

*Elementos para la atención intercultural: Una descripción desde los
Centros de salud de Comunidades Wayúu*

*Elements for intercultural care: A description from the
Wayúu Communities health centers¹*

Recibido: 15-06-2021 **Aceptado:** 20-08-2021

Luis Fernando Buendía²
luisbuendia1966@hotmail.com

RESUMEN

El propósito del actual artículo fue describir los elementos para la atención intercultural en salud para las comunidades Wayúu. Sustentado teóricamente por: Villar (2011), Beloso, Campuzano y Rivas (2013), Navarro (2012), Vásquez (2013), entre otros. Se destaca que el enfoque del estudio fue positivista y método cuantitativo. Asimismo, el estudio fue de carácter descriptivo, diseño transeccional, no experimental y de campo. La población estuvo compuesta por 98 unidades informantes. Para la recolección de datos se consideró un instrumento constituido por 09 reactivos, y 05 alternativas de respuesta, que fueron desde Siempre (5) hasta Nunca (1), con nivel tipo Likert, aprobado por 05 versados en el tema. La confiabilidad arrojó un coeficiente de $r_{tt} = 0.82$, considerada una Muy alta confiabilidad. El examen de las derivaciones se desarrolló, con la estadística descriptiva, así como inferencial. Para concluir se indica que los Elementos para la atención intercultural en salud para las comunidades Wayúu, objeto de la actual investigación se describieron una Mediana aplicación, donde sus indicadores Responsabilidad y Comunicación intercultural se describieron basándose en el baremos de la media aritmética en la categoría Mediana aplicación, mientras que el respeto se describió en una Baja aplicación, en los Centro de salud estudiados en las comunidades Wayúu, situadas en Riohacha, jurisdicción de la Guajira de Colombia. Se recomendó, optimizar los métodos de comunicación y plática, lo cual suscita una mayor agudeza de las expectativas de ambos figurantes y perfecciona el nivel de agrado de los beneficiarios con el sistema de salud biomédico.

Palabras clave: *Atención intercultural, Centros de salud, Comunidad wayúu*
Clasificación JEL: I23, M12, M14

ABSTRACT

¹ Artículo extraído del estudio titulado: “*Modelo gerencial de atención intercultural en salud para comunidades Wayúu*”.

² Doctorado en Ciencias gerenciales (por culminar). Médico cirujano. Gerente de servicio de salud. Auditor médico. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6363-4068>; E-mail: luisbiendia1966@hotmail.com

The purpose of the current article was to describe the elements for intercultural health care for the Wayúu communities. Theoretically supported by: Villar (2011), Belloso, Campuzano and Rivas (2013), Navarro (2012), Vásquez (2013), among others. It is emphasized that the approach of the study was positivist and quantitative method. Likewise, the study was descriptive, transectional, non-experimental and field design. The population consisted of 98 informant units. For data collection, an instrument consisting of 09 items and 05 response alternatives was considered, ranging from Always (5) to Never (1), with a Likert-type level, approved by 05 well versed in the subject. Reliability yielded a coefficient of $r_{tt} = 0.82$, considered a very high reliability. The examination of the derivations was developed, with descriptive statistics, as well as inferential. To conclude, it is indicated that the Elements for intercultural health care for Wayúu communities, object of the current investigation, were described a Medium application, where its indicators Responsibility and intercultural Communication were described based on the scale of the arithmetic mean in the Medium category application, while respect was described in a Low application, in the health centers studied in the Wayúu communities, located in Riohacha, jurisdiction of La Guajira de Colombia. It was recommended to optimize the communication and conversation methods, which raises a greater acuity of the expectations of both extras and improves the level of liking of the beneficiaries with the biomedical health system.

Key words: Intercultural care, Health centers, Wayúu community

JEL Classification: I23, M12

1. INTRODUCCIÓN

Las realidades mundiales a las que confrontan las instituciones, hacen que las transformaciones se aceleren preparándose de esta manera para moverse bajo perspectivas, adaptándose a las novedosas normativas organizacionales, en la cual la gerencia viene a asumir un papel notorio; convirtiéndose en el punto central para que las instituciones alcancen sus objetivos, logrando una mayor eficacia y eficiencia en su gestión.

Cabe destacar, la necesidad de obtener un óptimo nivel de crecimiento organizacional, donde se haga posible por medio del uso de modelos gerenciales concretos, la contribución del entendimiento, así como el reforzamiento de cada uno de los desemejantes métodos que se desarrollan en una institución, que en muchos casos es suficiente probable que se organicen en ese componente clave de desarrollo. Asimismo, manifiesta (Del Busto, 1974), que la realidad de la variedad cultural no es un argumento contemporáneo, es tan anticuada como la humanidad, desde los comienzos de la antigüedad los viajeros han dejado certeza de su asombro al cotejar los dialectos, religiosidades, costumbres y las muy numerosas formas

de apropiarse y explicar la realidad que despliegan distintos pueblos.

Asimismo, se indica que la auto identificación de los europeos como cultura privilegiada y su derecho de subyugar a los aborígenes se basaba en la propiedad de la cognición, que su vez se enunciaba en la cabida de absorber la doctrina cristiana. No se podía alegar como fundamento que los indígenas americanos no conocían la doctrina cristiana, pues evidentemente, eso era resultado de una acción humana, la evangelización no había alcanzado a ellos aún, pero la disputa se concentraba en la capacidad que obtuvieran para aceptarla y comprenderla.

De acuerdo a lo mencionado por (Salaverry, 2010), en su artículo “Presentación del Simposio: Interculturalidad en Salud”, desarrollado en la revista Perú Med Exp Salud, señala que la interculturalidad en salud es una concepción reciente que se desenvuelve como contestación a requerimientos de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero asimismo, corresponde a una preferencia global de concentrar el derecho a la diferencia, que contrasta y propicia la convivencia entre diferentes grupos culturales en un mismo territorio.

Cabe destacar, que la interculturalidad admite la interacción entre diferentes culturas, pero también que estas culturas estén primeramente identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento. De allí la importancia de la determinación de los pueblos indígenas, lo cual a su vez involucra el reconocer un grupo humano caracterizado de los demás y luego permitir a su identidad.

