

Por otro lado, no se tuvo la participación esperada de los docentes, dado el contexto sanitario ya descrito, lo que ha limitado tener un panorama más detallado y representativo acerca de sus opiniones y percepciones respecto a la formación de la competencia intercultural en la UNAP.

Finalmente, el estudio de la competencia intercultural en el currículo de las ciencias de la salud es un tema que ha sido poco abordado desde los profesionales de la salud y dada la complejidad de

su naturaleza y la breve expertis de la investigadora para analizar estos aspectos pudieron ocasionar, a pesar de las medidas y criterios de rigor adoptados, algún sesgo en el recojo de los datos.

BIBLIOGRAFÍA

Ahn, J. W. (2017). Structural equation modeling of cultural competence of nurses caring for foreign patients. *Asian nursing research*, 11(1), 65-73.

Alpers, L. M., y Hanssen, I. (2014). *Caring for ethnic minority patients: A mixed method study of nurses' self-assessment of cultural competency*. *Nurse education today*, 34(6), 999-1004.

Andrews, M., y Boyle, J. (Ed.). (2016). *Transcultural concepts in nursing care*. (7ma. ed.). Wolters Kluwer.

Aneas, A., Luna, E. y Palou, B. (2011). *Integración curricular del desarrollo de competencias interculturales*. En H. Salmerón, *Desarrollo de competencias personales*. Valencia; Patronato Norte-Sur. Universidad de Valencia (121-146)

Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería – ASPEFEEN. (2019). *Tabla de Especificaciones del Examen Nacional de Enfermería (ENAE)*. Lima, Perú. Recuperado de: <http://www.aspefeen.org.pe/enae/doc/TablaEspecificaciones.pdf>

Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2003). *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)*. Recuperado de: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamericana_diagn_psiq_gladp.pdf

- Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios (BDPI). (2019). *Lista de Pueblos Indígenas u Originarios*. Lima, Perú. Ministerio de Cultura. Recuperado de: <http://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>
- Borrell, R. M. (2012). *Educación en salud pública: tendencias, desafíos y recursos de aprendizaje*. OPS.
- Borrell, R. M., & Godue, C. (2008). *La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud*. OPS.
- Borrell, R. M., Malvárez, S., y Frías, S. (2011). *Educación en ciencias de la salud hacia la APS y los libros de texto*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Estados Unidos.
- Cabrera, F. C. (2005). *Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa*. *Theoria*, 14(1), 61-71.
- Callen, B. L., y Lee, J. L. (2009). *Ready for the world: Preparing nursing students for tomorrow*. *Journal of Professional Nursing*, 25(5), 292-298.
- Campinha-Bacote, J. (2002). *The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care*. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 181- 184.
- Canadian Nurses Association. (2018). *Position statement: Promoting Cultural Competence in Nursing*.
- Cassiani, S.H.B., Bassalobre-García, A., y Reveiz, L. (2015). *Acceso universal a la salud y cobertura universal de salud: la identificación de prioridades de investigación en la enfermería en América Latina*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1195-1208.
- Castañeda, A. (2006). *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos Indígenas*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Costa Rica.
- Colegio de Enfermeros del Perú (CEP). (2002). *Ley del Trabajo de la Enfermera (o)* N° 27669. Lima, Perú. Recuperado de: http://cep.org.pe/download/ley_trabajo_enfermero.pdf
- Colegio de Enfermeros del Perú (CEP). (2009). *Código de Ética y Deontología*. Lima, Perú. Recuperado de: http://cep.org.pe/download/codigo_etica_deontologia.pdf