Es importante destacar que a pesar de la aparición de aportes teóricos y los avances en el campo de los modelos de atención en salud de enfoque intercultural en el caso de Colombia, se plantea por estudiosos que la atención en salud a los indígenas no se realiza con enfoque intercultural, y menos con enfoque diferencial, ni basado en la atención primaria en salud, ni tampoco como una estrategia de base comunitaria ni extramural, lo que trae como consecuencia altas tasas de morbimortalidad en estos grupos poblacionales.

Dentro del mismo contexto se destaca que en la Constitución Política de Colombia del año 1991, específicamente en el Artículo 7, se consagra al país como una nación multiétnica y pluricultural, donde se reza lo siguiente: “El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana”, el cual le da cumplimiento al Convenio Internacional

169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Ante lo referenciado, el autor (Suárez, 2012) manifiesta que no es posible que Colombia, dentro de un ámbito democrático pueda desarrollarse, ello, mientras no se acepte el derecho que tienen las sociedades diferentes a la colombiana, a gozar y vivir de acuerdo a sus creencias, valores y cosmovisión. De la misma manera el autor señala que, cada pueblo indígena en el ámbito de la salud, posee su forma particular al explicar el mundo que lo rodea y propias formas para poder representar y entender los procesos de salud/enfermedad.

Es significativo señalar, que la definición de salud, en los pueblos de base indígena es verdaderamente integral y tiene que ver con el manejo del mundo y del medio ambiente, por ello, los problemas de salud en la actualidad de los pueblos indígenas se encuentran relacionados con el debilitamiento cultural de muchas etnias, el deterioro del medio – ambiente, las relaciones de dependencia con el mundo no indígena.

Aunado a lo antes expuesto, se indica que Colombia ha tenido grandes avances en materia de legislación indígena y en especial en el campo de la salud; considerando lo señalado, la en Ley 21 del año 1991, así como las leyes: 100/1993, 691/2001, 1122/2007, 1438/2011 y 1757/2015, se reglamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), citada en el Decreto 2561 de 2014, y en su desarrollo se refieren en particular a la atención en salud a los pueblos indígenas, afrodescendientes, raizales e incluso a la población ROM o gitanos. En esta perspectiva, se indica que estas reglas son las herramientas para concertar con los pueblos aborígenes las mediaciones en aspectos sociales y de salud, buscando con ello un mejoramiento real en las condiciones de salud respetando las particularidades culturales y de diversidad étnica y cosmovisión.

Es interesante destacar que la conciliación intercultural en salud se funda en el diálogo, donde ambas partes se atienden, se expresan y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o simplemente respeta sus peculiaridades y Características. No se trata de asignar, de someter, sino de acordar. Además, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS-2012), la interculturalidad es una reconstrucción social y cultural de poblaciones y proveedores. Se indica entonces que, desde este contexto, si el dialogo intercultural reconciliara la política pública, con los mismos recursos facilitaríamos un inmenso salto en la salud de la población indígena.

Considerando lo antes expuesto es interesante destacar que dentro del contexto referenciado, se indica que una de las debilidades que se presentan en éstas comunidades indígenas, es que en las entidades de salud ubicadas en ésta región colombo-venezolana, no cuentan con un personal capacitado, con competencias acordes para la atención de la salud intercultural, debido a que se presenta una falta de formación académica, lo cual es relevante para la implementación efectiva de un modelo gerencial diseñado desde la interculturalidad.

Otra de la problemática significativa que se presenta, es la comunicación, ya que en dichos espacios de salud fronterizo, de las comunidades indígenas, se maneja en idioma español, mas sin embargo también la lengua indígena, ello en virtud de que la gerencia de los Centros de salud ubicados en las zonas descritas, no se preocupan por el manejo de una comunicación asertiva, considerando que el personal de las instituciones pudieran formarse en el manejo de la lengua indígena, lo cual trae como resultados el difícil entendimiento entre los usuarios y el talento humano que desempeña sus funciones en las organizaciones de salud.

Asumiendo lo antes explicado, es importante señalar la interrogante de la investigación: ¿Cómo son los elementos para la atención intercultural en Centros de salud para las comunidades Wayúu? De la misma se deriva el objetivo del artículo científico actual; “Describir los elementos para la atención intercultural en salud para las comunidades Wayúu”. Es oportuno mostrar lo expresado por (Bavaresco, 2013), quien indica que los objetivos de una investigación, son categorías que se refieren directamente al para qué de la investigación, y están relacionados con las metas y los logros deseados al finalizar el trabajo de investigación. Igual muestra que, los objetivos deben ser formulados con bastante claridad.

2. BASES TEÓRICAS

En este punto se definen la variable, con su dimensión e indicadores como compendios de principal beneficio para enfrentar, contar y discrepar los enfoques relacionados con el estudio. Reflexionando lo expuesto, se indica que (Arias, 2016), confirma que las bases teóricas rodean un adelanto amplio de los conceptos y propuestas que acceden el punto de vista o orientación adoptado, para mantener o explicar el inconveniente trazado.

2.1. ATENCIÓN INTERCULTURAL

Según, (Bacigalupo, 2018) los métodos y usos vinculados de la interculturalidad, surgieron a partir de 1970, en una indagación por empoderar a los grupos étnicos sobre los

sectores que dominaban y que los excluían, sometían o discriminaban.

Por su parte, (Menéndez, 2016) expresa que, si bien se manifestó la concepción desde el movimiento indígena para alcanzar la innovación radical de las estructuras, relaciones e instituciones coloniales, consecutivamente se le dio un carácter eficaz e individual.

Señala, el autor (Goicochea, 2012), que la atención intercultural está referida al conjunto de acciones y políticas que extienden a conocer y concentrar la cultura del usuario en la causa de atención de salud y envuelve valorar la diversidad biológica cultural y social del humano y su influencia en todo el proceso de salud y enfermedad, basado en los derechos humanos de toda la colectividad.

Aunado a estos planteamientos, señala (Guzmán, 2016) que la revalorización de las comunidades indígenas desde la representación de los Derechos Humanos manifiesta a gobiernos y ciudadanos concienciar que puntúan al progreso sustentable más allá del horizonte, de las fronteras; en resguardo de la cosmovisión Wayúu, de sus ritos y creencias; sus usos y costumbres; su dimensión espiritual, su idioma, sus mercados y lugares sagrados; todo esto desde la conciencia del destino compartido.