- Colegio de Enfermeros del Perú (CEP). (2015). *Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero*. Lima, Perú. Recuperado de: <http://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2017/03/Normas-Gesti%C3%B3n-del-cuidadoenero2015.pdf>
- Consejo Internacional de Enfermeras - CIE. (1998). *Declaración de Posición: Enfermeras y los Derechos Humanos*.
- Consejo Internacional de Enfermeras - CIE. (2007). *Declaración de Posición: Competencia Cultural y Lingüística*.
- Consejo Internacional de Enfermeras - CIE. (2019). *Definiciones*. Ginebra, Suiza: CIE. Recuperado de: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- Creech, C., Filter, M., Wehbe-Alamah, H., McFarland, M. R., Andrews, M., y Pryor, G. (2017). *An intervention to improve cultural competence in graduate nursing education*. *Nursing education perspectives*, 38(6), 333.
- Creswell, J. W., y Poth, C. N. (2017). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. Sage publications.
- Díaz, A., Arana, A., Vargas-Machuca, R., y Antiporta, D. (2015). *Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38, 49-56.
- Díaz-Bazo, C. (2018). *Los criterios y estrategias de calidad: lo invisible en la publicación de las investigaciones cualitativas*. 7º Congreso Iberoamericano en Investigación Cualitativa (CIAIQ).
- Díaz, O. S. (2015). *Formación en competencias para la comprensión cultural en el cuidado de enfermería*. *Revista Colombiana de Enfermería*, 10, 35-44.
- Emanuel, E. (1999). *¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos*. *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 33-46.
- Escobar-Pérez, J., y Cuervo-Martínez, Á. (2008). *Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización*. *Avances en medición*, 6(1), 27-36.
- Estevan, M. D. G., y Ruíz, M. D. C. S. (2017). *La aplicación del modelo de*

- competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. Atención primaria, 49(9), 549-556.*
- Flood, J. L., y Commendador, K. A. (2016). *Undergraduate nursing students and cross-cultural care: A program evaluation. Nurse education today, 36, 190-194.*
- Flores Serna, A. (2019). *El currículo oculto durante la práctica pre profesional de medicina. Educación Superior, 6(2), 47-58.*
- Giger, J., Davidhizar, R. E., Purnell, L., Harden, J. T., Phillips, J., y Strickland, O. (2007). *American academy of nursing expert panel report: Developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. Journal of Transcultural Nursing, 18(2), 95-102.*
- Gordon, W. M., McCarter, S. A., y Myers, S. J. (2016). *Incorporating antiracism coursework into a cultural competency curriculum. Journal of midwifery & women's health, 61(6), 721-725.*
- Guba, E. G. (1989). *Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. In La enseñanza: su teoría y su práctica (pp. 148-165). Akal.*
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación. 8va. edición. México: McGraw-Hill.*
- Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. (2018). *La Autoidentificación Étnica: Población indígena y afroperuana. Lima, Perú.*
- Jofre, S. A., y Cerda, C. A. S. (2017). *Migración en Chile: nuevo desafío para la formación de competencias culturales en estudiantes de enfermería. Enfermería actual de Costa Rica, (33).*
- Karatay, G., Bowers, B., Karadağ, E. B., y Demir, M. C. (2016). *Cultural perceptions and clinical experiences of nursing students in Eastern Turkey. International nursing review, 63(4), 547-554.*
- Lillo, M., Galao, R., Casabona, I., y Mora, M. D. (2004). *Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. Revista electrónica EVIDENTIA, 1(3).*
- Lillo, M., Vizcaya, F., Domínguez, J. M., y Galao, R. (2004). *Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. Index de Enfermería, 13(44-45), 47-50.*

- Malvárez, S. (2006). *Recursos humanos de enfermería: desafíos para la próxima década*. Enfermería Universitaria (México).
- Menezes, F., Borrel, R. M. (2014). *La misión social de la educación médica para alcanzar la equidad en salud*. OPS.
- Ministerio de Cultura – MINCUL.(2018). *I Encuesta Nacional Percepciones sobre Diversidad Cultural y Discriminación étnico racial*. Lima, Perú.
- Ministerio de Cultura del Perú - MINCUL. (2015). *Línea de Base de Brechas Sociales por Origen Étnico en el Perú*. Lima, Perú. Ministerio de Cultura
- Ministerio de Educación del Perú - MINEDU. (2013). *Lenguas Originarias del Perú*. Lima, Perú. Ministerio de Educación.
- Ministerio de Educación del Perú – MINEDU. (2018). *Lenguas Originarias del Perú*. Lima, Perú. Ministerio de Educación.
- Ministerio de Salud del Perú - MINSA. (2011). *Competencias Laborales para la mejora del desempeño de los recursos humanos en salud*. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos. Serie Bibliográfica: Documentos Técnicos y Normativos en Salud N°2. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud del Perú - MINSA. (2016). *Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú 2015*. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud. (2018). *Plan nacional de formación profesional y desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud 2018-2021*. Lima, Perú.
- Narváez, H., & Nayip, F. (2012). *Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena*. Ciencia y enfermería, 18(3), 17-24.
- Nygren-Krug, H., Cassels, A., Clapham, A., Gruskin, S., & Tarantola, D. (2002). *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Ginebra, Suiza. OMS. Organización de las Naciones Unidas. (2000). *Observación General N° 14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales Y Culturales*. Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (1972). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS.
- Olukotun, O., Mkandawire-Vahlmu, L., Kreuziger, S. B., Dressel, A., Wesp, L., Sima, C., Scheer, V., Weitzel, J., Washington, R., Hess, A., Stevens P. y Kako, P.

- (2018). *Preparing culturally safe student nurses: An analysis of undergraduate cultural diversity course reflections*. Journal of Professional Nursing, 34(4), 245-252.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura – UNESCO. (2017). *Competencias interculturales: Marco conceptual y operativo*.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Conferencia mundial contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia*. Washington, Estados Unidos.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Metas Regionales en Materia de Recursos Humanos para la Salud 2007-2015*. Washington, Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas*. Washington, Estados Unidos.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Enfermedades Transmisibles, No Transmisibles, Salud a lo Largo del Ciclo de la Vida, Sistemas de salud*. Lima, Perú: Sala de Información y Análisis en Salud – Perú. Consultado 25 de junio de 2019. Recuperado de: <http://siaperu.paho.org/SIA/index.php/sala-de-situacion#/categorie/1/enfermedades-transmisibles>.
- Parra, O. (2003). El derecho a la salud en la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Defensoría del Pueblo de Colombia. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>
- Plaza del Pino, F., y Soriano, E. (2009). *Formación de los profesionales de enfermería: Cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI*. Index de Enfermería, 18(3), 190- 194.
- Pitama, S. G., Palmer, S. C., Huria, T., Lacey, C., y Wilkinson, T. (2018). *Implementation and impact of indigenous health curricula: a systematic review*. Medical education, 52(9), 898-909.
- Pulido-Fuentes, M., González, L. A., da Silva Vieira, M. D. F., y Martos, J. A. F. (2017). *Health competence from a transcultural perspective. Knowing how to approach transcultural care*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 237,

365-372.

- Purnell, L. D. (1999). *El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación*. Cultura de los cuidados, Año III, n. 6 (2° semestre 1999); 91-102.
- República del Perú. *Política Sectorial de Salud Intercultural - D.S. N°016-2016-SA*. Aprobada el 2 de abril de 2016.
- Sánchez, S. (2018). *Teaching the Meaning of Culture in a Baccalaureate Nursing Curriculum*. Creative nursing, 24(1), 20-26.
- Sandoval Casilimas, C. A. (1996). *Investigación cualitativa*. Bogotá, Colombia: ARFO Ltda.
- Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación Educativa (SINEACE). (2019). *Buscador de Instituciones y Carreras Acreditadas*. Lima, Perú. Recuperado de: <https://app.sineace.gob.pe/buscador/acreditacion.aspx>
- Smith, L. S. (2018). Competencia cultural: guía para la enfermera docente. Nursing (Ed. española), 35(3), 56-59.
- Stott, L., y Ramil, X. (2014). *Metodología para el desarrollo de estudios de caso*. Centro de innovación en tecnología para el desarrollo humano. ITD, UPM.
- Suárez Conejero, J., Godue, C., García Gutiérrez, J. F., Magaña Valladares, L., Rabionet, S., Concha, J., ... y Liendo Lucano, L. (2013). *Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas*. Revista Panamericana de Salud Pública, 34, 47-53.
- Superintendencia Nacional de Educación Universitaria (SUNEDU). (2019a). *Estadísticas de universidades por programas de estudio*. Lima, Perú. Recuperado de: <https://www.sunedu.gob.pe/sibe/>
- Superintendencia Nacional de Educación Universitaria (SUNEDU). (2019b). *Lista de Universidades*. Lima, Perú. Recuperado de: <https://www.sunedu.gob.pe/lista-universidades/>
- Superintendencia Nacional de Educación Universitaria (SUNEDU). (2019c). *RS. 012.2019-SUNEDU/CD Otorgan Licencia Institucional a la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana para ofrecer el servicio educativo superior universitario en su sede y filiales verificadas*. Lima, Perú. Recuperado de:

https://www.unapiquitos.edu.pe/transparenciaaa/Documentos_UNAP_2019/Documentos%20varios/otorgan-licencia-institucional-a-la-universidad-nacional-de-resolucion-no-012-2019-suneducd-1737266-1.pdf