Al contrastar las teorías de (Bacigalupo, 2018), (Menéndez, 2016), así como (Goicochea, 2012), se indica que coinciden con sus postulados referidos a la atención intercultural, en función de ser conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del beneficiario en el proceso de atención de salud, igual asume preservar o empoderar a los grupos étnicos y cuestionar a los sectores imperiosos que los excluían, así como cuenta con un carácter funcional e individual.

Por tal razón, el investigador asume posición con (Goicochea, 2012), quien acota que la atención intercultural en salud está referida al progreso de métodos donde los propios pueblos originarios y los sistemas médicos oficiales expresan la voluntad de encontrarse en una relación horizontal. Un principio rector en que se puede mostrar la interculturalidad en salud la cual es la complementariedad de estos sistemas médicos, planteando una aproximación de los equipos de salud en los Centros de las comunidades, específicamente la Wayúu, y su cultura.

2.1.1. ELEMENTOS DE ATENCIÓN INTERCULTURAL

Por su parte (Villar, 2011), destaca que este prototipo de relaciones interculturales presume ciertos elementos como es el acatamiento hacia la diversidad; aunque es necesaria el progreso de conflictos, éstos se solucionan a través del acatamiento, la notificación y la responsabilidad. Por tal razón, hay que tomar en cuenta que la interculturalidad pende de variados factores, como las diferentes nociones de cultura, las dificultades comunicativas, la falta de estrategias estatales, las jerarquías sociales y las diferencias financieras. Además de acuerdo con la representación con la que sea observada puede entenderse de una u otra forma.

Destaca, (Alarcón, et al. 2011), que el padecimiento, pesadumbre y muerte, así como la motivación por conservar la salud, son reflexionados hechos biológicos y sociales universales. Todos los grupos humanos han desarrollado habilidades para afrontar y notificar las enfermedades a través de un sistema médico que suministra las acciones necesarias para recuperar la salud, procurar el bienestar del hombre, así como otorgar una definición consistente al fenómeno de la enfermedad. Así, los mismos autores referidos anteriormente, acotan que la credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación y es la que accede, en último término, aceptar o no las ilustraciones acerca de las causas de sus padecimientos, y la adherencia a los tratamientos.

Considerando lo anterior, se fija posición con (Villar, 2011), porque su aporte en cuanto a los elementos de la interculturalidad en atención en salud, las personas, esta se resuelve considerando la comunicación, la responsabilidad y el respeto, recordando que al interactuar con la etnia Wayúu se debe de una manera espontánea, sin establecer o imponer cosas que no llevaran a un diálogo para solventar situaciones que se presenten en cualquier contexto, específicamente en los Centros de salud de las comunidades antes referidas.

2.1.1.1. RESPETO

Consecutivamente, los autores, (Belloso, Campuzano y Rivas, 2013), legalizan que se hace ineludible que los sujetos sean expertos de sí mismos para que logren erigir soluciones ajustadas y no distinguir por soluciones establecidas a priori, es decir, instituir relaciones interpersonales asentadas en el respeto.

Cabe destacar que en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU-1993), se afirmó que tener conocimiento sobre el valor adecuado y enaltecer el de los

demás es la efectiva condición de ganar respeto. El mismo es el reconocimiento del valor inherente y los demás derechos innatos de los individuos. Así, el respeto comienza en la propia persona y está basado en el reconocimiento del propio ser como entidad única, un impulso vital interior, un ser espiritual, un alma.

Igualmente (Alarcón, et al., 2011), alude que contextos como rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, compromisos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad, son compendios continuamente narrados en la literatura de salud internacional, fundamentalmente en países con altos índices de población indígena.

Por tal razón, el autor (Ribotta, 2011), el acatamiento a sí mismo, se aviva y apoya en los dos principios de justicia, pero básicamente en las libertades básicas iguales que asegura el primer principio de ésta, con lo cual el mismo debe tener una apreciación social, para que toda tenga un plan racional de vida, para que todos sean alternados por igual, buscando bienestar, coexistir libres a plenitud e interactuar armónicamente en el contexto organizacional, reflexionando las relaciones, los intereses, necesidades y recursos que se tengan a la mano.

Todo esto, según (Learreta et al., 2011), sostiene el respeto hacia los demás, también, a los materiales y fundamentos, sin dejar de lado a los testimonios que viven las personas con otras, donde se pueden causar, desacuerdos, dando paso a los conflictos entre ellos. Se deben buscar a través del respeto, mejorar la coexistencia para evitar cualquier hecho desagradable en el ámbito empresarial.

En otras palabras, el fomento del acatamiento por las normas que se instituyan entre los dispositivos del grupo, pueden ser desempeños favorables, siempre y cuando se llegue a agrupar criterios entre las partes implicadas. Por su parte, (Pérez, 2012), certifica que el respeto envuelve una respuesta presente en el autoconocimiento de las personas, en admitir como son, percibir y valorarse en un valor genuino, exponiendo condiciones acordes con la personalidad de los grupos en sociedad, reconociendo la dignidad.

Considerando lo antes mostrado, se indica que al contrastar, las teorías se muestra que para (Belloso, Campuzano y Rivas, 2013), se hace necesario que las personas sean entendidas de sí mismas para que puedan construir soluciones adaptadas, a diferencia de la Asamblea General de la ONU-1993), donde se estableció conocer el valor propio y honrar el de los

demás, es la efectiva manera de ganar respeto.

De lo expuesto, se asume posición con (Belloso, Campuzano y Rivas, 2013), quienes demarcan que todo individuo debe instaurar relaciones interpersonales basadas en el respeto. Esta reflexión es un punto clave en la cultura organizacional, porque la resolución de conflictos en mediación es siempre individualizada, edificando soluciones adecuadas para la negociación y conciliación entre las partes, claro, hay que reflexionar que todo está basado en la conducta ética de los individuos, dentro y fuera de las organizaciones, específicamente en los centros de salud de las comunidades Wayúu.

2.1.1.2. RESPONSABILIDAD

Ahora bien, la responsabilidad es cooperada más no delegada, ante lo cual (Wojtyla, 2013), señala que la responsabilidad de la persona es la base de los principios elementales en los que descansa todo el orden moral en sus dimensiones humanas y sociales. La misma indica que el hombre, su distribución personal, su propia derivación en el actuar, son elementos que deben ser analizados para que el sentido social e interpersonal de ésta, se delinee adecuadamente.

Por consiguiente, el autor (Navarro, 2012), señala que la responsabilidad es una muestra de maduración personal que implanta a los grupos en el mundo adulto. Además, es considerada como un valor que se localiza en cada individuo, permite deliberar, administrar, orientar y valorar los resultados de sus actos en el plano moral. Una vez que pasa a la acción práctica la enfrenta de manera prepositiva e integral, siempre en pro de la mejora individual, laboral, social, cultural y natural.

En este orden, (Manes, 2012), representa a la responsabilidad hacia el otro como aquella que consiente la colaboración de todos los actores de la empresa, y así poder lograr metas, siendo capaz de dirigirse a sí mismo y ser responsable del resultado obtenido. El equipo de trabajo debe ser consciente de la jerarquía de su función en el ejercicio de su acción empresarial y tener claro cualesquiera conceptos como lo son jerarquía, diálogo, comunicación, delegación de tareas, entre otros.

Así, desde esta representación, se toma posición con (Navarro, 2012), quien indica que los seres humanos tienen la experiencia de la responsabilidad como hecho intrapersonal en

intrínseca conexión con la conciencia ética - moral, y parece que contiene la dinámica específica de la voluntad. Esta cabida íntegra al individuo y lo hace actuar de una manera personal, suministrando rasgos de trascendencia personal, desde la experiencia, los cuales son evaluados por la gerencia; tal como lograrán actuar los integrantes de los Centros de salud de las comunidades Wayúu.

2.1.1.3. COMUNICACIÓN INTERCULTURAL

El proceso de comunicación se despliega a partir de la consideración de varios compendios que intermedian como lo son el emisor, receptor, canal, mensajes, codificación, decodificación, potencialmente con estos, la realimentación que debe consentir la agudeza de las informaciones emitidas en diversos contextos, esta puede dirigirse hacia varias direcciones, vertical, horizontal y lateral.

Por su parte, (Salazar, 2017), refiere que la notificación es la capacidad de transmitir, de expresar. La propiedad de esta capacidad suministra una anticipación respeto al resto de individuos y por lo tanto suscita la eventualidad de diferenciación e innovación. En cierto sentido, el producto creativo no es tal hasta que no toma forma y puede ser comunicado a los otros.

El autor (Vásquez, 2013), pronuncia que esta etapa corresponde a la socialización de la entre las personas. Su finalidad es conseguir el intelecto y aceptación de la las ideas expuestas, mediante una sustentación clara y precisa, soportada en el respeto mutuo. Además, se requiere un buen dominio de la lengua nativa de los wayuu para tratar de entender algunos aspectos de sus creencias.

Al respecto, (Escudero, 2012), atestigua que la información es una trasferencia bidireccional de mensajes, la persona que recibe la información, reacciona y responde al emisor, enviando otro mensaje. En este orden, mediante el uso de canales y del mismo código para que estos no se deformen ni pierdan el rumbo de lo que se quiere comunicar.

Según el autor (Johan, 2012), la comunicación es una situación esencial del proceso creador, en el cual se describe y explican los avances y logros. La comunicación es la destreza de las personas para contar o escribir sus experiencias. Por medio del lenguaje se expresa o se notifica una idea, un pensamiento o una obra, de acuerdo a cada campo o disciplina,

considerando además el contexto donde surge.

Partiendo de los supuestos anteriores, al contrastar los postulados de los autores antes mencionados, se indica que para los autores la comunicación es la cualidad de comunicar las ideas, de optimizar el rendimiento, la satisfacción en el trabajo.

Siendo las cosas así, se asume posición con (Vásquez, 2013), porque este escritor expresa que la comunicación intercultural es una forma de decir las cosas de manera clara y precisa, asintiendo aceptar las ideas nuevas de las personas y se forman para transformar el contexto, y así, establecerse de acuerdo con las reclamaciones de las etnias Wayúu, en los Centros de salud.

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Es significativo indicar que, la metodología, constituye la fase del proceso de investigación que señala como el investigador desarrolla el procedimiento de estudio, que lo indujo al logro de los objetivos planteados, de igual manera establecer los aspectos considerados tales como; fundamentos epistemológicos, diseño y tipo de investigación, asimismo población, entre otros. En tal sentido se indica que los autores (Hurtado y Toro, 2010), definen el paradigma de la investigación como un pensamiento objeto de estudio de una ciencia, de los problemas para estudiar la naturaleza de sus métodos, así como también la forma de explicar, interpretar o comprender los resultados de la investigación realizada. Es decir, lo que compone la ciencia legaliza para el conocimiento del contexto a la cual se refiere.

Ante lo referenciado se indica que el investigador asume para el actual artículo el enfoque positivista, el cual es definido por (Hurtado y Toro, 2010), referencian que el paradigma cuantitativo o positivista, el cual hace énfasis en la objetividad, orientada hacia los resultados, donde el investigador busca revelar y contrastar las relaciones entre conceptos a partir de un esbozo teórico previo, tal como se muestra en la presente investigación.

De la misma manera se indica que para la presente investigación se asumió el método cuantitativo, el cual es definido por los autores (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) el enfoque cuantitativo de la indagación pone una concepción global positivista, hipotético-deductiva, objetiva, particularista y orientada a los resultados para explicar ciertos

fenómenos. Este tipo de investigación se desarrolla más directamente en la tarea de verificar y comprobar teorías por medio de estudios muestrales representativos.

En el mismo contexto se indican (Tamayo y Tamayo, 2012) indican que el tipo de investigación persigue primordialmente determinar el grado en el cual las variaciones en uno o varios factores son asociados con la variación en uno a u otros factores. Igualmente se indica que la presente investigación es de tipo descriptivo, ya que tiene como intención revelar situaciones y eventos, que mantiene sus bases en el análisis de aspectos resaltantes que dan lugar a la explicación de variables y argumentos del fenómeno a estudiar.

En tal sentido el autor (Sabino, 2010, p. 69), expresa que la investigación descriptiva “es aquella que se plantea conocer grupos homogéneos de fenómenos utilizando criterios metódicos que permitan poner de manifiesto su estructura o comportamiento”.

En el mismo contexto, indica (Hernández, et al., 2014) señalan que el diseño de la investigación es un plan o habilidad forjada por el investigador, para obtener la averiguación que se desea en una investigación. Asimismo, señala al investigador lo que debe hacer para alcanzar sus objetivos de estudio y para contestar las interrogantes de sapiencias que se ha planteado. Es esencial señala que, si el diseño está bien concebido, el producto final de su estudio (sus resultados), tendrá mayores posibilidades de ser válido. Y no es lo mismo elegir un tipo de diseño que otro, cada uno tiene sus características propias, como se verá más adelante.

Igualmente, el estudio se presentó con un diseño transeccional, a lo que (Hernández, et al. 2014) señalan que este diseño recoge datos en un solo momento, en un tiempo único, su intención es describir variables y examinar su ocurrencia en interrelación con el momento dado, para así poder describir el comportamiento de la variable en los sujetos que serán encuestados, en las instituciones de salud colombianas. Dentro del mismo ámbito se indica que la investigación fue de campo, pues se realizó en el mismo contexto donde las variables de investigación se enuncian. Es decir, la recolección de los datos se efectuó en los centros de salud seleccionados.

Al respecto, (Tamayo y Tamayo, 2012) supone a los diseños de campo, cuando los datos se acopian directamente de la realidad, por lo cual los designamos primarios, su valor reside en que consienten cerciorarse de las auténticas contextos en que se han obtenido los datos. Es

así, que lo cual permite su revisión o transformación en caso de salir incertidumbres. En la realización de esta investigación, tanto el levantamiento de información, como el análisis, comprobaciones, aplicaciones prácticas, conocimientos y métodos utilizados, se realizan en el medio en que se desenvuelve el fenómeno o hecho de estudio.

Ahora bien, en general, se concibe por población al conjunto total, finito o infinito de elementos o unidades de observación que se reflexionarán en un estudio, o sea que es el universo de la investigación, sobre la cual se intentará generalizar los estudios a que hubiere lugar. En este orden, (Chávez, 2012) afirma que, el universo de la población es el conjunto total, para el caso de esta indagación finito, de unidades de observación consideradas en el estudio.

Ante lo expuesto, se indica que el universo de la presente investigación, estuvo constituido de acuerdo al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS-2020), por 14.996 instituciones Privadas, así como con 3.888 centros Públicos, los cuales totalizaron 18.959 Centros de salud colombianos. De acuerdo a lo antes referenciado manifiesta (Chávez, 2012 p.164) que “el universo es el sujeto conclusivo de la indagación, sobre el cual se sistematizan los resultados del estudio”. Antelo expuesto, se indica que el universo del presente artículo estuvo constituido de acuerdo al Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS-2020), por 14.996 instituciones Privadas, así como con 3.888 centros Públicos, los cuales totalizaron 18.959 Centros de salud colombianos.

Considerando lo antes referenciado se señala que la muestra intencional sobre el cual se generalizaron los resultados, estuvo constituida por 05 Centros de salud de las comunidades Wayúu. Asimismo, se destaca que dichas instituciones, fueron seleccionadas bajo los siguientes criterios: (a) Centros de salud ubicados en el departamento de La Guajira Colombiana; (b) Instituciones que atienden a las comunidades Wayúu, y (c) Son de fácil acceso a la información, en virtud de que el investigador, ofrece sus servicios como Médico en dichos Centros, por lo cual la aplicación del instrumento de recolección de datos, fue de mayor fiabilidad.

Ante lo anteriormente mencionado, se indica que las unidades informantes estuvieron constituidas por el personal adscrito en los Centros de salud de las comunidades Wayúu, departamento de la Guajira colombiana, conformados por 05 Gerentes y 93 sujetos del que

fungen como personal Administrativo de dichos centros, totalizando 98 sujetos seleccionados en los Centro de salud de las comunidades wayúu, ubicadas en Riohacha, Departamento la Guajira colombiana. Ante lo expuesto el investigador, (Buendía, 2020), expresa que se escogieron como unidades informantes a los Gerentes y el Personal administrativo.

Se destaca que el criterio de selección fue: (a) Personal que ocupa cargos de manera fija y no contratada; (b) Conocen más a profundidad de manera administrativa/gerencial, los Centros involucrados en el trabajo, por lo cual su sentido de pertenencia es más significativo en el personal médico. Por lo cual se consideraron 05 Gerentes generales, representantes de cada Centro, así como 93 sujetos que fungen como personal Administrativo, totalizando 98 sujetos, tal como describe a continuación, Centro de salud y unidades informantes: Ana Wayúu EPSI (01-26), AIC EPSI(01-20), Dukasawi EPSI (01-18), Salud Vida EPS (01-15), así como Cajacopi EPS (01-14). Información obtenida por el Departamento de Recursos humanos de los Centros de salud, durante el año 2020.

Cabe destacar, que las técnicas de recolección de información, pueden determinarse como el procedimiento que manipula el investigador para recoger la información ineludible en el diseño de la investigación, ante lo cual (Arias, 2016), expresa que son las diferentes formas o procederes de obtener la información. En el mismo argumento se indica que, entre las técnicas de recolección de información está la indagación en sus distintas modalidades, la entrevista, el análisis documental, entre otras. Sin embargo para el actual artículo se consideró la observación mediante encuesta, la cual según los autores (Hernández, et al., 2014), alcanza el registro de información de formas sistemática empleando un instrumento a las unidades de análisis.

Cabe destacar que la recolección de datos fue efectuada mediante un cuestionario los cuales según, (Hernández et al., 2014), fundamentan en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir. Dicha herramienta fue el cuestionario, tipo escala Likert definido por los mismos autores (2014), como aquel dirigido a la medición de las variables a través de juicios o afirmaciones, donde el sujeto responde en una escala determinada en grados o niveles de acuerdos y desacuerdos.

Por todo lo antes mostrado se indica que el investigador construyó un cuestionario constituido por 09 preguntas las cuales midieron tanto a los indicadores, como la dimensión y

la variable Atención intercultural; cuyas alternativas de respuesta correspondieron 05 opciones, que fueron del 5 al 1, tales como Siempre (S) , Casi siempre (CS), A veces (AV), Casi nunca (CN) y Nunca (N).

En el mismo contexto se indica que (Balestrini, 2012) plantea en relación con el problema investigado. Ante lo mencionado se indica que la validez del instrumento se obtuvo por medio de 05 expertos en el ámbito Gerencial y Metodológico, los cuales emitieron sus juicios sobre la construcción, precisando su congruencia con el objetivo del estudio, su redacción correcta, entre otras consideraciones.

Asimismo, se indica que la confiabilidad según (Chávez, 2012), es el nivel de correspondencia con la cual se realiza la medición de una variable. En ese sentido, se indica que para calcular la confiabilidad se calculó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach por medio de los datos suministrados en la prueba piloto, aplicada a 25 sujetos (es decir se consideró un 25% del total de las unidades informantes), con las mismas características que la población usada para el estudio, obteniéndose un porcentaje de $r_{it} = 0.82$, considerada una Muy alta confiabilidad

Cabe destacar, que en el presente estudio fue aplicada la estadística descriptiva, la cual valió de componente de tabulación de la información, una vez lograda la misma y el lugar de la aplicación de la encuesta, se llegó a la categorización de cada una de las respuestas, registro de la tabulación, análisis y presentación de los resultados.

Según (Hernández, et al. 2014), la tabulación se define como los registros de varios prototipos de contestaciones en las opciones referentes, para luego realizar un análisis estadístico tales como los porcentajes y promedios. Igual se indica que para analizar los resultados, se cometió la tabulación de los datos obtenidos, a través de la aplicación del cuestionario. Del mismo modo se señala que de acuerdo a lo expresado por (Chávez, 2012), el procedimiento de la información exige la determinación de instrucciones de codificación y tabulación de la información.

Ante lo mostrado, se destacar que para el presente estudio, el procesamiento de los datos se realizó en la distribución frecuencia absoluta y porcentual (Fa – Fr), conjuntamente con el cálculo de la media o promedio aritmético, para lo cual se utilizó el programa estadístico Excel, basado en el método descriptivo para describir los elementos para la atención

intercultural en salud para las comunidades Wayúu, por medio de la técnica de los promedios. Tal como anteriormente se mostró, que el estudio se determinó como inferencial, donde (Hernández et al. 2014), manifiestan que se utiliza para probar hipótesis y estimar parámetros. La inferencia de los parámetros se lleva a cabo mediante técnicas estadísticas apropiadas. La estadística inferencial se utiliza para dos procedimientos: Prueba de hipótesis y Estimar parámetros.

Se destaca que el programa utilizado fue el Microsoft Excel, donde se elaboró la matriz de sujetos informantes de acuerdo con los indicadores y dimensiones de la variable en estudio, obteniéndose promedios por la dimensión. Una vez organizada la información, se procedió por medio de Excel, versión 2010, a verificar los criterios de normalidad de cada dimensión, seguidamente, por medio del programa estadístico SPSS, versión 2020.

Igualmente se señala que se elaboró una tabla donde se presentaron los resultados, por medio de datos porcentuales, referentes al estudio de los elementos de la atención intercultural en Centros de salud para las comunidades Wayúu, para lo cual se construyó una escala de comparación, intervalo y categorías, sobre la base de la puntuación más alta o baja de la escala de referencia utilizada, a partir de las cuales se construyeron con 05 rangos de análisis; Muy adecuado (4.26-5.00); Adecuado (3.26-4.00); Medianamente adecuado (2.51-3.25); Poco adecuado (1.76-2.50); Inadecuado (1.00-1.75).

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para el desarrollo del mismo se tomaron los resultados considerando los reactivos presentados en el cuestionario diseñado por (Buendía, 2021), que describían los elementos de la atención intercultural en Centros de salud para las comunidades Wayúu, contrastando con las teorías de autores versados en el tema de estudio. A continuación en la tabla 1, se descubren los resultados obtenidos:

Variable: Atención intercultural

Tabla 1. Elementos para la Atención Intercultural

| INDICADORES | ALTERNATIVAS DE RESPUESTA | | | | | | | | | | | | | Total FA | Total FR | PROM | DESV |
|--|---------------------------|----|---------------------|----|---------------------------------------|----|-------|----|-------|----|-------|----|--------|-------------|-------------|------|------|
| | Items | S | | CS | | AV | | CN | | N | | | | | | | |
| | | Fa | Fr | Fa | Fr | Fa | Fr | Fa | Fr | Fa | Fr | | | | | | |
| Respeto | 1-3 | 1 | 1,02 | 15 | 15,31 | 34 | 34,69 | 31 | 31,63 | 17 | 17,35 | 98 | 100,00 | 2,49 | 0,70 | | |
| Responsabilidad | 4-6 | 0 | 0,00 | 19 | 19,39 | 47 | 47,96 | 26 | 26,53 | 6 | 6,12 | 98 | 100,00 | 2,82 | 0,62 | | |
| Comunicación intercultural | 7-9 | 0 | 0,00 | 8 | 8,16 | 59 | 60,20 | 31 | 31,63 | 0 | 0,00 | 98 | 100,00 | 2,76 | 0,56 | | |
| MEDIA ARITMETICA | 2.69 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CATEGORIA | MEDIANA APLICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DESV ESTANDAR | 0.63 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Baremo de Interpretación del Promedio o Media | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALTERNATIVAS | RANGO | | CATEGORÍAS | | 2.69 | | | | | | | | | | | | |
| SIEMPRE | 4,21 ≥ X ≤ 5,00 | | MUY ALTA APLICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| CASI SIEMPRE | 3,41 ≥ X ≤ 4,20 | | ALTA APLICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| A VECES | 2,61 ≥ X ≤ 3,40 | | MEDIANA APLICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| CASINUNCA | 1,81 ≥ X ≤ 2,60 | | BAJA APLICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| NUNCA | 1,00 ≥ X ≤ 1,80 | | MUY BAJA APLICACIÓN | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | CATEGORIA : MEDIANA APLICACIÓN | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Buendía (2021)

Se puede observar en la tabla 1 un resumen de la dimensión Elementos para la atención intercultural en Centros de salud de las comunidades Wayúu, en la cual se detallan los indicadores de la misma iniciando con el primero de ellos, Respeto, encontrándose que de los 98 encuestados, 34 que representan un 34,69% manifestaron que a veces, se maneja el respeto entre el personal, así como a los interesados de los centros de salud, e igualmente a las relaciones interpersonales dentro de las instituciones estudiadas.

Asimismo, se representa en la tabla 1, que 31 de los colaboradores que representan el 31,63% manifestaron que casi nunca es como antes se señalado, seguidamente 17 unidades informantes que representan un 17,35% indicaron que nunca es como se señaló con antelación, 15 colaboradores que representa un 15,31%, expresaron que casi siempre es como se demostró en párrafos anteriores y un solo trabajador que representa un 1,02% se inclinó por indicar que siempre es como se señaló con anterioridad. El indicador Respeto, arrojo una media aritmética de 2.49 considerada Baja aplicación, según lo reflejado en el baremo de interpretación de los resultados, con una desviación estándar de 0,70 de los valores lo cual se ubica a no más de una desviación estándar de dispersión de los datos con respecto a la media.

Cabe destacar, que los resultados del indicador Respeto, no coinciden con el postulado teórico señalado por (Belloso, Campuzano y Rivas, 2013).

Por otro lado, se presentan los resultados del indicador Responsabilidad, de los 98 sujetos encuestados, 47 de ellos los cuales representan un 47,96% manifestaron que en Centros de salud, a veces la responsabilidad es prioritaria para la consecución de los objetivos, donde a veces se administran los recursos responsablemente para lograr la calidad de servicio para la atención intercultural y se valora veces las acciones de los grupos de trabajo desde el plano moral. Seguidamente se indica que, 26 trabajadores que representan el 26,53% manifestaron que casi nunca es como se describió con anterioridad, 19 sujetos con un 19,39% indicaron que casi siempre es como antes se señaló, 6 sujetos que representan el 6,12% respondieron que nunca es como se mostró antes y ningún colaborador se inclinó por la opción siempre.

El indicador arrojó un promedio de 2.82 el cual al compararlo con el baremo de interpretación de la media se encuentra en la categoría Mediana aplicación, con una desviación estándar de 0.62 de los valores lo cual se ubica a no más de una desviación estándar de dispersión de los datos con respecto a la media. Cabe destacar, que los resultados del indicador Responsabilidad coinciden medianamente con la teoría de Navarro (2012), el cual señala que la responsabilidad es una muestra de maduración personal que introduce a los grupos en el mundo adulto. Además, es considerada como un valor que se encuentra en cada individuo, permite reflexionar, administrar, orientar y valorar las consecuencias de sus actos en el plano moral.

Consecutivamente, se presenta el indicador Comunicación intercultural, para el cual de los 98 encuestados, 59 de ellos que representan el 60,20% señalaron la a veces el personal socializa, estableciendo de esta manera una efectiva comunicación, el entendimiento entre los colaboradores a veces ayuda a la aceptación de ideas expuestas y se maneja el dominio de una lengua étnica, a veces para el entendimiento en algunos aspectos de sus creencias. Igualmente, 31 colaboradores que reflejan el 31,63% manifestaron que casi nunca es como se describió con anterioridad, igual 8 unidades informantes con un 8,16% expresaron que casi siempre es como se señaló en párrafos anteriores y para finalizar ningún colaborador señaló la alternativa siempre, ni nunca.

Dentro del mismo contexto, se indica que la media del indicador Comunicación intercultural, arrojó como resultado un promedio de 2.76 el cual al compararlo con el baremo de interpretación de la media se encuentra en la categoría Mediana aplicación, la desviación

arrojó un resultado de 0.56 de los valores la cual se ubica a no más de una desviación estándar de dispersión de los datos con respecto a la media. Asimismo, estos resultados del indicador Comunicación intercultural, coinciden medianamente con la teoría de Vásquez (2013), el cual expresa que esta etapa corresponde a la socialización entre las personas. Su finalidad es lograr el entendimiento y aceptación de la las ideas expuestas, mediante una sustentación clara y precisa, soportada en el respeto mutuo.

Al evaluar la dimensión Elementos para la atención intercultural en centros de salud con sus respectivos indicadores (Respeto, Responsabilidad y Comunicación intercultural), se posicionó en un promedio de 2.69 el cual al compararlo con el baremo de interpretación de la media se ubica en la categoría mediana aplicación, con una desviación estándar de 0.63 de promedio, lo que indica que los valores se ubican a no más de una desviación estándar de dispersión de los datos con respecto a la media de la dimensión.

Cabe destacar, que los resultados coinciden medianamente con la teoría de Villar (2011), que este tipo de relaciones interculturales supone ciertos elementos como es el respeto hacia la diversidad; no obstante, es ineludible el avance de conflictos, éstos se resuelven a través del respeto, la comunicación y la responsabilidad. Hay que tener en balance que la interculturalidad pende de múltiples factores, como las distintas concepciones de cultura, los obstáculos comunicativos, la carencia de políticas estatales, las jerarquías sociales y las diferencias económicas.

4.1. ANÁLISIS DE LA VARIANZA (ANOVA)

Consecutivamente se presenta la tabla 2, la cual muestra los resultados para la Prueba ANOVA, (Salida SPSS versión 2020 de la prueba), el funcionamiento básico de una ANOVA reside en computar la media de cada uno de los grupos, admite cotejar múltiples medias, pero lo hace mediante el uso de las varianzas con la finalidad de medir diferencias significativas entre los indicadores de cada dimensión.

Tabla 2. Anova de un factor. Elementos para la Atención intercultural

| | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
|--------------|-------------------|-----------|------------------|-------|------|
| Inter-grupos | ,735 | 2 | ,368 | 5,426 | ,008 |
| Intra-grupos | 2,643 | 39 | ,068 | | |
| Total | 3,378 | 41 | | | |

Fuente: Resultados aplicación de cuestionario. Buendía (2021)

Para la prueba se formulan las hipótesis:

H0: $\mu_1 = \mu_2 = \mu_3$ (No hay diferencias significativas entre los elementos para la atención intercultural en centros de salud)

H1: $\mu_1 \neq \mu_2 \neq \mu_3$ (Existen diferencias significativas entre los elementos para la atención intercultural en centros de salud)

(μ_1, μ_2, μ_3) Promedio de respuestas para cada indicador.

En la misma se observa que el Sig. 0,008 < 0,05, a lo que se rechaza H0, presentando que hay diferencias significativas entre los indicadores de la dimensión elementos para la atención intercultural en centros de salud, reiteran los resultados en cuanto a la interpretación de la media de respuestas al mostrar como mediana aplicación por parte de estos centros de salud, al manifestar la prueba que hay diferencias significativas. Cabe destacar, que estos resultados coinciden medianamente con lo señalado por Villar (2011), señalando que este tipo de relaciones interculturales supone ciertos elementos como es el respeto hacia la diversidad; aunque es inevitable el desarrollo de conflictos, éstos se resuelven a través del respeto, la comunicación y la responsabilidad.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para concluir se indica que los Elementos para la atención intercultural en salud para las comunidades Wayúu, objeto de la actual investigación se describieron una Mediana aplicación, donde sus indicadores Responsabilidad y Comunicación intercultural se describieron basándose en el baremos de la media aritmética en la categoría Mediana aplicación, mientras que el respeto se describió en una Baja aplicación, en los Centro de salud estudiados en las comunidades Wayúu, ubicadas en Riohacha, departamento la Guajira colombiana.

Según, la información obtenida, se recomienda: Mejorar los procesos de comunicación y diálogo, lo cual suscita una mayor agudeza de las perspectivas de ambos representantes y a la vez incrementa el nivel de satisfacción de los usuarios Cabe destacar que dichos procesos se exhortan para fortalecer la responsabilidad y el respeto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, L. Alonso, L. Solís E. (2011). **La Universidad Intercultural de los pueblos del Sur.** Una opción de educación no formal para la población indígena en el estado de Guerrero, México. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 19(60), 103-128.

Disponible: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v19n60/v19n60a6.pdf>

Arias, F. (2016). **Mitos y Errores en la elaboración de Tesis y Proyectos de Investigación.** Editorial Episteme. Tercera Edición. Venezuela, Caracas.

Arrieta, B. y De La Cruz, C. (2011). **La dimensión ética de la responsabilidad social.** Madrid: Publicaciones Deusto.

Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU-1993)

Bacigalupo, J. F. (2018). **“Intercultural Health, a Decolonial Proposal”.** En *Health to the south*, febrero. Rio de Janeiro. Disponible en: https://issuu.com/isagsunasur4/docs/salud_al_sur_fevereiro_ing_digital

Ballestrini, M. (2012). **Como se elabora el Proyecto de Investigación.** Caracas. Venezuela. Editorial servicios.

Bavaresco A. (2013) **Proceso Metodológico en la Investigación.** Maracaibo, Venezuela: Imprenta Internacional.

Belloso, M, Campuzano, J., y Rivas, L. M. (2013). **Estudios realizados en Administración.** Madrid: Publicaciones Deusto.

Chávez, N. (2012). **Introducción a la Investigación Educativa.** Editorial ArsGraphic. Venezuela, Maracaibo.

Del Busto J.A. (1974). **Historia de los Descubrimientos Geográficos. Siglos V al XV.** Lima: Ed. Arica; 1974.

Escudero, J. (2012). **Interculturalidad e integración social en el aula a través del flamenco**

y los medios audiovisuales. Orientaciones y propuestas didácticas. DEDiCA, 3, 259-270.

Fernández de Silva, I. (2012). **Diccionario de Investigación. Una comprensión Holística.** Segunda Edición Ediciones Quirón.

Goicochea, E. (2012). **Interculturalidad en Salud.** [http://www.Dialnet-InterculturalidadEnSalud4366608%20\(1\).pdf](http://www.Dialnet-InterculturalidadEnSalud4366608%20(1).pdf)

Guzmán, G. (2016). **Escuela y diferencia cultural.** Lección inaugural, Departamento de Posgrado, Universidad Pedagógica Nacional.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). **Metodología de la Investigación.** Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México.

Hurtado, J. y Toro. (2011). **Metodología de la Investigación Holística.** Editorial Fundación Sypal. Venezuela, Caracas.

Johan, J. (2012). **La efectividad de la Comunicación.** Madrid: Grao.

Lerín, S. (2010). **Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta** Desacatos, núm. 16, otoño-invierno, 2004, pp. 111-125 Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Distrito Federal, México

Learreta, B. Ruano, K., Sierra, L. (2011). **Gerencia Estratégica: Teoría y Práctica.** Barcelona: Inde Publicaciones.

Manes, L. (2012). **Administración de Proyectos.** México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.

Menéndez, E. L. (2016). **Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos.** En Ciencia & Saúde Coletiva, 21(1), 109-118. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>

Navarro, F. (2012). **Responsabilidad social. Teoría y Práctica.** Madrid: Editorial ESIC.

Organización Mundial de la Salud (OMS-2012)

Pérez (2012). **Guía Metodológica para Anteproyectos de Investigación**. Tercera Edición. Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Venezuela.

Ribotta, S. (2011). **Sobre Desigualdad y Justicia**. Madrid: Editorial Dykinson.

Sabino, C. (2010). **El Proceso de Investigación**. Colombia. Editorial Cometa.

Salaverry, O. (2010). **Presentación del Simposio: Interculturalidad en Salud**. Revista Perú Med Exp Salud, Med Exp Salud Publica; 27(1): 80-93.

Salazar, H. (2017). **Aprender de una Cultura vs. Aprender otra Cultura. Un enfoque Intercultural para Colegios Bilingües**. Cali, Colombia: Editorial Unidad de Artes Gráficas de la Universidad del Valle.

Smeke, S. (2012). **Alcanzando la Excelencia Emocional**. México: Editorial Ruz sobre Suramericana S. A. 1945-2003. Estado del arte.

Tamayo, Tamayo, M. (2012). **El proceso de la Investigación Científica**. Limusa. México.

Vásquez, J. (2013). **Ingenio. Valor personal**. Madrid: Giraldo.

Villar, O. (2011). **Limitaciones y posibilidades de la pedagogía intercultural para niños indígenas**. *Estud. pedagóg.* [online]. 2011, vol.42, n.1, pp.339-353. ISSN 0718-0705. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052016000100022>.

Wojtyla, K. (2013). **Amor y Responsabilidad**. España: Editorial biblioteca Palabra.