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. (2016). *Plan Curricular, Plan de Estudios y Malla curricular 2015 de la Facultad de Enfermería de la UNAP*. Recuperado de: <https://www.unapiquitos.edu.pe/enfermeria.php>

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. (2018a). *Reglamento General UNAP*. Iquitos, Perú. Recuperado de: <https://www.unapiquitos.edu.pe/gobierno/REGLAMENTO-GENERAL-UNAP.pdf>

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. (2018b). *Estatuto de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana - UNAP*. Iquitos, Perú. Recuperado de: https://www.unapiquitos.edu.pe/gobierno/ESTATUTO-UNAP-MODIFICACIONES-EN-ASAMBLE-UNIVERSITARIA-POR-SUNEDO_16-1-2019.pdf

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. (2019a). *Reseña Histórica*. Iquitos: UNAP. Recuperado de: <https://www.unapiquitos.edu.pe/resena.php>

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. (2019b). *Área de Influencia*. Iquitos: UNAP. Recuperado de: <https://www.unapiquitos.edu.pe/influencia.php>

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. (2019c). *Misión y Visión*. Iquitos: UNAP. Recuperado de: <https://www.unapiquitos.edu.pe/misionvision.php>

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. (2019d). *Reglamento de Admisión de Pre grado*. Iquitos: UNAP. Recuperado de: <https://www.unapiquitos.edu.pe/admision.php>

Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. (2019e). *Reseña Histórica*. Iquitos: Facultad de Enfermería. Recuperado de: <https://www.unapiquitos.edu.pe/enfermeria.php>


Veliz-Rojas, L., Bianchetti-Saavedra, A. F., y Silva-Fernández, M. (2019). *Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural*. *Cadernos de Saúde Pública*, 35 (1), e00120818.

- Vera-Noriega, J. (2007). *Teoría y método en el diseño curricular intercultural por competencias*. Ra Ximhai: revista científica de sociedad, cultura y desarrollo sostenible, 3(2), 397-416.
- Young, S., y Lu, K. (2018). *Educational interventions to increase cultural competence for nursing students*. International Journal of Organization Theory & Behavior.
- Yilmaz, M., Toksoy, S., Direk, Z. D., Bezirgan, S., y Boylu, M. (2017). *Cultural sensitivity among clinical nurses: A descriptive study*. Journal of Nursing Scholarship, 49(2), 153-161.

ANEXOS

- Anexo 1: Carta aprobación CEISH
- Anexo 2: Carta aprobación UNAP
- Anexo 3: Pauta de entrevista para focus group
- Anexo 4: Pauta de entrevista individual
- Anexo 5: Mapa del desarrollo de la competencia intercultural en la malla curricular de la Facultad de Enfermería de la UNAP.

Anexo 1


FACULTAD DE MEDICINA

**UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES**

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO
(Documento en versión 2 corregida 28.05.2018)

Con fecha 11 de Noviembre de 2019, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, integrado por los siguientes miembros:

Dr. Manuel Oyarzún G., Médico Neumólogo, Presidente
Dra. Lucia Cifuentes O., Médico Genetista, Vicepresidente Subrogante
Sra. Claudia Marshall F., Educadora, Representante de la comunidad.
Dra. Grisel Orellana, Médico Neuropsiquiatra
Prof. Julieta González B., Bióloga Celular
Dra. Maria Angela Delucchi Bicocchi, Médico Pediatra Nefrólogo.
Dr. Miguel O’Ryan, Médico Infectólogo
Prof.^a Maria Luz Bascuñán Psicóloga PhD, Prof. Asociado
Sra. Karima Yarmuch G., Abogada
Srta. Javiera Cobo R., Nutricionista, Secretaria Ejecutiva

Ha revisado el Proyecto de Investigación titulado: **INCORPORACIÓN DE LA INTERCULTURALIDAD EN EL CURRÍCULO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA PARA EL LOGRO DE COMPETENCIAS INTERCULTURALES.** Cuyo investigador responsable es la Sra. Natalia Quispe Félix, quien desempeña funciones en el Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de Chile


El Comité revisó los siguientes documentos del estudio:

- Proyecto de Tesis para optar al grado de Magister en Educación en Ciencias de la Salud
- Cv del Investigador y Tutor
- Consentimientos Informados
- Carta Compromiso del investigador para comunicar los resultados del estudio una vez finalizado este

El proyecto y los documentos señalados en el párrafo precedente han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Sobre la base de esta información el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los aspectos del proyecto que a continuación se señalan:

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl





FACULTAD DE MEDICINA

**UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES**

Sin perjuicio de lo anterior, según lo establecido en el artículo 10 bis del D.S N° 114 de 2011, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de la ley N° 20.120; es preciso recordar que toda investigación científica en seres humanos deberá contar con la autorización expresa del o de los directores de los establecimientos dentro de los cuales se efectúe, la que deberá ser evacuada dentro del plazo de 20 días hábiles contados desde la evaluación conforme del CEISH, siendo de responsabilidad del investigador enviar a este Comité una copia de la misma dentro del plazo señalado.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Se extiende este documento por el periodo de **2 años** a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

Lugar de realización del estudio:

- Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana


Srta. Javiera Cobo Riveros
Secretaria Ejecutiva CEISH

Santiago, 11 de Noviembre de 2019.

Proyecto: N° 159-2019
Archivo acta: N° 131

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl



Anexo 2



UNAP

Facultad de Enfermería

"Año de la Lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

Iquitos, 01 de octubre de 2019

OFICIO N° 0691-2019-FE-UNAP

Señora
Natalie Patricia QUISPE FÉLIX
Investigadora Responsable de Proyecto de Tesis

Presente. -

Asunto: Autorización para ejecución proyecto de tesis

Me dirijo a usted, para expresar mi cordial saludo y al mismo tiempo manifestar que esta decanatura, otorga el **permiso y la autorización para ejecutar el proyecto de tesis: "Incorporación de la Interculturalidad en el Currículo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana para el Logro de Competencias Interculturales"**, para optar el grado de Magister en Educación en Ciencias de la Salud de la Universidad de Chile.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

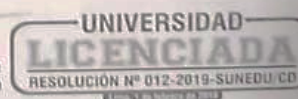


Carmen Díaz de Córdova
Dra. Carmen DÍAZ DE CÓRDOVA
Decana

C.c.: Vigilancia, Archivo.

Todos Comprometidos con la Acreditación.
Dirección: Pasaje Dina Limaco N° 186, Iquitos, Perú
Teléfono: (065) 26 6368

www.unapiquitos.edu.pe
Correo: enfermeriaunap@hotmail.com



Anexo 3

PAUTA DE PREGUNTAS GUÍA FOCUS GROUP

Moderadora: Natalie Quispe Félix.

1. Actividades previas:

- 1.1 Bienvenida
- 1.2 Registro
- 1.3 Presentación de los participantes

2. Recogida de información

2.1 Conocimiento conceptual

- 2.1.1 ¿Qué entienden por la palabra “interculturalidad”?
- 2.1.2 ¿De qué región o regiones provienen ustedes/o sus familias?
- 2.1.3 ¿Qué lenguas originarias conocen o hablan?
- 2.1.4 ¿Qué costumbres, en relación a su región de origen, aún se reproducen en sus familias?
- 2.1.5 ¿Cuáles de esas costumbres se relacionan con temas de salud / nutrición / enfermedad / duelo / espiritualidad / gestación?
- 2.1.6 ¿Qué opinan sobre estas costumbres?
- 2.1.7 ¿Cuáles de estas costumbres se confrontan con sus conocimientos adquiridos en la universidad?
- 2.1.8 ¿La atención de salud que se brinda actualmente es coherente con las costumbres de la población de la región amazónica?

2.2 Diseño curricular:

- 2.2.1 ¿Qué cursos de la malla curricular (sean electivos u obligatorios; de formación general o de especialidad) tratan **directamente** temas de la cultura de la población o salud intercultural?
- 2.2.2 ¿Qué cursos de la malla curricular (sean electivos u obligatorios; de formación general o de especialidad) abordaron **en algún momento** temas de la cultura de la población o salud intercultural? ¿Qué temas fueron?
- 2.2.3 ¿Qué tan importante consideran que fue lo aprendido en estos cursos para su formación como futuros profesionales?

2.3 Estrategias de enseñanza aprendizaje:

- 2.3.1 Respecto a los cursos mencionados, ¿Qué estrategias usaba el profesor para enseñar (clase expositiva, estudio de casos, paciente simulado, aprendizaje basado en problemas, role playing, aprendizaje basados en proyectos, aprendizaje servicio, otros)?
- 2.3.2 ¿Qué estrategia les agradó más y cuáles les hubiera gustado que aplicara su docente?
- 2.3.3 Como parte de estos cursos, ¿Tuvieron la oportunidad de hacer visitas a sedes clínicas, comunidades específicas para contacto clínico o tuvieron la visita de algún miembro de estas comunidades que pudiera complementar lo brindado en el curso? ¿Cómo fue la experiencia?

2.4 Estrategias de evaluación:

- 2.4.1 ¿Qué tipo de actividades o trabajos (evaluación escrita, presentación de casos clínicos, proyectos, ensayos, etc.) debieron realizar durante el curso?
- 2.4.2 ¿Qué estrategia de evaluación les agradó más y por qué?
- 2.4.3 ¿Qué es lo que aprendieron en estos cursos?

2.5 Experiencias clínicas:

- 2.5.1 Durante sus periodos de prácticas clínicas o internado, ¿Han podido rotar por sedes clínicas o comunitarias ubicadas en poblaciones nativas o rurales?
- 2.5.2 ¿Qué características particulares tenían estas sedes (ubicación, infraestructura, decoración, personal, etc)?
- 2.5.3 ¿Cómo fue la rotación en estas sedes?
- 2.5.4 Durante sus periodos de prácticas clínicas o internado ¿Han podido tener contacto con pacientes provenientes de comunidades nativas o rurales?
- 2.5.5 ¿Cómo fue la experiencia de atención con este tipo de pacientes?

2.6 Desempeño docente:

- 2.6.1 De los cursos que abordaron de algún modo la interculturalidad en salud ¿Cómo fue el desempeño de su docente en cuanto al dictado

del curso (conocimiento del curso, presentación de los temas, estrategias de enseñanza)?

2.7 Opinión de la formación brindada:

- 2.7.1 Estando a puertas de egresar, ¿La experiencia y conocimientos adquiridos durante el pregrado les permitirán brindar atención bajo un enfoque intercultural de la salud?
- 2.7.2 ¿Qué temas les hubiera gustado aprender o profundizar acerca de la interculturalidad?
- 2.7.3 ¿Qué otros cursos les hubiera gustado llevar?
- 2.7.4 Si se presentara la oportunidad ¿Trabajarían con estas comunidades? ¿Porqué?
- 2.7.5 La Facultad de Enfermería de la UNAP ha declarado en el perfil específico del egresado lo siguiente: “El egresado de la carrera de enfermería cuidará a la persona, familia y comunidad, aplicando estándares de calidad, considerando el contexto intercultural y la participación de los actores sociales.”; ¿Consideran ustedes que como próximos egresados han logrado alcanzar dicho perfil?

2.8 Comentarios adicionales

- 2.8.1 ¿Hay algo más que les gustaría agregar sobre el tema conversado?

Anexo 4

PAUTA DE PREGUNTAS GUÍA ENTREVISTA INDIVIDUAL

Entrevistadora: Natalie Quispe Félix.

1. Actividades previas:

- 1.1 Bienvenida
- 1.2 Firma del consentimiento informado

2. Inicio del recojo de información

2.1 Conocimiento conceptual

- 2.1.1 ¿Qué entiende por la palabra “interculturalidad”?
- 2.1.2 ¿De qué región o regiones provienen usted o su familia?
- 2.1.3 ¿Qué lenguas originarias conoce o habla?

- 2.1.4 ¿Qué costumbres, en relación con su región de origen, aún se reproducen en su familia?
- 2.1.5 ¿En la región amazónica se brinda una atención de salud coherente con las costumbres de la población? ¿Cuál ha sido su experiencia al respecto?
- 2.1.6 ¿Cree que los estudiantes de la facultad están interesados por aprender a relacionarse y atender a la población desde un enfoque intercultural?

2.2 Diseño curricular:

- 2.2.1 ¿Qué cambios se han realizado al sílabo del curso?
- 2.2.2 Si el curso es electivo: ¿Por qué cree que los estudiantes optan por este curso? ¿Considera que el curso debería ser de carácter obligatorio?
- 2.2.3 ¿Cómo cree que este curso aporta al estudiante sobre temas de interculturalidad en salud en la población o cómo brindar atención en ese contexto?
- 2.2.4 Si usted pudiera realizar un aporte o cambio al curso independientemente de restricciones (presupuestales, horarias o de otra índole), ¿Cuál sería? Por ej. acudir a comunidades, solicitar rotaciones por centros de salud especializados en el tema, invitar docentes o miembros de estas comunidades, aprender lenguas originarias.
- 2.2.5 ¿Considera que el plan de estudios de la facultad / malla curricular logra formar la competencia intercultural en los estudiantes?
- 2.2.6 ¿Qué cursos considera que deben ser agregados para fortalecer la malla curricular en virtud de la formación de la competencia intercultural?

2.3 Estrategias de enseñanza aprendizaje:

- 2.3.1 ¿Qué estrategias de enseñanza aprendizaje utiliza en su curso (clase expositiva, estudio de casos, paciente simulado, aprendizaje basado

en problemas, role playing, aprendizaje basados en proyectos, aprendizaje servicio, otros)?

- 2.3.2 ¿Qué método considera que favorece más al estudiante? ¿Por qué?
- 2.3.3 ¿Qué estrategia le hubiera gustado aplicar en su cátedra para aportar en la formación de la competencia intercultural?
- 2.3.4 Como parte del curso, ¿La facultad organiza visitas a sedes clínicas, comunidades específicas para contacto clínico o tuvieron la visita de algún miembro de estas comunidades que pudiera complementar lo brindado en el curso? ¿Cómo fue la experiencia?

2.4 Estrategias de evaluación:

- 2.4.1 ¿Qué tipo de actividades o trabajos (evaluación escrita, presentación de casos clínicos, proyectos, ensayos) eligió para evaluar el curso y por qué?

2.5 Experiencias clínicas:

- 2.5.1 ¿Existen sedes clínicas o comunitarias ubicadas en poblaciones nativas o rurales?
- 2.5.2 ¿Qué actividades (sesiones educativas, contacto clínico, estudios de caso, visitas domiciliarias, otros) se consideran durante la rotación de los estudiantes en estas sedes?
- 2.5.3 ¿El docente clínico de esta sede pertenece al centro de salud?
- 2.5.4 ¿Los estudiantes han podido atender a pacientes diversos culturalmente (provenientes de etnias, nacionalidades, religiones o creencias distintas)?

2.6 Desempeño docente:

- 2.6.1 ¿En su experiencia laboral ha podido atender o trabajar con poblaciones indígenas o rurales?
- 2.6.2 ¿Considera realizar cambios en su forma de llevar la cátedra del curso? ¿Cuáles?
- 2.6.3 ¿Considera llevar cursos o capacitaciones sobre interculturalidad para aportar a su cátedra?

2.7 Opinión de la formación brindada:

- 2.7.1 Estando a puertas de egresar ¿Considera que los conocimientos y experiencias brindados por la facultad a los estudiantes les permitirán brindar atención bajo un enfoque intercultural de la salud?
- 2.7.2 ¿Qué temas considera que aún falta desarrollar para que los estudiantes ofrezcan cuidado enfermero bajo un enfoque intercultural?
- 2.7.3 La Facultad de Enfermería de la UNAP ha declarado en el perfil específico del egresado lo siguiente: “El egresado de la carrera de enfermería cuidará a la persona, familia y comunidad, aplicando estándares de calidad, considerando el contexto intercultural y la participación de los actores sociales.”; ¿Considera usted que los actuales internos, como próximos egresados, han logrado alcanzar dicho perfil?

2.8 Comentarios adicionales

- 2.8.1 ¿Hay algo más que le gustaría agregar sobre el tema conversado?

Anexo 5:

