

**DESIGUALDAD EN ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACION INDIGENA
WAYUU EN LA COMUNIDAD LA CACHACA 1 EN EL DISTRITO DE
RIOHACHA LA GUAJIRA**

ZULEIMA PAOLA HERNANDEZ RODRIGUEZ

YELISSA MARGARITA LOPEZ BOLÍVAR

YENY CAROLINA TORRES GAMBOA

**UNIVERSIDAD DE LA GUAJIRA
ESPECIALIZACIÓN DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
RIOHACHA - LA GUAJIRA**

2019

**DESIGUALDAD EN ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACION INDIGENA
WAYUU EN LA COMUNIDAD LA CACHACA 1 EN EL DISTRITO DE
RIOHACHA LA GUAJIRA**

**UNIVERSIDAD DE LA GUAJIRA
ESPECIALIZACION DE GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD
RIOHACHA- LA GUAJIRA**

2019

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Riohacha, _____ de junio de 2017

DEDICATORIA

A DIOS, mi guía y fuente de motivación para alcanzar todas las metas que me he propuesto en la vida.

A mi madre y hermanos quienes con sus consejos y apoyo han contribuido a que siga adelante, demostrándome que con perseverancia las metas se pueden cumplir

A mis compañeros de la especialización y amiga del trabajo de grado, con los cuales compartí no solo tiempo y momentos inolvidables sino el sueño en común de lograr esta meta.

Zuleima

DEDICATORIA

*Dedico a **Dios este** logro alcanzado, por ser siempre quien apoya mis sueños, esta especialización fue la manifestación de que en Dios todo lo podemos... y que cuando nos proponemos algo y lo hacemos con amor y lo ponemos todo en sus manos él siempre nos dará la victoria.*

Le dedico este logro mi madre y hermanos, que me apoyaron en todo momento para poder estar ausente en casa y cumplir con mi meta de graduarme.

A mis amigos que siempre estuvieron allí dándome un gran apoyo para poder sacar este proyecto adelante

Yelissa

DEDICATORIA

Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda, y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de los pones en frente mío para que mejore como ser humano, y crezca de diversas maneras.

Este trabajo de tesis ha sido una gran bendición en todo sentido y te lo agradezco padre, y no cesan mis ganas de decir que es gracias a ti que esta meta está cumplida.

Yeni.

AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso por darnos la vida, la sabiduría, el entendimiento y la fe para poder alcanzar una meta en nuestra vida.

A nuestra directora, por su valioso aporte, dedicación y compromiso durante el desarrollo de este trabajo de investigación.

A la profesora, por su gran colaboración en este proceso.

A los profesores asignados para esta especialización, quienes contribuyeron en nuestra formación personal y profesional.

A los profesores asignados como evaluadores de este trabajo de grado, infinitas gracias por sus recomendaciones y apoyo constante.

A todos los amigos y compañeros que de una y otra manera hicieron un valioso aporte en el transcurrir académico.

LOS AUTORES

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO I.....	¡Error! Marcador no definido.
EL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
1.3. SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA	¡Error! Marcador no definido.
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	¡Error! Marcador no definido.
1.4.2. Objetivos Específicos.....	¡Error! Marcador no definido.
1.5 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	¡Error! Marcador no definido.
1.6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	¡Error! Marcador no definido.
1.6.1 Delimitación Espacial.....	¡Error! Marcador no definido.
1.6.2 Delimitación Temática.....	¡Error! Marcador no definido.
1.6.3 Delimitación Temporal	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO II.....	16
MARCO TEÓRICO	16
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVO	16
2.2 BASES TEÓRICAS	18
2.2.1. DESIGUALDAD EN LA ATENCION EN SALUD.....	19
2.2.1.1. Factores	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1.2 Impactos.....	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1.3 Estrategias	¡Error! Marcador no definido.
2.2.1.4. Nivel de desigualdad	¡Error! Marcador no definido.
2.3 SISTEMA DE VARIABLES	43
2.3.1 Definición conceptual.....	43
2.3.2. Definición operacional.....	43
CAPITULO III.....	¡Error! Marcador no definido.
MARCO METODOLOGICO	¡Error! Marcador no definido.
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
3.4 POBLACION Y MUESTRA.....	¡Error! Marcador no definido.
3.4.1 POBLACION.....	¡Error! Marcador no definido.

3.4.2 Tipo de muestreo.....	¡Error! Marcador no definido.
3.4.2.1 Muestra	¡Error! Marcador no definido.
3.5 Fuentes de recolección de la información	¡Error! Marcador no definido.
3.5.1 Fuentes de información primaria.....	¡Error! Marcador no definido.
3.5.1.1 Instrumentos	¡Error! Marcador no definido.
3.5.2 Fuentes de información secundaria.	¡Error! Marcador no definido.
3.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	¡Error! Marcador no definido.
3.6.1 Validez.....	¡Error! Marcador no definido.
3.6.2 Confiabilidad.....	¡Error! Marcador no definido.
3.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS.	¡Error! Marcador no definido.
CAPITULO IV	¡Error! Marcador no definido.
ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.....	¡Error! Marcador no definido.

CAPITULO I

1. 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La desigualdad en la atención a los servicio de la salud en los wayuu es una preocupación en muchos países del mundo, Dado que la desigualdad no se expresa solamente en la enorme diversidad adquisitiva de los ingresos de las personas, sino que se deriva de la discriminación de clase, de raza, de género, de origen geográfico, de distinta capacidad física, etc., que practicadas de manera categórica (es decir, excluyendo a todos o casi todos los miembros de un grupo), la convierten en un fenómeno multidimensional y la hacen incompatible con nuestros ideales democráticos.

Para dar cumplimiento a este deber de igualdad en la prestación de los servicios de la salud, las empresas prestadoras de los servicios de salud deben adoptar las medidas necesarias para hacer valer los derechos de los wayuu en cuanto a igualdad en prestación de servicios se refiere tal como lo son recibir información adecuada, correcta, consultas, citas médicas, entre otros.

Al respecto el Banco Mundial ha tratado el tema de pobreza de comunidades indígenas en América Latina de manera amplia e integral. El estudio editado por Pasharopoulos y Patrinos (1994) es pionero en la utilización de métodos económicos y estadísticos para documentar la situación socioeconómica de comunidades indígenas en América Latina. El documento analiza la situación socioeconómica de comunidades indígenas del área urbana de Bolivia, Guatemala, México y Perú. Por medio de modelos econométricos logit, calcula la probabilidad de ser pobre como función de varias características tales como la educación, el empleo, el género y pertenecer a una etnia indígena. El estudio evalúa la pobreza en términos cuantificables y presenta solo lo que es medible de las vidas de los pueblos indígenas y en este sentido tiene limitaciones –hecho que reconocen los autores- en reflejar la totalidad de las necesidades y valores de las comunidades indígenas.

Según Paes de Barros (2010), las primeras conclusiones del Banco Mundial en cuanto a las oportunidades humanas para América Latina son reveladoras: “detrás de la desigualdad que siempre ha caracterizado la distribución de los resultados del desarrollo de la región (ingreso, acceso a tierra, logros educativos,

entre otros), existe una desigualdad aún más preocupante en la distribución de las oportunidades que los niños tienen para desarrollarse. No sólo los logros son desiguales; también lo son las posibilidades de éxito. El problema no es sólo de igualdad; sino también de equidad. El terreno de juego está desnivelado desde el principio.

Las principales conclusiones son que la incidencia de la pobreza es alta en América Latina pero particularmente severa y profunda entre la población indígena. Existe una correlación muy fuerte entre el nivel escolar y el origen étnico, y entre el nivel escolar y la incidencia de la pobreza. En este sentido, la condición socioeconómica de los pueblos indígenas se puede mejorar puesto que el no acceso a la educación es en gran parte responsable de las diferencias observadas en las ganancias de los individuos. El reto a futuro según el estudio es crear los medios que permitan mejorar las dotaciones de capital humano de la población indígena y crear las circunstancias por las cuales la población indígena puede derivar el máximo beneficio de sus atributos.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2010), manifiesta que, además, la etnia ha sido reconocida como un determinante social de las inequidades en salud, debido a las desigualdades injustas y evitables que se presentan en materia de salud y derechos sociales en las personas pertenecientes a grupos étnicos en comparación con la población general. Estas inequidades se originan en las estructuras políticas y socioeconómicas de las sociedades, y determinan las condiciones de vida y de trabajo de las personas.

Así mismo los autores Balladeli P-P, Guzmán J-M, Korc M, Moreno P, Rivera, G, (2013) han documentado que el lugar de residencia de las comunidades étnicas se ubica en zonas rurales o periféricas de las ciudades, de difícil acceso, deficientes servicios públicos (agua potable, alcantarillado, electricidad), y oferta de servicios de salud limitada. Solo el 30% de las personas cuenta con empleo remunerado.

Por consiguiente, Torres C (2001), para los grupos étnicos, sus diferencias culturales se convierten en barreras y motivo de discriminación en los servicios de salud y en la decisión de utilizarlos. En Guatemala, el no hablar el idioma español, se asoció con menor atención institucional del parto y de uso de métodos anticonceptivos modernos.

En este sentido, Calfio M, Velasco L (2005), Rodríguez L, (2008) Oyarce AM, Ribotta B, Pedrero M. (2010), señalan que en México y Guatemala se ha identificado que el riesgo de muerte materna es tres veces más alto para las mujeres indígenas. En

Bolivia se ha encontrado que existe una preferencia por la medicina y los métodos anticonceptivos tradicionales. Las mujeres indígenas de países con alto porcentaje de población indígenas como Paraguay, Bolivia y Guatemala tienen una tasa global de fecundidad superior a la media latinoamericana de 2,7 hijos.

En Colombia la situación es similar. En 2010 en los municipios con alta población indígena de la Orinoquia, la Amazonia y el Pacífico, el porcentaje de mujeres embarazadas que tuvo cuatro o más controles prenatales sólo llegó a 30%, mientras que el promedio nacional fue de 88,6% 15. En 2011, 21% de las mujeres indígenas de la ribera del Amazonas no recibió control prenatal 16. En la mayoría de los pueblos indígenas y las comunidades afrodescendientes de la costa pacífica, han sido reportadas barreras geográficas (distancias, escasez de transporte), económicas y culturales para la utilización de los servicios de salud 17.

Colombia posee un sistema de salud basado en un modelo de seguridad social bajo principios de equidad y universalidad que pretende a través del aseguramiento garantizar el acceso a los servicios de salud. Para cumplir con este propósito el sistema tiene dos regímenes de aseguramiento; el contributivo, que cubre a quienes tienen capacidad de pago o trabajo formal; y el subsidiado, para personas con bajos ingresos o trabajo informal, pagado por el gobierno, dentro del cual se encuentran las comunidades indígenas (Ley 100 de 1993 20).

De acuerdo con esto, el Congreso de la República de Colombia.(2013), reitera que los servicios de salud durante el embarazo y el parto son gratuitos para el régimen subsidiado (Resolución 3.384 del 2000), Duarte-Gómez M, Gómez Dantés O, Alegría O, Liliana M, Ríos M, Hernando L (2011) agregan que si bien existe una legislación especial en salud para estos grupos étnicos, que incluye la consulta sobre los programas y la creación de empresa indígenas para el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, el acceso real a los servicios es deficiente y fraccionado y no cumple con los requisitos de calidad, interculturalidad, integralidad, aceptabilidad y acceso. Igualmente, Oyarce AM, Ribotta B, Pedrero M. (2010) Duarte-Gómez M, Gómez Dantés O, Alegría O, Liliana M, Ríos M, Hernando L indican que concurren además problemas de salud relacionados con determinantes estructurales, como la desnutrición crónica en la población infantil.

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2003). Aunque el acceso a los servicios de salud reproductiva contribuye a garantizar los derechos reproductivos, Temmerman M, Khosla R, Say L. (2014) Vargas-Jaramillo J, Molina-Marín G. (2009). Manifiestan que en Colombia existen inequidades en la utilización

de estos servicios en los grupos con menor nivel socioeconómico y educativo, desplazado por la violencia y perteneciente a grupos étnicos relacionadas por obstáculos económicos, geográficos sociales y culturales. Así mismo Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. (2008) refieren que un análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 2010) reportó como obstáculos para el control prenatal estos factores, más la falta de confianza en los prestadores, con diferencias regionales, aunque no estratifica sus resultados de acuerdo a la variable etnia.

Osorio AM, Tovar LM, Rathmann K. (2014) La ENDS 2005 ya había reportado mayores porcentajes de mujeres sin control prenatal, sin atención del parto en los servicios de salud, y sin atención posparto en aquellas sin educación, residentes en el área rural, y con menor nivel socioeconómico.

Con los resultados de los censos realizados en el país, para los municipios de La Guajira se han calculado Índices de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). El cálculo demuestra que efectivamente la población rural –casi en su totalidad wayuu- sufre de falta de acceso a los servicios públicos, de ingresos y de riqueza y se muestra precisamente el descenso en el tiempo del indicador en las zonas urbanas y en menor medida en la zona rural.

Por consiguiente, se hace necesario analizar las desigualdades en la atención en salud en la comunidad wayuu La cachaca¹ del distrito de Riohacha, La Guajira, la cual está ubicada en la salida a Santa Marta kilómetro 7. y cuenta con un total de 685 habitantes, ya que se han observado una serie de casos que han ocurrido relacionadas con las variables en estudio tales como el factor de incidencia en la desigualdad en atención en salud, las estrategias, los impactos y siendo así amerita hacer un estudio, para tener un diagnóstico claro de las causas que originan las desigualdad en la atención en salud tales como lo son la raza, posición económica, entre otros que se presentan en los wayuu.

Según el diagnóstico percibido sobre esta investigación se puede observar síntomas tales como: mal trato, rechazo, que inciden en la desigualdad en la atención hacia los wayuu. Lo cual conlleva a que los wayuu que no reciban a tiempo los servicios a los que tienen derecho y si pueden ocurrir muertes. Se recomienda a la comunidad wayuu implementar los resultados del análisis.

Teniendo en cuenta la problemática planteada surge la siguiente pregunta:

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las causas de la desigualdad en la atención en salud que se da en la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira?

1.3. SISTEMATIZACION DEL PROBLEMA

- ❖ ¿Cuáles son los factores más comunes que presenta la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira al llegar a un centro asistencial?
- ❖ ¿Cuál es el impacto generado en la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira al vulnerar sus derechos?
- ❖ ¿Cuáles son los factores materiales que miden el nivel de desigualdad en la atención en salud a la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira?
- ❖ ¿Cuáles son las estrategias para una adecuada atención de salud a la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

1.4.1. Objetivo General

Analizar la desigualdad en la atención en salud a la población indígena wayuu en la comunidad La cachaca1 del distrito de Riohacha, La Guajira.

1.4.2. Objetivos Específicos

- ❖ Identificar los factores más comunes que presenta la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira al llegar a un centro asistencial
- ❖ Describir el impacto generado en la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira al vulnerar sus derechos.
- ❖ Determinar los factores materiales que miden el nivel de desigualdad en la atención en salud a la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira.
- ❖ Plantear estrategias para una adecuada atención de salud a la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira

1.5 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

El desarrollo de la presente investigación permitirá analizar la desigualdad en la atención en salud a la población indígena wayuu de la comunidad La cachaca¹ del distrito de Riohacha. De manera tal que se hace necesario justificarlo desde sus diferentes perspectivas, así se tiene que:

La presente investigación constituye un aporte desde el punto de vista teórico, por cuanto se confrontaron teorías existentes de expertos en cuanto a la desigualdad en la atención en salud a la población indígena wayuu en el Distrito de Riohacha La Guajira, para así generar un nuevo conocimiento expuesto por el investigador, el cual podrá ser de gran utilidad para futuras investigaciones.

A su vez, esta investigación ofreció un aporte desde el punto de vista científico, ya que determinara el análisis de la desigualdad en la atención en salud a la población indígena wayuu en el Distrito de Riohacha La Guajira. Lo cual servirá como base a futuras investigaciones que trabajen con la desigualdad en salud.

Así mismo, y desde el punto de vista metodológico; se elaborarán instrumentos que servirán para la recolección de datos, estos a vez ayudaran a abordar los objetivos expuestos en la investigación, los cuales pueden ser consultados por investigadores que requieran la misma técnica para obtener la información pertinente en sus investigaciones.

Desde el punto de vista de su relevancia social, ayudara para que los gerentes de las empresas de salud replanteen sus estrategias de atención en los servicios de salud a los wayuu para evitar que haya descensos, enfermedades crónicas por la falta de atención a tiempo por la desigualdad en la atención, de manera que se puedan mejorar la atención a los wayuu y responder eficazmente a las necesidades de ellos, por cuanto todo se verán beneficiados al obtener así una mejor calidad de vida.

Finalmente tendrá un aporte desde el punto de vista práctico pues permitirá a los sectores de salud públicos y privados del municipio de Riohacha, observar los verdaderos lineamientos de acción como empresa. Debido a las barreras culturales que pueden presentarse en el encuentro entre pacientes indígenas y el personal de salud, se requiere tener claridad en dónde está el mayor factor de incidencia que pueden ampliar la grieta al acceso a los servicios de salud, de qué manera este escenario podría llegar a disminuir esa misma.

1.6 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Delimitación Espacial.

Esta investigación se realizará en una comunidad wayuu en el municipio de Riohacha La Guajira Colombia.

1.6.2 Delimitación Temática.

La investigación desigualdad de atención en salud a la población indígena wayuu se fundamenta en teorías y conceptos de los diferentes autores o investigaciones.

1.6.3 Delimitación Temporal.

Este proyecto tendrá su inicio en el mes de junio de 2019 y culminación en el mes de octubre de 2019.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El marco teórico y conceptual presentado a continuación ubica al lector en los temas y aspectos más importantes de esta investigación, en cuanto al concepto general de la desigualdad se proyecta mostrar, obtener y consultar la bibliografía y otros materiales que ayuden a la obtención de la información primaria y secundaria tal como lo son los libros, folletos, Internet, teorías sobre el tema.

En este sentido, Gómez, Deslauriers y Alzate, (2010) señalan que el “marco teórico”, es una continuidad de la formulación de la pregunta y los objetivos que exponen el problema de investigación; es además un conjunto de referencias que ayudan a resolver el problema de investigación o aportar al acervo de conocimientos, su camino es globalizante e interdisciplinario, asume datos de una problemática, delimita y precisa la investigación con una red de nociones, por otro lado, enriquece el razonamiento por el aporte de otras disciplinas que conducen al enunciado de hipótesis o un nuevo conocimiento.

Bernal, (2010) manifiesta que el “marco teórico” ubica el problema de investigación en un segmento de conocimiento, que corresponde a un campo del universo científico, expresados en resultados de investigaciones ya realizadas sobre el tema objeto de investigación. Es una construcción intelectual de principales ideas y destacadas teorías, que interactúan entre sí, es decir, es una fundamentación teórica que sostiene la investigación, tomando en cuenta las escuelas, enfoques y teorías más visibles del objeto de estudio; además de los debates, los resultados e instrumentos utilizados y otros aspectos pertinentes sobre el tema. En pocas palabras, es una revisión de lo que se ha investigado y lo que se investiga. Dicho de otra manera, el “estado del arte” de un tema objeto de estudio, se compone de un análisis de la información documental revisada, tomando en cuenta consideraciones epistemológicas y criterios contextualizados en los que se dieron y se dan estos conocimientos.

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVO

Dentro de los estudios revisados sobre la variable en estudio y que servirán de referentes para el estado del arte de la investigación están los diferentes autores que han estudiado las variables objeto de la presente investigación; como son la desigualdad en atención en salud, los factores que inciden en la prestación de un

servicio humanitario, con el propósito de fundamentar el estado actual de la situación problemática con los resultados obtenidos en los siguientes estudios.

Según el estudio de Soto (2012), en su trabajo de grado titulado “Hacia un análisis de la desigualdad social en salud a nivel intercomunal en Chile” (Universidad de Chile) para optar el título de sociólogo, en su objetivo general describe y caracteriza la desigualdad social en salud asociada a indicadores de determinantes sociales estructurales y de resultado de salud a nivel intercomunal en Chile. El mismo estuvo fundamentada por los autores como: Bongers (2006), Bortman (1999), La Parra (2002), entre otros. Metodológicamente estuvo pensada bajo un diseño metodológico documental y descripción de datos secundarios asociados a desigualdades sociales en salud en Chile, fue de carácter mixta y descriptiva, la población fue intercomunal.

Como conclusión el autor recalca que la desigualdad en salud es un fenómeno social complejo, multidimensional, que requiere de perspectivas amplias y profundas en su tratamiento, en donde se presenta una interacción de diversos elementos, mecanismos y procesos; en este marco se entiende que tratar el tema de desigualdad de atención en salud requiere de un acuerdo de justicia social en nuestra sociedad.

Esta investigación aporta a nuestro estudio elementos como la desigualdad de atención en salud donde los fundamentos teóricos y el proceso metodológico nos sirven de apoyo para crear nuevos diseños, investigar, analizar e interpretar la obtención de los resultados, logrando así conocer las verdaderas razones como el impacto social que este podría estar causando en la población indígena wayuu de nuestro departamento y la vulnerabilidad de sus derechos.

Por otra parte, Plazas (2017), en su trabajo de grado titulado “La desigualdad sanitaria en Colombia: la afectación de la desigualdad” (Universidad Nacional de Colombia), para optar el título de magister en ciencias económicas estuvo fundamentada por los autores como: (Ministerio de salud de Colombia y facultad nacional de salud pública 2002-2007), (Segura del Pozo 1980-2010), (Corredor 1999). El diseño metodológico se fundamentó con un análisis de la situación de desigualdad sanitaria durante el último año en Colombia. Esta investigación fue de carácter empírica analítica en una población colombiana con características individuales como sexo, raza, estrato socioeconómico, grado de escolaridad, autopercepción de salud, tipo de afiliación al sistema general de seguridad social en salud.

Este estudio arroja como conclusión que en el país muy a pesar de que va por buen camino los indicadores de equidad, no siendo igual a los de eficiencia donde se espera que vuelva a ser una prioridad el bienestar y la salud de las personas, esta investigación puede ser de utilidad para el trabajo propio como la desigualdad de atención en salud, Por este tipo de estudio podemos evidenciar que alrededor del mundo las desigualdades sociales, afectan en la misma proporción la salud y bienestar de la población.

Así mismo, Zapata y Sánchez (2012), en su tesis de grado “titulado medición de inequidades en salud para Colombia (Pontificia Universidad Javeriana), para optar al grado de magíster en economía estuvo fundamentada por los autores Borrell, Pasarr, Benach & Kunst (2000), Yepes & Sánchez (2000) Acosta & Misas (2007), entre otros. El diseño metodológico se fundamentó con un análisis de las metodologías mayormente utilizadas en el área de la salud para probar la existencia de inequidades. Esta investigación fue de carácter descriptivo y cuantitativo en una población rural y urbana con indicadores o dimensiones como estado de salud, aseguramiento social en salud, utilización en servicios de salud, calidad de servicios.

Este estudio arroja una conclusión de que con los mayores grados de inequidad encontrados al interior de la población estudiada sugiere un plan de estrategias diferenciales en pro del desarrollo en salud de los diferentes grupos poblacionales. Esta investigación nos da un aporte positivo para nuestro proyecto ya que nos lleva a conocer el grado de inequidad en el sector de atención en salud, visto desde varios aspectos, puede ser de utilidad para nuestro trabajo como la desigualdad de atención en salud, infiere en las diferencias relevantes que se presentan entre diferentes individuos.

2.2 BASES TEÓRICAS

Este proyecto dentro de sus bases teóricas relaciona las dimensiones incluidas en el cuadro de variables las cuales se describen a continuación según dimensiones y subdimensiones tales como los Factores que inciden en la desigualdad (Educación, ocupación, ingreso, genero, etnia, raza), Impacto (psicosocial y perdida de salud en las personas) Estrategias (igualdad, equidad, efectividad, calidad) nivel de desigualdad en salud (inclusión, acceso).

2.2.1. DESIGUALDAD EN LATENCION EN SALUD

La desigualdad según estudios sociales en salud que han intentado demostrar la relación entre los estados de salud y la pertenencia a una condición social. La mayoría de estos estudios se pueden situar en el concepto de epidemiología social. Es decir, utilizan los conceptos y las herramientas de la epidemiología, pero se interesan especialmente por la relación de la salud con el contexto social.

El concepto de desigualdad en salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, en función de su clase social, género, territorio o etnia; oportunidades y recursos que van asociados con un peor estado de salud de los colectivos más desfavorecidos. La OMS refiere que estas diferencias en materia de salud son innecesarias, evitables e injustas.

De acuerdo con Pozo (2013) que define la desigualdad en salud como diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud entre grupos o subgrupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente, el autor define que la principal razón para hacer estudios de Desigualdad Social en Salud, de epidemiología social, no es tanto saber por saber, o por poner en números e índices lo que muchos saben intuitivamente o por lo que les ha tocado vivir (lo que llamábamos “antes” conciencia de clase y condiciones objetivas de vida), sino saber más sobre cuáles son los principales clavos sobre los que debemos golpear desde la acción política, si queremos una sociedad con menores diferencias sociales en salud.

Del mismo modo usando otras imágenes, si queremos reducir la brecha (en inglés, gap) en indicadores de salud entre las clases sociales favorecidas y las desfavorecidas, el estudio de la distribución de la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad, según clases sociales, niveles de educación, etnia, género o áreas geográficas de residencia, nos permiten desvelar estos determinantes sociales de la enfermedad y poner en evidencia la debilidad científica de la ideología dominante.

Por otra parte, (Manrique et al., 2003) la define como el derecho a la distintividad de los pueblos indígenas abre la posibilidad para un monitoreo sobre el carácter y alcance de las reformas desde una perspectiva de seguimiento a la aplicación de los derechos humanos en materia indígena, capaz de reconocer que

el reconocimiento simple de los pueblos indígenas, como sujetos de derecho, no basta, ya que lo que importa es el carácter y el alcance de los derechos específicos reconocidos a un sujeto de derecho. Examinar el alcance favorable de las decisiones de gobierno para los pueblos indígenas debe postularse referido al derecho a la igualdad.

Así mismo (Ortiz, 2016) opina que más adelante, gran parte de la reciente alarma por la desigualdad se ha centrado en sus aspectos económicos, especialmente en la distribución del ingreso. Sin negar que la forma en que se distribuyen los recursos materiales está en el corazón de la desigualdad y de la exclusión, hay que precisar que ellas abarcan también otras áreas del quehacer social, con orígenes que, en muchos casos, no provienen de diferencias económicas.

La subordinación y exclusión social de los pueblos indígenas en todo nuestro continente, por ejemplo, no fue debida a algún atraso económico previo, sino producto de la apropiación violenta de sus riquezas y de su sometimiento por la fuerza. La desigualdad, por consiguiente, no se expresa solamente en la enorme diversidad adquisitiva de los ingresos de las personas, sino que se deriva de la discriminación de clase, de raza, de género, de origen geográfico, de distinta capacidad física, etc., que, practicadas de manera categórica (es decir, excluyendo a todos o casi todos los miembros de un grupo), la convierten en un fenómeno multidimensional y la hacen incompatible con nuestros ideales democráticos.

En suma, a la vulnerabilidad económica, producto de un nivel insuficiente e inseguro de ingreso, se unen otras desigualdades permanentes, que separan a distintas categorías de individuos en la sociedad y que no siempre se vinculan, al menos en su origen, a los temas económicos.

Naturalmente, como refieren los autores la desigualdad entre los seres humanos en una sociedad democrática es un tema complejo donde interfieren diversos conceptos, comportamientos entre otros, con distintas culturas, gustos y costumbres, que tienen creencias y modos de vida distintos. Poner eso en cuestión y crítica va contra los valores de libertad y diversidad en que se basa la convivencia democrática. Cuando hablamos negativamente de la desigualdad nos estamos refiriendo, desde el punto de vista, grupal, la desigualdad existe entre categorías de ciudadanos y no de manera individual.

Es muy común y se vive a diario que los miembros de las comunidades indígenas sean víctimas de una discriminación similar. Existe desigualdad en el

plano social, cultural, La desigualdad conlleva a una discriminación importante y verificable que afecta a una persona o a un grupo de personas en su bienestar material, en sus oportunidades o en el ejercicio de sus derechos. Es fundamental para nuestro proyecto llevar un conocimiento claro de el porque se presenta tanta desigualdad en la población indígena, encontrando diferentes causantes que indican una de las razones principales del porqué se presenta tanta inequidad en estas comunidades indígenas.

2.2.1.1. FACTORES QUE INCIDEN EN LA DESIGUALDAD

De acuerdo con (POZO, 2013), habría que pensar el proceso causal entre estratificación social y salud como un río, cuya fuente estaría representada por el modelo político, económico y social, que determina las reglas del acceso y distribución de la riqueza. El curso alto del río, fuertemente determinado por las características de la fuente, serían las desigualdades en oportunidades de educación, ocupación e ingresos. Estas a su vez determinarían el curso medio, los llamados “factores intermedios”. Estos serían una serie de determinantes (posesión de bienes materiales, factores ambientales o laborales, factores psicosociales y hábitos nocivos para la salud), distribuidos de forma diferencial entre los distintos grupos socioeconómicos. Los bienes materiales incluyen la vivienda, el vestido, el transporte, las posibilidades de ocio o ayuda en caso de necesidad.

Desde otro punto de vista (Manrique et al., 2003), afirma que el estado nutricional de la población indígena además de asociarse directamente con la morbilidad y la mortalidad de la población se relaciona con los niveles de seguridad alimentaria de la población, la cual a su vez está determinada por múltiples factores que inciden en el acceso a los alimentos: la escasez de tierras adecuadas para la producción, las nuevas demandas para participar de en sistemas de mercado, las condiciones tecnológicas atrasadas, los hábitos culturales y las creencias con relación a los alimentos y al cuidado diferenciado de los adultos frente a los niños, la prioridad del colectivo sobre el bienestar individual, los impactos de la guerra sobre la calidad de la tierra, las fuentes de agua para provisión de comida y el acaparamiento de alimentos institucionales por parte de los actores armados, entre varios factores

La realidad de los pueblos indígenas es la realidad de los despojos y abusos, es la realidad del hambre y la miseria material, la del saqueo colonial y la explotación de las poblaciones nativas. Por ello, postular los derechos de los pueblos indígenas a la distintividad, a la igualdad y a lo propio no es suficiente. Es preciso el derecho

al mejoramiento económico y social, derecho que remite a un extenso número derechos: al trabajo, a la salud, a la retribución económica equitativa y a la justicia económica, derechos que hacen parte de los derechos a la igualdad de estos pueblos. Hay que establecer, a partir del reconocimiento, que los pueblos indígenas requieren políticas aplicadas y efectivas, orientadas a mejorar sus estándares de vida.

Así mismo (Manrique et al., 2003) afirma que el derecho al mejoramiento económico y social constituye una amplia variable general que incluye, por una parte, la generosa agenda temática de los capítulos y acápite complejos del derecho laboral, del derecho a la salud y del derecho a la educación, elaborados desde la perspectiva de los derechos de las personas y las colectividades y, por otra, las agendas de intervención para el desarrollo económico y social por parte de los estados, la cooperación internacional y las organizaciones no estatales.

Se puede notar que los diferentes autores coinciden que los factores determinantes de la desigualdad en la población indígena no dependen de un efectivo desempeño de los sistemas nacionales de salud, sino de una política amplia y general que influya en la educación, el empleo, la aceptación social y otros aspectos que, según los hallazgos de las propias investigaciones, tienen un impacto significativo en la condición sanitaria en estas comunidades indígenas, En Latinoamérica, encontramos muchas comunidades ancestrales con diferencias socioeconómicas y socioculturales entre sus grupos de población, revela la existencia de limitaciones al conocimiento de los problemas y, sobre todo, al alcance de las soluciones, se necesita investigar más, los procesos centrados en lo social y sustentados en información mucho más fiable.

2.2.1.1.1 Educación

Según Farah BF (2003), "La educación es un proceso permanente que busca alternativas y soluciones para los problemas de salud reales vivenciados por las personas y grupos en sus realidades".

Según Manrique et al., (2003), testifica que la poca inversión en educación indígena no permite el desarrollo de las obligaciones constitucionales y legales, lo cual se manifiesta en insuficiencia y escasa cobertura de las escuelas y de docentes, y el acceso de sólo el 50% de la población en edad escolar. Se ha limitado al pago de docentes, desconociendo la necesidad de realizar investigación lingüística, diseños curriculares apropiados a las características de los pueblos. La dotación de mobiliario y material didáctico específico son escasos. Respecto al

contenido de la educación es necesario eliminar la estandarización curricular, la cual no permite adaptar completamente las particularidades culturales (lo indígena se reduce a áreas complementarias), el menosprecio al bilingüismo y la preponderancia de materiales monolingües.

De acuerdo con Vygotski, (1934/1993), este considera que la educación es la forma de mediación por excelencia, la que es indispensable para el desarrollo de las funciones psíquicas superiores. Los humanos nos desarrollamos de modos distintos, porque aprendemos de forma distinta en contextos diferentes. El aprendizaje implica la apropiación y el dominio de instrumentos culturales disponibles en nuestro medio. El aprendizaje escolar, en todos sus niveles, facilita la adquisición de lo que Vygotski llamó: "conceptos científicos" para diferenciarlos de los "conceptos espontáneos" que se adquieren en la experiencia cotidiana no escolar. Los conceptos científicos son abstracciones, generalizaciones, que se insertan en un sistema lógico coherente.

De la misma manera DURKHEIM, E., (1975), concluye que la educación es la acción ejercida por las generaciones adultas sobre aquéllas que no han alcanzado todavía el grado de madurez necesario para la vida social. Tiene por objeto el suscitar en el niño un cierto número de estados físicos, intelectuales y morales que exigen de él tanto la sociedad política en su conjunto como el medio ambiente específico al que está especialmente destinado. De la definición que precede resulta que la educación consiste en una socialización metódica de la joven generación. Se puede decir que en cada uno de nosotros existen dos seres que, aun cuando inseparables a no ser por abstracción, no dejan de ser distintos. El uno está constituido por todos los estados mentales que no se refieren más que a nosotros mismos y a los acontecimientos de nuestra vida privada: es a lo que se podría muy bien denominar el ser individual. El otro, es un sistema de ideas, de sentimientos y de costumbres que expresan en nosotros, no nuestra personalidad, sino el grupo o los grupos diferentes en los que estamos integrados; tales son las creencias religiosas, las opiniones y las prácticas morales, las tradiciones nacionales o profesionales, las opiniones colectivas de todo tipo. Su conjunto constituye el ser social. El formar ese ser en cada uno de nosotros, tal es el fin de la educación".

Puede concluirse que, en términos generales, de acuerdo a los aportes de los autores anteriormente mencionados que los pueblos indígenas del país afrontan en materia educativa los problemas derivados de la falta de atención estatal a las iniciativas propias y la discriminación, producto de la desinformación e ignorancia

de los colombianos sobre los aportes necesarios para la construcción del futuro de todos los habitantes de Colombia.

2.2.1.1.2 Ocupación

Siguiendo a Moruno (2002) este defiende que la ocupación constituye un medio para el desarrollo, mantenimiento y recuperación de funciones psicológicas y corporales, en la medida en que estas funciones están implicadas en las ocupaciones que un sujeto realiza. Por tanto, la ocupación puede ser utilizada como método terapéutico en la medida en que:

- Contribuye al desarrollo normalizado de las estructuras y funciones corporales y psicológicas, así como de las relaciones sociales, las emociones y los vínculos afectivos.

- Promueve el mantenimiento, restauración o recuperación de las estructuras y funciones corporales y psicológicas.

Moruno (2002) añade a lo anterior que en la medida en que la implicación de un sujeto en ocupaciones significativas, tanto desde una perspectiva personal (subjetiva) como social y cultural, favorece el bienestar psicológico, la ocupación puede ser utilizada como un método para la promoción y preservación del bienestar psicológico individual.

La concepción de la ocupación como agente que promueve el bienestar psicológico y la salud permite utilizarla para la:

- Promoción de estilos de vida saludables y prevención de la aparición de enfermedades somáticas o psicológicas y los déficits consecuencia de ellas.

- Promoción de la adquisición, mantenimiento y mejora del bienestar físico, psicológico y social

Siguiendo a Moruno y Romero (2004), el concepto actual de desempeño ocupacional resalta la faceta por la cual la ocupación se constituye en una entidad que favorece y promueve la participación e integración social, a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades ligadas al auto-mantenimiento y autocuidado, la educación y la productividad y el ocio y el juego, incidiendo en último término en la salud individual.

Como señala Trombly (1995), esta modalidad de intervención concibe la ocupación como fin en sí misma: el desempeño ocupacional es la meta última a alcanzar y los objetivos de la intervención o tratamiento son el desempeño de tareas y actividades asociados a los roles del individuo. La significación de las ocupaciones, fin último del tratamiento y elemento clave de la intervención, se basa en las creencias y valores de la persona, por tanto, esa significación es individual, construida a lo largo de la historia personal y atravesada por aspectos culturales, sociales y familiares. La ocupación como agente para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y la discapacidad. Desde esta perspectiva, se resalta la faceta por la cual la ocupación se constituye en un agente que promueve el adecuado funcionamiento de las estructuras y funciones corporales y el bienestar psicológico previniendo la aparición de enfermedades y de condiciones de discapacidad.

La construcción empírica de la clase social, desde una perspectiva neomarxista, está resolviendo cada vez más este problema usando la información sobre la ocupación. Precisamente, el estudio de las desigualdades sociales y la salud ha estado centrado, clásicamente, en el uso de la ocupación o, mejor dicho, el grupo ocupacional como criterio de clasificación socioeconómica. Para ello, las diferentes ocupaciones han sido clasificadas en función de una combinación de cualificación profesional, ingresos y prestigio, 9 Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico produciéndose una serie jerárquica de grupos socioeconómicos que se supone se diferencian, unos de otros, en un rango de características sociales (Regidor et al., 1994).

La Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) o clasificación ISCO (International Standard Classification of Occupations) es una de las principales clasificaciones económicas y sociales, de las que la Organización Internacional del Trabajo es responsable (International Labour Organization, 2004). Más específicamente, se trata de una herramienta para organizar los empleos en una serie de grupos definidos claramente en función de las tareas que comporta cada uno de ellos. La primera versión de la clasificación ISCO fue adoptada en 1957 por la Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo y es conocida como la ISCO-58. Esta versión fue reemplazada rápidamente por la ISCO-68, que fue adoptada por la Undécima Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo en 1966. La tercera versión de la Clasificación Internacional de Estadísticos del Trabajo, la ISCO-88, fue adoptada por la Decimocuarta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo en 1987. Muchas clasificaciones nacionales de ocupaciones se basan en una de estas versiones de la ISCO, dependiendo de la

fecha en que fueron desarrolladas. No obstante, también se han señalado otras variables como posible alternativa para discriminar el nivel de salud entre diversos grupos socioeconómicos de la población.

Como concepto propio puede concluirse que las opiniones de los autores coinciden en un mismo concepto dónde queda claro que para ellos la ocupación es un agente que promueve el bienestar psicológico y la salud permite al ser humano aporta a la transformación de la sociedad al reconocer la ocupación como un elemento fundamental en el ser humano, pese a que por no poseer un buen empleo no pueda acceder a los servicios de salud como debe ser y de ahí que se desprende el tema de la desigualdad en la atención en salud.

2.2.1.1.3 Ingreso

Según Wilkinson R.,(1996) quien sostiene que el nivel de ingreso de los individuos, los hogares o la familia, fue el indicador clásico utilizado en las primeras investigaciones sobre las desigualdades sociales y su efecto en la salud, sin embargo, varios estudios han desacreditado su validez para explicar suficientemente esta relación. Destaca el trabajo *Unhealthy Societies*, donde el autor demuestra que, después de cierto nivel de ingreso promedio por persona, los aumentos al ingreso parecen no mejorar el nivel de salud de la población, al menos de manera significativa. Además, aporta datos interesantes sobre la utilización de otros indicadores.

Según Keynes (1936) resuelve el problema de definir el ingreso de la siguiente forma: en un periodo cualquiera un empresario ha obtenido recursos por la venta de cierta cantidad de productos terminados, habrá gastado o comprado otros productos para ello, y puede que conserve un stock de producción no terminada o terminada pero no vendida. El ingreso del empresario sería entonces lo obtenido por las ventas más lo que aún conserva (producción no terminada o terminada pero no vendida), menos lo gastado o consumido.

Sin embargo, para obtener el ingreso específico obtenido en un periodo en cuestión, se necesita descontar lo atribuible al equipo productor con que se contaba desde el principio Keynes, 1936, es decir que en el cálculo del ingreso neto se tiene en cuenta lo producido y no vendido en un mismo periodo, no lo producido en otros periodos y no vendido en el actual. Por otra parte, se tiene en cuenta también los costos de producción (costo primo y costo de uso equivalente al sacrificio de valor comprendido en la producción del periodo) y costos suplementarios adicionales⁷ (Keynes, 1936, p.65). Se observa entonces que estas definiciones con las que se

llega al —ingreso global (total) según la teoría de Keynes (1936), son realizadas desde el punto de vista del productor.

Los autores coinciden en el ingreso al opinar que las ganancias son los resultados de hacer una venta o por la prestación de un servicio, estos conceptos aportan a este trabajo un análisis claro porque con ellos se ve que la desigualdad se inicia por motivos con la falta de ingreso de una persona, todo depende de cuánto gane o reciba mensualmente el individuo, se puede decir que los indígenas no poseen una gran cantidad de recursos económicos.

2.2.1.1.4 Genero

De acuerdo con Naila Kabeer (1994) esta ha planteado que estas relaciones de poder entre los géneros derivan de acuerdos institucionales gestados en instituciones sociales como el hogar, el mercado, el Estado y la comunidad, los cuales proporcionan a los hombres, más que a las mujeres, una mayor capacidad para movilizar reglas y recursos institucionales que promuevan y defiendan sus propios intereses. En la mayoría de los contextos, los hombres gozan, en términos generales, de un mayor acceso a los alimentos, a los puestos políticos o a la tierra, una mayor movilidad física, menos responsabilidades en términos de autocuidado o de cuidado de las personas jóvenes o ancianas, una posición privilegiada en términos de control del trabajo –sobre todo del trabajo de las mujeres– y una sexualidad menos confinada. Estas relaciones definen también la manera en que hombres y mujeres perciben sus necesidades prácticas cotidianas, además de provocarles intereses estratégicos discrepantes (ver GÉNERO, INTERESES Y NECESIDADES DE) y, tal vez, conflictivos en la transformación a largo plazo de esas desigualdades. En la medida en que tales relaciones encarnan el privilegio masculino, es probable que parte de los intereses estratégicos de los hombres consista en una resistencia a la idea de que las desigualdades de género existen, son construidas socialmente y, en consecuencia, pueden ser desafiadas y transformadas.

Las conclusiones de los estudios sobre el género han impactado también en el campo del desarrollo, llegando a modificar los planteamientos y la práctica de la planificación y la cooperación internacional. La introducción del concepto “género” en las investigaciones sobre las mujeres y el desarrollo permitió dejar de considerar a las mujeres como “el problema” y entender que las identidades y roles femeninos y masculinos (ver GÉNERO, ROLES DE) se construyen socialmente, y que la posición social de un género no puede ser entendida aisladamente de la posición del otro.

Asumiendo que ninguna acción de desarrollo es neutral en términos de género, estudiosas de la participación de las mujeres en los procesos de cambio (como Young, Moser y Kabeer) y activistas de los movimientos de mujeres en el Sur, defienden que el enfoque de las *relaciones de género* es el más fructífero para abordar los temas relacionados con las mujeres y el desarrollo. Además de enfatizar que la desigualdad de género no es la única relación de desigualdad en la que viven mujeres y hombres, este enfoque evita las generalizaciones universalistas que caracterizan a los planteamientos estructuralistas en torno a la opresión de las mujeres (los cuales consideran que ésta es consecuencia del modo de producción capitalista o de un patriarcado mundial), al tiempo que contribuye a:

a) Extender el concepto marxista de relaciones sociales más allá de la producción de objetos y mercancías, hasta incluir la producción y el cuidado del cuerpo y la vida humana: procreación, cuidado de las criaturas, personas enfermas y ancianas, junto con la reproducción diaria de la fuerza de trabajo.

b) Teorizar las relaciones de la vida cotidiana y sus interconexiones con las relaciones de reproducción y producción, en el marco de la economía local y mundial.

c) Dejar de considerar a las mujeres como categoría aislada –tal como las enfoca la estrategia Mujer en el Desarrollo (ver MUJERES, ENFOQUES DE POLÍTICAS HACIA LAS)– y centrarse en el análisis de las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres que ubican a éstas como grupo subordinado en la división de recursos y responsabilidades, atributos y capacidades, poder y privilegio.

A partir de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing (1995), las agencias de Naciones Unidas, algunos organismos multilaterales –como el CAD (Comité de Ayuda al Desarrollo) de la OCDE– y múltiples organizaciones no gubernamentales de cooperación han asumido, en términos generales, el enfoque de las relaciones de género para abordar los retos de la PARTICIPACIÓN de las mujeres en los procesos de desarrollo, concluyendo que:

a) El problema no es la integración de las mujeres en los procesos de desarrollo, o su falta de formación, créditos o recursos, sino los procesos e instituciones sociales que dan lugar a las desigualdades entre mujeres y hombres.

b) Estas desigualdades no afectan únicamente a las mujeres, sino también al desarrollo en su conjunto; por tanto, la desigualdad debe considerarse una cuestión social, y no un tema de las mujeres.

c) No se trata sólo de incorporar a más mujeres a los procesos y programas existentes, sino de llevar a cabo reformas para asegurar que éstos reflejen las visiones, intereses y necesidades de las mujeres, y contribuyan al logro de la equidad de género.

La estrategia Género en el Desarrollo (GED), más que cualquier otro enfoque sobre la participación de las mujeres en el desarrollo (ver MUJERES, ENFOQUES DE POLÍTICAS HACIA LAS), se ha mostrado muy fecunda a la hora de construir conceptos (intereses y necesidades de género prácticos y estratégicos, triple rol, posición y condición de las mujeres, potencial de transformación) y marcos analíticos, para la evaluación del *impacto de género* de los procesos de desarrollo. Caroline Moser (1993) ha aplicado esta perspectiva al campo de la planificación del desarrollo y la capacitación, elaborando una nueva metodología –la *planificación de género*– cuyo objetivo es asegurar que las mujeres, a través de su EMPODERAMIENTO, obtengan la igualdad y la equidad con los hombres (GÉNERO, IGUALDAD DE) en las sociedades en desarrollo.

Las impulsoras de GED han propuesto el *análisis de género* como el instrumento básico para obtener información sobre las relaciones entre mujeres y hombres en un contexto determinado, y como una herramienta imprescindible para diseñar acciones de desarrollo y ayuda humanitaria. El análisis de género consiste en el examen sistemático de las funciones desempeñadas por mujeres y hombres, teniendo en cuenta los desequilibrios existentes en su acceso al trabajo, los recursos, el ocio, la riqueza, la cultura y el poder. Por tanto, permite comprender los procesos e instituciones sociales que producen y reproducen la desigualdad genérica; los mecanismos de dominación que utilizan los hombres, como grupo social; las formas en que las mujeres son expropiadas de los beneficios de su trabajo; la valoración asimétrica de la capacidad y comportamientos de ambos sexos, así como el distinto acceso a recursos y poder que así se genera.

Es importante señalar que el hecho de analizar la realidad “desde el género” no implica considerar a todas las mujeres como iguales. Aunque las mujeres comparten experiencias, fuerzas y obstáculos que les otorgan necesidades e intereses comunes –los cuales pueden, en determinadas circunstancias, propiciar su unidad como grupo–, las formas de subordinación social y económica, y de VULNERABILIDAD, son tan complejas y están tan individualizadas como las personas que las sufren.

De la misma forma, *trabajar con mujeres* no significa que automáticamente se tengan en cuenta los aspectos relacionados con la desigualdad de género; esto se debe a que, a pesar de que las relaciones de género están siempre presentes, tomarlas en consideración requiere un interés especial en descubrirlas, aplicando para ello herramientas conceptuales y analíticas que permitan poner de manifiesto los procesos que producen y reproducen las relaciones de poder entre hombres y mujeres.

También deben diferenciarse dos acepciones del género que coexisten en el campo de la planificación del desarrollo: la *dimensión de género* y la *perspectiva de género*. La primera se refiere al género como categoría de análisis, útil para conocer y evaluar un contexto, una realidad determinada, una experiencia o un proyecto. En cambio, la *perspectiva de género* alude no sólo al potencial analítico de esta categoría sino también a su potencial político, transformador de la realidad. Desde este ángulo, el género no es sólo una herramienta para el análisis de cómo están las mujeres en el mundo; también es una propuesta política en tanto que exige un compromiso a favor de la construcción de relaciones de género equitativas y justas. Cl. M.

El autor Barbieri, (1992) manifiesta que el género comenzó a ser utilizado por diversas disciplinas de las ciencias sociales porque demostraba ser una categoría útil para delimitar con mayor precisión cómo la diferencia (biológica) se convierte en desigualdad (económica, social y política) entre mujeres y hombres, colocando en el terreno simbólico, cultural e histórico los determinantes de la desigualdad entre los sexos. En este sentido, la adopción del género como categoría de análisis ha significado la ruptura epistemológica más importante de las últimas décadas en las ciencias sociales, pues ha implicado el reconocimiento de una desigualdad social que había sido hasta entonces subsumida en la dimensión económica, tanto por la teoría de las clases como por las de la estratificación social.

De acuerdo con Dio Bleichmar, (1985), para la psicología, el concepto “género” alude al proceso mediante el cual individuos biológicamente diferentes se convierten en mujeres y hombres, mediante la adquisición de aquellos atributos que cada sociedad define como propios de la feminidad y la masculinidad. El género es, por tanto, la construcción psico-social de lo femenino y lo masculino. Desde la perspectiva psicológica, el género es una categoría en la que se articulan tres instancias básicas:

a) La *asignación de género*: se realiza en el momento en que nace la criatura, a partir de la apariencia externa de sus genitales.

b) La *identidad de género*: es el esquema ideo-afectivo más primario, consciente e inconsciente, de la pertenencia a un sexo y no al otro. Se establece más o menos a la misma edad en que la criatura adquiere el lenguaje (entre los dos y tres años) y es anterior a su conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. Una vez establecida la identidad de género, cuando un niño se sabe y asume como perteneciente al grupo de lo masculino y una niña al de lo femenino, ésta se convierte en un tamiz por el que pasan todas sus experiencias.

c) El *rol de género*: es el conjunto de deberes, aprobaciones, prohibiciones y expectativas acerca de los comportamientos sociales apropiados para las personas que poseen un sexo determinado. La tipificación del ideal masculino o femenino es normativizada hasta el estereotipo, aunque en el desarrollo individual la futura mujer u hombre haga una elección personal dentro del conjunto de valores considerados propios de su género. No obstante, los roles y estereotipos de género –tanto femeninos como masculinos– están tan hondamente arraigados, que son considerados como la expresión de los fundamentos biológicos del género.

2.2.1.1.5 Etnia

Koonings K, Silva P. (1999). La "etnicidad" se refiere a la identificación de una colectividad humana a partir de antecedentes históricos y un pasado común, así como de una lengua, símbolos y leyendas compartidos. Originalmente, este término se empleaba en el lenguaje corriente para hacer referencia a "naciones", aunque también estuvo asociada con lo "salvaje" o poco desarrollado y se usó como sinónimo de "tribal". Los esfuerzos académicos realizados en las décadas de 1970 y 1980 perfeccionaron la definición de etnicidad y la relacionaron con las diferencias culturales. La identidad étnica de las personas, tanto en el orden individual como colectivo, no es un factor estático o inmutable, sino que, por el contrario, "la etnicidad surge y se transforma en el contexto de las relaciones y conflictos sociales" (7). Entender a los seres humanos en el marco de su humanidad compartida permite visualizar más claramente las relaciones de sumisión y de exclusión injustas que se agazapaban en las clasificaciones arbitrarias del orden social. Estos mecanismos de sumisión, que operaban según las diferencias en el fenotipo, tuvieron su origen en el colonialismo y persistieron ocultas bajo el discurso del mestizaje y de categorías tales como "pueblo", "campesinos" o "clase".

El término etnia proviene de un vocablo griego que significa pueblo o nación. Se trata de una comunidad humana que comparte una afinidad cultural que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí. Más allá de la historia compartida, los miembros mantienen en el presente prácticas culturales y comportamientos sociales similares.

Pérez Porto J., & Gardey.A. (2009), opinan que, por lo general, las comunidades que forman una etnia reclaman un territorio propio y una estructura política a fin con sus necesidades sociales. De todas maneras, existen Estados nacionales que son multiétnicos: lo importante es que, en cualquier caso, se respeten los derechos de las minorías. Pese a que la noción de etnia suele ser asociada al concepto de raza, ambas palabras no hacen referencia a lo mismo. La etnia incluye factores culturales, como las tradiciones, la lengua y las creencias religiosas. La raza, en cambio, señala las características morfológicas de un grupo humano (color de piel, rasgos faciales, contextura, etc.).

Hay quienes se oponen a este tipo de clasificaciones de etnia o raza ya que suelen promover las agresiones y la violencia. El hecho de identificarse como parte de un grupo social puede llevar a una persona a una exacerbada defensa de su particularidad y a entrar en conflicto con los integrantes de otros grupos. Esta situación, que incluso puede ser incentivada por la política, termina por atentar con la idea de comunidad internacional. La gente pierde conciencia de su pertenencia a la especie humana y circunscribe su sentido de pertenencia a su etnia.

En una etnia confluyen una serie de prácticas culturales, lingüísticas, religiosas y de comportamiento enmarcadas en una estructura social, política y, aunque no es imprescindible, territorial. En las categorías raciales se incluyen aquellos aspectos biológicos más visibles, como la pigmentación de la piel y ciertos rasgos faciales dominantes en todos los individuos que forman parte del grupo.

En conclusión, la clasificación por etnia permite que las personas se identifiquen en una cultura específica que, y viene con sus formas sociales, políticas, religiosas, entre otras.

2.2.1.1.6 Raza

De acuerdo con Relethford, J. (2003), en el caso del ser humano (*Homo sapiens*) algunos especialistas afirman que es inadecuado el uso del término raza para referirse a cada uno de los diversos o diferentes grupos humanos, Marin Gonzales J., considera que es más apropiado utilizar los términos etnia o población para

definirlos. Más aún, los científicos consideran que, para referirse a seres humanos, biogenéticamente, las «razas» no existen, tratándose solo de interpretaciones sociales. Así lo manifiesta Wieviorka, Michel (2018) «la idea de raza en sí misma es falsa: todos los hombres y todas las mujeres pertenecen a una sola especie, la especie humana. Para un especialista en genética, la idea de raza no se sostiene. (...) Los que hablan de razas... son racistas».

Sin embargo, el antropólogo Vincent Matthew Sarich de la Universidad de California en Berkeley aboga por seguir utilizando el término «raza» aplicado a los seres humanos.

La discriminación a los grupos indígenas ha existido por mucho tiempo, quien los discrimina considera que los pueblos indígenas son inferiores por sus rasgos físicos, color de piel, su forma de vestir, por su lengua o idioma, su posición socioeconómica o sus costumbres y tradiciones. Estas poblaciones padecen situaciones de desventaja, debido a que El racismo está presente en la sociedad en términos más amplios y completo, constituye una forma de intolerancia, discriminación, negación e invisibilizarían que experimentan diversos grupos de personas en las sociedades modernas.

Según Manrique, (2003) manifiesta que coexisten los pueblos indígenas con afrodescendientes, raizales, mestizos y extranjeros, clara manifestación de una nación que acoge pueblos y comunidades diferenciadas culturalmente. Frente a este hecho que reconoce la preexistencia en el territorio nacional de reservas de sentido configuradas y dinámicas, para que puedan abordar momentos históricos y realidades distintas, en competencia con la cultura mayoritaria, los pueblos han tenido que concebir y trazar salidas no sólo frente a las nuevas situaciones, como ya se expresó, sino frente a las demandas individuales y particularizadas que, en el sentido liberal, deben ser respetadas como derechos fundamentales de la persona y que resultan en conflicto normativo y cultural con visiones que protegen al sujeto colectivo de derecho. Las autoridades con competencia jurisdiccional, que hacen parte de la rama judicial de Colombia, como si fuera poco, tienen además que participar en la construcción de formas de coordinación y liderazgo para la cimentación del entendimiento intercultural.

La sensibilidad del campo étnico lleva a una identificación de la discriminación institucional, e interpersonal; incluso cuando prestan servicios, la omisión de las instituciones en adaptar la oferta de sus servicios a las necesidades particulares de los beneficiarios, conlleva a un nivel de desigualdad y vulneración de derechos de

toda persona que pertenezca a cualquier raza, como prueba de esto, en la última generación de políticas se incorporan acciones afirmativas, como una forma de reducir las inequidades persistentes derivadas de exclusiones propias de épocas anteriores.

Se puede decir tal como lo dice el autor que la equidad, de etnia/raza se ha constituido en un elemento muy positivo como trazador de las políticas públicas dirigidas a combatir la discriminación, ya que esta es injusta y evitable por naturaleza.

2.2.1.2. IMPACTOS

El término impacto, de acuerdo con el *Diccionario de uso del español* proviene de la voz, *impactus*, del latín tardío y significa, en su tercera acepción, “impresión o efecto muy intensos dejados en alguien o en algo por cualquier acción o suceso.

Así mismo *Menou* expone un concepto de impacto que enfoca la cuestión desde dos perspectivas, una de las cuales se refiere a los efectos que tienen distintos tipos de proyectos que apoyan el desarrollo de las actividades de información. La otra perspectiva se refiere a los resultados del uso de la información en la solución de los problemas fundamentales del desarrollo, como satisfacción de las necesidades básicas, crecimiento económico, protección del medio ambiente, modernización del sector público, reducción de la mortalidad y, específicamente, en los terrenos educacional, profesional, social, cultural.

A su vez, *Rojas Benítez JL* ofrece una definición de impacto en relación con el tema de la información, en la que plantea que del uso de un sistema de información se desprenden resultados que constituyen el llamado impacto, que puede tratarse como un cuarto nivel y que está determinado por los resultados que se obtienen en la práctica y las transformaciones que pueden producirse como efecto de ese uso. Herramientas para la evaluación de los servicios de información en instituciones cubanas.

En las definiciones expuestas anteriormente, puede observarse que tienen varios elementos en común, entre estos, la relación causa-efecto entre la aplicación de un determinado proyecto o programa y el impacto causado, los resultados de dicho proyecto presentes a mediano y largo plazo, los cambios verificados en los grupos o comunidades, así como de qué manera se producen los cambios, es decir, se consideran los efectos previstos o no, negativos o positivos, así como el factor tiempo en la duración de los efectos de una acción. Entre los elementos que distinguen un concepto de otro pueden citarse el efecto multiplicador, expuesto

por *Barreiro Noa*, que se refiere al impacto de un proyecto en grupos no previstos, así como la diferencia que establecen *Cohen y Franco* entre los efectos e impactos relacionados con los objetivos y las metas. En general, todas las definiciones se refieren al impacto como cambios producidos en algo, sea el medio ambiente, los procesos o productos o algún grupo poblacional, debido a una determinada acción.

2.2.1.2.1 Psicosocial

Según Medina y Cols., (2007) manifiestan que los psicossocial es el entramado entre los derechos humanos, la política, la filosofía, la naturaleza y la ciencia. Entonces es una forma de entender las interacciones de las personas en un contexto psicológico político, cultural, económico, religioso y social determinado. Tiene dos componentes lingüísticos que denotan los dos aspectos clave en la comprensión del fenómeno humano. Por un lado, el prefijo “psico” se refiere al aspecto subjetivo de la persona y, por otro, la palabra “social” hace relación a esa persona dentro de un mundo con el cual se relaciona y que le da sentido de pertenencia e identidad.

Así mismo Risengren et al., (2004); Siegrist & Marmot, (2004). Regidor (2008) resumen en tres formas el modo en que los factores psicossociales pueden influir o impactar sobre la salud: en primer lugar, los factores de riesgo psicossociales podrían incrementar el riesgo de aparición de estas enfermedades a través de su asociación con las conductas de riesgo para la salud, como tabaquismo, dieta o actividad física; en segundo lugar, los factores psicossociales pueden actuar directamente a través de mecanismos biológicos, mediados por el eje hipotálamo hipófisis-corteza adrenal y/o por el sistema nervioso simpático y parasimpático; por último, en tercer lugar, existen otros factores, como la falta de redes y de apoyo social, cuya estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico presencia podría amortiguar o disminuir los daños a la salud que ejercen los primeros.

El factor psicossocial impacta en la salud de los wayuu debido que se refleja muchas veces en sus estados de salud, en su alimentación, su conducta, entre otros, es por ello que este factor es de importancia ya que su impacto en cuanto a la desigualdad puede causar graves consecuencias por falta de atención a tiempo.

2.2.1.2.2 Perdida de salud o enfermedad en las personas

Según la antropología médica, Barfield, (1997), la enfermedad, ha desempeñado un importante papel en la evolución de ambos: biología humana y sistemas culturales. Las enfermedades infecciosas, por ejemplo, representan retos a la supervivencia y por lo tanto actúan como un agente de selección de la especie y de adaptación

biológica y cultural. Para entender las enfermedades, este enfoque ecológico-cultural hace hincapié en el hecho de que el medio ambiente y los riesgos para la salud que éste tiene están principalmente creados por la cultura. La cultura determina la distribución socio-epidemiológica de las enfermedades por dos mecanismos. Desde el punto de vista microscópico, la cultura moldea el comportamiento de las personas (alimentación, exposición a aguas contaminadas, prácticas sexuales, etc.) que predisponen a la gente a determinadas enfermedades. Desde una perspectiva macroscópica, las fuerzas político-económicas y las prácticas culturales hacen que las personas actúen con el medioambiente de maneras que pueden afectar a la salud, sea exacerbando enfermedades o protegiendo las personas de las mismas. La construcción de presas para la intensificación de la producción agrícola, por ejemplo, puede incrementar la incidencia de la esquistosomiasis o del PALUDISMO. J. R.

Según Murray CJL, López AD, (1996), el estudio de la carga de enfermedad ofrece una manera diferente de analizar las pérdidas de salud al aportar un indicador compuesto que integra los daños provocados por la muerte prematura y los daños por vivir enfermo y discapacitado con diferentes niveles de gravedad por una o varias enfermedades a la vez. Los años de vida perdidos por una muerte prematura (AVMP) y los años de vida asociados a discapacidad (AVD) se integran en un solo indicador que se traduce como los años de vida saludable perdidos (AVISA) por una enfermedad.

Así mismo Salomón JA, & Murray CJL. (2002) manifiestan que este indicador ofrece un peso equivalente a las enfermedades letales y a aquellas que no conducen a la muerte pero que afectan las capacidades de los individuos de maneras insidiosas y permanentes, y que además ejercen presiones diversas sobre los servicios de salud por la magnitud de la demanda y los costos que se derivan de una atención continua y muchas veces especializada.

2.2.1.3 ESTRATEGIAS

Según Mintzberg, (1987), la estrategia se puede entender como una posición, es decir, reconocer acciones y fuerzas mediadoras entre la organización y su entorno, de forma tal que la estrategia resulta ser un “nicho” que permite la generación de rentas (donde normalmente existe un dominio de actividad “producto-mercado”) fruto de lograr copar el mercado o el segmento y lograr evadir la competencia Este esfuerzo resulta normalmente de un ejercicio anticipatorio pero también podría proceder de un patrón de comportamiento de un actor específico.

Siguiendo a Mintzberg (1987) la estrategia acopia buena parte de la diversidad en el concepto y empieza por reconocer que una de las alusiones más evidentes a la palabra estrategia consiste en concebirla como un plan, el cual en sus palabras es una serie de cursos de acción conscientemente pre- tendidos a manera de guía, con los cuales interviene o interactúa sobre una situación. Los planes, en su opinión, poseen como características que son desarrolla- dos conscientemente y sobre la base de un propósito, además de realizarse de manera anticipatoria a las acciones para las cuales aplican.

2.2.1.3.1 Igualdad

Según Florencia Ucha (2008), la igualdad es el trato idéntico que un organismo, estado, empresa, asociación, grupo o individuo le brinda a las personas sin que medie ningún tipo de reparo por la raza, sexo, clase social u otra circunstancia plausible de diferencia o para hacerlo más práctico, es la ausencia de cualquier tipo de discriminación.

Pero, claro está, la igualdad no se refiere ni atañe únicamente al tema de la raza o el grupo étnico, sino que existen otras formas de desigualdad social que incluso han logrado ser más acentuada. Se reconoce entre las causas a la segregación por el sexo; es muy común que este sesgo se advierta a la hora de buscar un empleo o bien llegado el momento de pedir una promoción, generalmente, es usual que las mujeres estén por detrás de los hombres en este aspecto. Lo propio se describe para cargos directivos, liderazgos empresariales u otros cargos de conducción de grupos humanos o puestos estratégicos.

También suelen presentarse casos de desigualdad por la nacionalidad. Esta situación suele darse frecuentemente cuando una persona de origen latino se radica en el norte de Europa, por ejemplo, debiendo no solamente soportar empleos denigrantes, sino también en ámbitos como la educación dado que se les presentan barreras a la hora de acceder a ésta. Este riesgo ocurre también con minorías de distintas clases, como ocurre con los grupos religiosos, entre otros.

La falta de igualdad implica en la mayor parte de los casos no sólo una flagrante violación a los derechos humanos universalmente aceptados, sino que suele representar uno de los pasos que marcan a una sociedad poco tolerante o incluso poco democrática. De todos modos, incluso ciertas regiones del mundo con asentadas instituciones y modos de vida republicanos de larga tradición padecen una reducción de la igualdad social en muchos ámbitos, en relación con la diferencia entre sexos, grupos raciales, razas o etnias, minorías de distinta estirpe e, incluso,

opositores políticos. Por consiguiente, igualdad y democracia son conceptos que parecen machar acompañados y acaso el nivel de igualdad de oportunidades en una sociedad es un fiel equivalente de la real vivencia democrática en el marco de ese grupo humano.

Se conoce como igualdad social al contexto o situación donde las personas tienen los mismos derechos y las mismas oportunidades en un determinado aspecto o a nivel general. La igualdad de sexo o igualdad de género hace referencia a estandarizar las oportunidades existentes de modo tal que puedan repartirse de manera justa entre hombres y mujeres.

Todo ello es importante al igual que también lo es lo que se conoce como igualdad de oportunidades. Con ella lo que se establece es que para que una sociedad tenga un sistema justo este debe permitir que todos los individuos tienen que tener los mismos derechos políticos y civiles. Pero no sólo eso, además todos tienen que contar con idénticas posibilidades para poder acceder a lo que sería el bienestar social.

Es interesante subrayar que en España una de las leyes más importantes de los últimos años a todos los niveles es la Ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. En el año 2007 fue cuando las Cortes Generales aprobaron dicha legislación que, entre otras cosas, cuestiones establece el principio de presencia equilibrada de hombres y mujeres no sólo en los nombramientos de poderes públicos sino también en las listas electorales que presenten los partidos políticos.

No obstante, además establece la igualdad de ambos géneros en los distintos medios de comunicación, protege a los trabajadores del acoso sexual y aboga por la igualdad a la hora de poder acceder tanto a un empleo como en materia de formación, de condiciones de trabajo o de promoción profesional.

Aquí cobra especial importancia el término igualdad salarial. Bajo dicha denominación se establece que todos los individuos que realizan trabajos similares deben percibir el mismo sueldo independientemente de su sexo, su raza, su religión, su nacionalidad o su orientación sexual. Si este no se produce queda claro que lo que se está estableciendo es una discriminación latente y palpable.

La igualdad de razas es otra forma de igualdad: esta noción sostiene que todas las personas deben gozar de los mismos derechos para que no exista la discriminación. En Sudáfrica, en la época del apartheid, no se cumplía con la igualdad de razas y la población negra era explotada por los blancos.

2.2.1.3.2 Efectividad

Según Stephen Covey. (1989) Se denomina efectividad a la capacidad o facultad para lograr un objetivo o fin deseado, que se han definido previamente, y para el cual se han desplegado acciones estratégicas para llegar a él.

La efectividad es el equilibrio entre eficacia y eficiencia, es decir, se es efectivo si se es eficaz y eficiente. La eficacia es lograr un resultado o efecto (aunque no sea el correcto). En cambio, eficiencia es la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos posibles viable o sea el cómo. Stephen Covey la define como el equilibrio entre la eficacia y la eficiencia, entre la producción y la capacidad de producción. $E = P/CP$. Para ello se basa en la fábula de Esopo, La gallina de los huevos de oro, comparando los huevos de oro con la producción y la gallina con la capacidad que tiene de producirlos. La efectividad es la unión de eficiencia y eficacia, es decir busca lograr un efecto deseado, en el menor tiempo posible y con la menor cantidad de recursos.

Por otra parte, García Ivan (2017), se dice que un agente económico destaca por su efectividad cuando lleva a cabo el cometido o la función que tiene asignada conforme a las condiciones establecidas con anterioridad. El concepto de efectividad se utiliza además como sinónimo de eficacia.

La definición de efectividad en el ámbito de la economía hace referencia al grado de cumplimiento de los objetivos fijados, que puede obtenerse de dividir los resultados conseguidos entre las metas predeterminadas. El resultado sea el grado de cumplimiento de la entrega del servicio o producto en el instante en que el cliente lo necesita de verdad.

Cuando hacemos referencia a la efectividad nos referimos a la ejecución completa del proceso que nos da el resultado. No debe confundirse este término con otro muy habitual como es la eficiencia, que se centra en el máximo aprovechamiento de los recursos disminuyendo su coste o el uso y obteniendo los mismos efectos.

2.2.1.3.3 Calidad

Según Santos (2010), en su definición de calidad cuando la asoció a la obligación moral de producir o prestar servicios lo mejor posible para el pueblo, para lograr mayor productividad, costo aceptable, alta eficiencia, eficacia, efectividad y mejora continua; con aprovechamiento óptimo de los recursos humanos, lo que da como resultado que las características o conjunto de características esenciales del

producto o el servicio cumplen con los requisitos y expectativas del mercado, con lo que satisfacen las necesidades materiales y culturales de los clientes, como una expresión de respeto al pueblo.

En su óptica Caetano (2003, p. 62) manifestó que la calidad " es un concepto incierto, fácil de visualizar y exasperadamente difícil de definir". Con un enfoque similar Calabuig (2006, p. 59) se ha pronunciado en el sentido de que "la calidad es un constructo que se ha abordado desde siempre a lo largo de la historia empresarial. Se han realizado múltiples intentos de definirla de manera global, pero lo cierto es que no existe una definición que pueda resumir todas las acepciones que se han aportado sobre este fenómeno".

De forma análoga Gutiérrez y Martín (2004) han señalado que "no resulta fácil, en principio, alcanzar un acuerdo global en torno al significado concreto del término calidad; es uno de esos conceptos ambiguos que rehúyen las definiciones precisas"; por su parte Pérez (2013, p. 31), citando a Folz, argumentó que esta "ha sido extrapolada a disímiles actividades humanas, por lo que puede existir gran variedad de referentes sobre esta categoría (...), es uno de esos conceptos escurridizos de la administración. Los intentos de definirlo y calibrarlo para satisfacción de todos son análogos al reto de poner orden en una jaula de grillos".

2.2.1.4 Factores Materiales

Smith et al., 1998; Smith, Shaw, Mitchell, Dorling & Gordon, (2000). Según sus investigaciones, determinadas circunstancias materiales, como las dificultades financieras, el desempleo, las malas condiciones de la vivienda o la exposición a determinados riesgos físicos y químicos del medio ambiente laboral, explicarían la mayor parte de la relación entre la posición socioeconómica y la salud.

2.2.1.4.1 Inclusión en salud

Según Coelho Fabian (2008), la inclusión es la actitud, tendencia o política de integrar a todas las personas en la sociedad, con el objetivo de que estas puedan participar y contribuir en ella y beneficiarse en este proceso. La palabra, como tal, proviene del latín *inclusio*, *inclusiōnis*. La inclusión busca lograr que todos los individuos o grupos sociales, sobre todo aquellos que se encuentran en condiciones de segregación o marginación, puedan tener las mismas posibilidades y oportunidades para realizarse como individuos.

La inclusión se formula como solución al problema de la exclusión que es causado por circunstancias como la pobreza, el analfabetismo, la segregación

étnica o religiosa, entre otras cosas. Para algunos autores, es el Estado, a través de sus instituciones, el organismo que debe implementar planes y políticas para corregir estas situaciones y propiciar la inclusión y el bienestar social. En esta investigación se trata de la inclusión social que es el proceso de hacer posible que personas o grupos de personas sujetas a una situación de segregación o marginación social puedan participar plenamente en la vida social.

Como tal, la inclusión social se enfoca en las personas que se encuentran en una situación precaria por diversas circunstancias, como la pobreza, el origen, el género, las condiciones físicas (discapacidades), la pertenencia a una determinada etnia o religión, etc. El objetivo de la inclusión social, en este sentido, es mejorar las condiciones de vida de los individuos que forman parte de estos grupos, y ofrecerles las mismas oportunidades en los planos político, educativo, económico o financiero, etc. Así, inclusión social significa oportunidades de trabajo, salud, viviendas dignas, educación, seguridad, entre otras cosas, para los sectores de la población más desprotegidos.

Según el Boletín Electrónico Para Los Actores Del Sistema De Salud En Colombia No. 21 – marzo 11 De 2013, el año 2011 se convirtió en un momento histórico para los procesos de inclusión social con enfoque diferencial para el país, a través de la labor desarrollada por la Oficina de Promoción Social y el Ministerio de Salud y Protección Social. Por primera vez se incluye en el marco jurídico el enfoque diferencial como un principio indispensable en la formación de las políticas públicas y en los planes, programas y proyectos de competencia de las entidades públicas: Leyes 1438, 1448, 1450 de 2011 y 1618 de 2013 precisando garantías especiales y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación que aún existen en el país. Un ejemplo de ello es el proyecto de Inclusión Social con Enfoque Psicosocial (ISEP) donde, en el marco de la Ley 1448, el Ministerio adelanta un programa de atención psicosocial de salud integral a víctimas y su rehabilitación. En ese sentido, la cartera de salud ha destinado recursos por \$17 mil millones de pesos, ejecutados en conjunto con el Secretariado Nacional de Pastoral Social, cuya finalidad es la formación de redes de inclusión social con las víctimas del conflicto armado durante los próximos tres años.

2.2.1.4.2 Acceso a la salud

La falta de acceso universal a la salud y de cobertura universal de salud afecta en mayor medida a las personas que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad. Estas desigualdades han retrasado el progreso en nuestro País y sobretodo en

nuestro Departamento, la fragmentación de los servicios de salud, exacerbaban las dificultades en el acceso a servicios integrales y de calidad, con un primer nivel de atención con poca efectividad.

Manrique(2003), afirma que Los principales problemas en el sector salud en las comunidades indígenas se concentran en la desnutrición, los altos índices de morbimortalidad, el desconocimiento de su cultura médica y la dificultad para que se cubra a toda la población indígena con los servicios de salud que les son necesarios. Así entonces con respecto a la protección del derecho a la salud, por ejemplo, se falla para que puedan disponer de los servicios del sistema nacional de salud, pero bajo políticas públicas concretas para que éste se adecue, por ejemplo, introduciendo en los hospitales otra manera para abordar el parto o a los familiares del enfermo. Igualmente, obligando a que el sistema carcelario nacional posibilite, toda vez que un recluso indígena lo solicite, atención de su sistema propio de salud. Bajo esta aplicación eficaz de los derechos.

En otras palabras, los programas de salud se deben implementar con perspectiva intercultural que la capacitación de agentes de salud permitirá transformar los valores de las poblaciones indígenas sobre la salud -más acordes a los parámetros de la medicina moderna-, modificando sus prácticas preventivas y alcanzando así mejores indicadores de salud. Distintas investigaciones han puesto en evidencia la mirada reduccionista que se ha tenido al momento de analizar el proceso de salud, enfermedad y atención de las poblaciones indígenas, la cual ha estado centrada exclusivamente en las relaciones interculturales o los problemas de comunicación entre proveedores y usuarios, restándole menos importancia a los procesos políticos del gobierno que es el principal ente que debe cumplir con los derechos de esta comunidades, comenzando por las necesidades básicas que son el factor principal para que exista en realidad una igualdad al acceso de salud.

2.3 SISTEMA DE VARIABLES

2.3.1 Definición Nominal

Desigualdad en atención en salud.

2.3.2 Definición conceptual

Según (POZO, 2013) – la desigualdad social son las Diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos de la salud entre grupos o subgrupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente, el autor define que la principal razón para hacer estudios de (Desigualdad Social en Salud), de epidemiología social, no es tanto saber por saber, o por poner en números e índices lo que muchos saben intuitivamente o por lo que les ha tocado vivir (lo que llamábamos “antes” conciencia de clase y condiciones objetivas de vida), sino saber más sobre cuáles son los principales clavos sobre los que debemos golpear desde la acción política, si queremos una sociedad con menores diferencias sociales en salud. O, usando otras imágenes, si queremos reducir la brecha (en inglés, gap) en indicadores de salud entre las clases sociales favorecidas y las desfavorecidas, el estudio de la distribución de la mortalidad, la discapacidad y la morbilidad, según clases sociales, niveles de educación, etnia, género o áreas geográficas de residencia, nos permiten desvelar estos determinantes sociales de la enfermedad y poner en evidencia la debilidad científica de la ideología dominante.

2.3.3. Definición operacional

La desigualdad en la atención en salud busco detectar los factores que inciden en la desigualdad en la atención al momento de atender a los pacientes wayuu, a través de sus dimensiones y subdimensiones tales como los factores de discriminación (Educación, ocupación, ingreso, genero, etnia, raza), impacto (spcisocial) Estrategias(Calidad, interculturalidad, aceptabilidad, acceso), a los cuales se encontraron expuestos los habitantes de la comunidad wayuu en estudio al momento de dirigirse a los centros de salud a solicitar citas médicas u otros servicios; así mismo determino el impacto psicosocial que esto genera en los wayuu.

Cuadro 1. Mapa de Operacionalización de la variable

ANALIZAR LA DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD A LA POBLACIÓN INDÍGENA WAYUU EN LA COMUNIDAD LA CACHACA1 DEL DISTRITO DE RIOHACHA, LA GUAJIRA.			
OB. ESPECÍFICOS	VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES
Identificar los factores más comunes que presenta la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira al llegar a un centro asistencial	DESIGUALDAD	Factores	<ul style="list-style-type: none"> • Educación • Ocupación • Ingreso • Genero • Etnia • Raza
Describir el impacto generado en la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira al vulnerar sus derechos.		Impactos	<ul style="list-style-type: none"> • Psicosocial • Pérdida de salud en las personas
Determinar los factores materiales que miden el nivel de desigualdad en la atención en salud a la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira.		Factores materiales de medición del Nivel de desigualdad	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión en salud • Acceso
Plantear estrategias para una adecuada atención de salud a la comunidad wayuu La Cachaca 1 en el distrito de Riohacha la Guajira		Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Igualdad • Equidad • Efectividad • Calidad

CAPITULO III MARCO METODOLOGICO

Según Tamayo y Tamayo (2011) el marco metodológico es “Un proceso que, mediante el método científico, procura obtener información relevante para entender, verificar, corregir o aplicar el conocimiento”, dicho conocimiento se adquiere para relacionarlo con las hipótesis presentadas ante los problemas planteados.

De otra manera Franco & Camacho, (2008), el marco metodológico se refiere a cómo se realizará la investigación, la muestra, el tipo y diseño de la investigación, población, muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos y técnicas para el análisis de los datos.

Igualmente, Sabino (1992) manifiesta que el marco metodológico, se encarga de revisar los procesos a realizar para la investigación, no solo analiza que pasos se deben seguir para la óptima resolución del problema, sino que también determina, si las herramientas de estudio que se van a utilizar ayudaran a solucionar el problema de investigación.

Para analizar la atención en los servicios de la salud de los wayuu de la comunidad la Cachaca en el distrito de Riohacha. La Guajira; se orientó bajo los criterios metodológicos del enfoque, tipo y diseño de investigación, la población, la muestra, las fuentes de recolección de la información, las técnicas e instrumentos, procesamiento y análisis de los datos y tipo de muestreo.

3.1 ENFOQUE EPISTEMOLOGICO

Sampieri, Fernández, & Baptista., (2014) manifiestan que el enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

De igual forma Méndez (2010) refiere que en el enfoque de investigación cuantitativo se utiliza para la recolección y el análisis de datos de la población para contestar preguntas de investigación y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones

de comportamiento de una población, los cuales permitirán la construcción y la demostración de las teorías a través del razonamiento deductivo.

Esta investigación se basa en un enfoque cuantitativo, porque se realizará un análisis estadístico de los datos obtenidos en la encuesta aplicada a la población objeto de estudio, los cuales son los wayuu de la comunidad la cachaca 1 del distrito de Riohacha, La Guajira, se utilizarán el análisis de las frecuencias y porcentajes, y los resultados se presentarán en tablas porcentuales con su respectivo análisis estadístico e interpretación, para así dar respuesta al problema e investigación.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Hernández y otros, refieren que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En tal sentido, la presente investigación se clasifica como descriptiva. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis.

La presente investigación es de tipo exploratorio descriptivo para lo cual se define que los estudios exploratorios se efectúan normalmente cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que únicamente hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio. Así mismo, en la investigación descriptiva el propósito del investigador es describir situaciones y eventos.

3.3 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Hernández y otros (2014), señalan que la investigación no experimental es la que se realiza sin manipular deliberadamente variables, lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Por la misma razón, la presente investigación se considera no experimental, la cual busca determinar la ocurrencia de los hechos y observarlos en su ambiente natural con base a los objetivos formulados.

Por ser investigación no experimental el diseño es transversal, según, Hernández y otros (2014) los diseños de investigación transversal consisten en medir en un grupo de personas u objetos una o generalmente más variables, recolectando datos y proporcionando su descripción en un tiempo único. En el mismo sentido, esta investigación se considera transversal y de campo, por tener como objetivo describir la variable de investigación e indagar su incidencia en la población objeto de estudio en el único tiempo que se recolecte la información necesaria para darle respuesta a los objetivos formulados.

3.4 POBLACION Y MUESTRA

3.4.1 POBLACION

Balestrini (2002), define a la población como el conjunto finito o infinito de personas casos o elementos que presentan características comunes. Está constituida por características estratos que le permiten distinguir los sujetos, unos de otros.

Según Jany (2002), la población es la totalidad de elementos o individuos que tienen ciertas características similares y sobre los cuales se desea hacer una inferencia. La población o universo se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan: a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) involucradas en la investigación. De acuerdo a datos suministrados por la comunidad wayuu, esta población estuvo constituida por 685 indígenas.

3.4.2 Tipo de muestreo

En esta investigación se utilizó el tipo de muestreo aleatorio simple (o al azar), lo cual Tamayo y Tamayo (2011) señala que el elemento más común para obtener una muestra representativa es la selección al azar- aleatoria, es decir, que cada uno de los individuos de una población tiene la misma posibilidad de ser elegido.

Esta investigación está constituida por los indígenas de la comunidad wayuu de la comunidad de la Cachaca 1 en el distrito de Riohacha departamento de la Guajira.

3.4.2.1 Muestra:

La muestra es la pequeña parte del grupo, representativa de la población en estudio y en ella deben encontrarse representados todos los elementos de la población. El tamaño de la muestra estuvo determinado según, la fórmula de Martínez (1997) Que se utiliza para poblaciones finitas.

$$n_0 = \frac{Z^2 p q}{e^2} \quad ; \quad n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

Donde:

Z = valor tipificado del nivel de confianza en la distribución normal (para un nivel de confianza de 95%)

Z = 1,96

p y q = probabilidad de éxito y fracaso que tiene un valor de 50 (o 50%).

N = tamaño de la población (685) indígenas de la comunidad wayuu La Cachaca 1

E = Máximo error permitido para el proceso de inferencia en nuestro caso 8%.

Con:

Z = 1,96

p = 0,5

q = 0,5

$$n_0 = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5)}{(0,08)^2} = 150 \text{ muestra}$$

Dónde:

$$n = \frac{150}{1 + \frac{150}{685}} \quad \text{Entonces 98 encuestas a realizar.}$$

En la siguiente investigación se necesitan realizar 123 encuestas.

3.5 Fuentes de recolección de la información

Las fuentes o técnicas de recolección de datos son las distintas formas de obtener la información. Estas técnicas son; la observación directa, la encuesta en sus dos modalidades (entrevista o cuestionario), el análisis documental y el análisis de contenido, etc.

Los instrumentos son los medios materiales que se emplean para recoger y almacenar la información. Ejemplo: fichas, formatos de cuestionario, guías de entrevista, grabadores, escalas de actitudes u opinión (tipo likert), etc. En este aparte se indicarán las técnicas e instrumentos que serán utilizados en la investigación.

Las fuentes que se utilizaron en la obtención de la información son de tipo primarias y secundarias.

3.5.1 Fuentes de información primaria.

Según, Hernández y otros (2014) , es la información oral o escrita que es recopilada directamente por el investigador, a través de relatos o escritos transmitidos por los participantes en un suceso o acontecimiento; por ello el presente estudio se desarrolló mediante la búsqueda de la información que se obtuvo de la fuente de estudio, por medio de la encuesta directa tipo cuestionario a los clientes de las pequeñas y medianas empresas, con el fin de obtener la información necesaria para realizar la presente investigación. Se realizará encuestas a los clientes de las pequeñas y medianas empresas.

Uno de los factores principales de la información primaria, es la recopilación oral o escrita seleccionada directamente por el investigador, a través de relatos o escritos transmitidos por los participantes en un suceso o acontecimiento; por ello el presente estudio se desarrolló mediante la búsqueda de la información que se obtuvo de la fuente de estudio, por medio de la encuesta directa tipo cuestionario a los wayuu del comunidad de la Cachaca 1, con el fin de obtener la información para realizar la investigación.

3.5.2 Fuentes de información secundaria.

En el proceso de búsqueda de la información respecto a una determinada variable, es fundamental indagar sobre las teorías y estudios realizados en referencia al tema estudiado; de allí surge la necesidad de llevar a cabo un análisis de diversas fuentes tales como: libros, tesis, artículos de investigación, entre otros, lo que permite obtener información importante para el desarrollo de las investigaciones.

En concordancia con lo planteado, Méndez (2013) refiere que las fuentes secundarias son datos obtenidos por personas que obtienen información de una publicación o de un participante en un acontecimiento; lo anterior indica, que la información secundaria son datos consultados de estudios previos desarrollados por otras personas.

Específicamente en este estudio, los datos secundarios se obtuvieron de diferentes tipos de fuentes, tales como libros, monografías, trabajos de grados, revistas especializadas, entre otros, constituyendo en un recurso valioso para fundamentar tanto teórica como metodológicamente la presente investigación.

3.5.3. TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Según Balestrini (2002), las técnicas de recolección de datos son las distintas formas o maneras de obtener la información, para luego ser evaluada y sistematizada para crear un patrón de referencia y definir las fallas dentro de la organización. Partiendo de lo planteado, la técnica recolección de datos utilizada en la presente investigación fue la encuesta, lo cual según Tamayo y Tamayo (2004), consiste en la obtención de los datos de interés en la investigación mediante la interrogación a los miembros objetos de estudio, su instrumento básico es el cuestionario, el cual es un conjunto de preguntas, preparado sobre los hechos y aspectos que interesen en una investigación, para su contestación por la población o se muestra a que se extiende el estudio comprendido.

Específicamente en la presente investigación, se utilizó el cuestionario simple. En consideración Balestrini (2002), es aquel que los encuestados, previa lectura, contestaron por escrito, sin intervención directa de persona alguna colaboradora en la investigación. Con el propósito de recabar la información necesaria y pertinente, para las estrategias, se diseñó un cuestionario que permitió obtener los datos requeridos para tal fin.

En el presente estudio, el cuestionario estuvo dirigido a los wayuu de la comunidad la Cachaca 1, para recolectar la información primaria, que servirá de soporte para las estrategias gerenciales a proponer. Una vez aplicado, se realizó el análisis de las opiniones de cada wayuu por cada pregunta realizada, tomando en cuenta su clasificación de acuerdo a las dimensiones establecidas en el cuadro de variables

Para esta investigación se utilizará la encuesta tipo cuestionario conformada por veinte ochos (28) ítems con 5 opciones de respuestas cada uno, (siempre, casi siempre, algunas veces, casi nunca y nunca) en la escala de likert.

3.6.VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Para Balestrini (2002), toda medición o instrumento de recolección de los datos debe reunir dos requisitos esenciales:

- ✓ Validez: grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.
- ✓ Confiabilidad: se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados.

Estos procesos son aplicados en el desarrollo de una investigación con el fin a de evaluar la consistencia del diseño de la estructura de los instrumentos de recolección que se usaran para el acopio y recolección de la información necesaria para la ejecución de la investigación.

3.6.1 Validez.

Una vez estructurado y constituido el instrumento para la presente investigación, el mismo se sometió a un estudio técnico para determinación de su validez hace referencia al grado en el cual un instrumento realmente mide la variable para la cual fue diseñado, debiendo contener todos los ítems relacionados con las dimensiones de las variables establecidas en la investigación. La validez depende si los datos se ajustan o no a la realidad, sin distorsión de los hechos.

Para la validez del instrumento se sometió a un juicio de cinco (5) expertos en el área, quienes valoraron y emitieron consideraciones acerca de la pertinencia de cada ítem, elaborado con respecto a los objetivos de la investigación variable de estudio, dimensiones e indicadores de la misma, los cuales no emitieron observaciones sobre el cuestionario lo cual ayuda a corregir las posibles fallas presentadas en el cuestionario a nivel de redacción y coherencia con respecto a los objetivos de la investigación y sus respectivas dimensiones.

3.6.2 Confiabilidad

Según Hernández y otros (2014) y considerando que la confiabilidad se define como el grado en el cual un instrumento genera resultado de carácter consistente y coherentes, posterior a la validación del instrumento, se procedió a determinar la confiabilidad del mismo. En este mismo orden este, se refiere al grado de congruencia con que se realiza la medición de una variable. En el caso particular de esta investigación se realizó una prueba piloto a cinco (5) sujetos, y posteriormente se ejecutó un análisis aplicando el coeficiente de confiabilidad; en consecuencia, de esto se obtuvo un Alfa de Cronbach por un valor de 0.92.

Salkin (2002) Los coeficientes de confiabilidad pueden estar entre 0 y 1, y mientras esta se acerque más al valor 1 más alta será la confiabilidad del instrumento. En virtud de todo lo anterior, queda establecida la confiabilidad del cuestionario aplicado, por cuanto cumple con los parámetros establecidos. Es de hacer notar, que la fórmula empleada para la determinación del coeficiente Alfa de Cronbach se muestra a continuación:

$$A = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

Dónde:

K: El número de ítems

S_i^2 : Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S_t^2 : Varianza de la suma de los Ítems

α : Coeficiente de Alfa de Cronbach

Valores de Alfa Criterios:	
1.00 - 0.00	No es confiable
0.01 - 0.49	Baja confiabilidad
0.50 - 0.75	Moderada confiabilidad.
0.76 - 0.89	Fuerte confiabilidad
0.90 - 1.00	Alta confiabilidad

La aplicación de la fórmula arrojó un coeficiente 0.92, lo cual demuestra que el instrumento es de fuerte confiabilidad para su aplicación.

3.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

De acuerdo con Hernández y otros (2014) que manifiestan que la tabulación es una técnica que emplea el investigador para procesar la información recolectada del instrumento, presentado a la organización los datos recolectados de las variables de estudio, así como las dimensiones, indicadores e ítems o preguntas. La realización del Baremo, fue dirigida en relación a la clasificación máxima esperada en el cuestionario, que para este caso es de cinco (5) menos el valor mínimo en cada pregunta uno (1) divididos entre el número de intervalos escogidos de manera aleatoria, que aquí es de cinco (5).

Siguiendo la fórmula:

$$I = \frac{LM-Lm}{N}$$

I = Intervalo

LM = Lectura mayor = 5

Lm = Lectura menor = 1

N = Numero de intervalos = 5

$$I = \frac{LM-Lm}{N} = \frac{5-1}{5} = \frac{4}{5} = 0.8$$

$$I = 0.8$$

Tabla 2. Baremo de comparación

Rango	Valor	Alternativa	Categoría
4.21 a 5	5	Siempre	Muy alta
3.41 a 4.20	4	Casi siempre	Alta
2.61 a 3.40	3	Algunas veces	Moderada
1.81 a 2.60	2	Casi nunca	Baja
1 a 1.80	1	Nunca	Muy baja

Fuente: Hernández, Torres y López (2019)

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

En este capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos al procesar los datos recolectados a los 123 wayuu de la comunidad la cachaca 1 en el distrito de Riohacha. La Guajira. El proceso fue realizado para calcular la distribución de frecuencia y la media aritmética, estableciendo la categoría que corresponde a las dimensiones e indicadores, teniendo en cuenta el Baremo de la presente investigación.

En este sentido, con el fin, de caracterizar los factores que inciden en la desigualdad en la atención en salud para hacer eficaz los derechos de los wayuu, se calculó la distribución de frecuencia, así como las medias aritméticas y las categorías que corresponden a los indicadores: Educación, Ocupación, Ingreso, Género, Etnia y Raza; obteniendo los resultados representados a continuación en la tabla 2.

Variable: Desigualdad en la atención en salud en los indígenas wayuu.

Dimensión 1: factores que inciden en la desigualdad en atención en salud.

ALTERNATIVAS	EDUCACIÓN				OCUPACION				INGRESO				GENERO				ETNIA				RAZA			
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
SIEMPRE	87	71	36	29	51	41	40	33	65	53	34	28	43	35	45	37	12	10	8	7	59	48	20	16
CASI SIEMPRE	12	10	48	39	36	29	49	40	40	33	35	28	38	31	29	24	26	21	2	2	33	27	41	33
ALGUNAS VECES	14	11	34	28	29	24	18	15	11	9	42	34	36	29	25	20	36	29	8	7	29	24	48	39
CASI NUNCA	7	6	4	3	6	5	15	12	6	5	8	7	5	4	23	19	38	30	2	2	1	1	13	11
NUNCA	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	1	1	1	14	11		0	1	1	1	1
TOTAL	123	100	123	100	123	100	123	100	123	100	123	100	123	100	123	100	126	100	1	1	123	100	123	100
PROMEDIO PREGUNTA	4,40		3,92		4,05		3,91		4,31		3,7		3,95		3,76		2,87		4,61		4,20		3,53	
X Indicador	4,16				3,98				4,05				3,85				3,74				3,74			
Categoría indicador	la				Alta				Alta				Alta				Alta				Alta			
X dimensión	4,70 Muy alta																							
Categoría dimensión																								

Fuente: Elaboración propia, (2019).

La tabla, muestra los resultados obtenidos, según la dimensión de factores que inciden en la desigualdad; para el indicador de educación se les pregunto si sufren maltrato en caso de no tener una educación superior; se observó que un 87% dijo que siempre, 14% casi siempre, y un 12% algunas veces, el 7% casi nunca y un 3% nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%. Se les hizo la segunda pregunta sobre si creen que la educación es importante para poder tener derecho a la igualdad en su atención en su EPS o centro asistencial y el 36 % de los wayuu respondieron que siempre, el 48 % dijo que casi siempre, el 34% algunas veces, el otro 4% dijo que casi nunca y un 1% nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%.

De la misma forma, en el indicador ocupación se les pregunto si creen que son discriminados por no tener una ocupación fija y el 51% dijo que siempre, el 36% dijo que casi siempre, el 29% algunas veces, un 6 % casi nunca y un 1% nunca para un porcentaje acumulado de 100%. En la segunda pregunta se les pregunto si cree usted que su ocupación actual lo induce a la enfermedad o perdida de la salud y resultó así: el 40% contestó que siempre, el 49% dijo que casi siempre, el 18% algunas veces, un 15% casi nunca y un 1% nunca para un porcentaje acumulado de 100%.

En el indicador ingreso, en el primer interrogante se les pregunto: Cree usted que el nivel de ingreso reflejado, es un determinante de la calidad y trato en la atención en su EPS.; resultó así: 65% siempre, 40% casi siempre, 11% algunas veces, 6% casi nunca y un 1 % nunca para un porcentaje acumulado de 100% en la segunda pregunta. Considera usted que si no posee un buen empleo de donde obtenga buenos ingresos económicos no recibe una buena atención en su EPS o centro asistencial; resultó así :34% siempre, 35% casi siempre, 42% algunas veces, 8% casi nunca y un 4% nunca para un porcentaje acumulado de 100%.

En este mismo orden de ideas, para definir el indicador género, se les pregunto si ha visto usted que en su EPS o en su centro asistencial atienden igual a las personas sin distinción de géneros; se observó en los siguientes términos: un 43% dijo que siempre, un 38% dijo que casi siempre, el 36% algunas veces, el 5% casi nunca y un 1% nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%. En la segunda pregunta: Atienden con mayor facilidad y rapidez a las mujeres que a los hombres; se observó en los siguientes términos: 45% siempre, 29 % casi siempre, 25 % algunas veces, 23% casi nunca y un 1 % nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%.

Igualmente, en el indicador de etnia, en la primera pregunta que se les hizo fue si la ha visto usted preferencia en la inclusión de los programas que desarrolla su EPS para la etnia wayuu; resultó así: un 12% siempre, el 26% casi siempre, un 36% algunas veces, el 38% casi nunca y un 14% nunca para un porcentaje acumulado de 100% también se les pregunto si sufren desigualdades por su origen y el 88% dijo que siempre, el 25% casi siempre, el 8% algunas veces, un 2 % casi nunca y un 1% nunca para un porcentaje acumulado de 100%.

Se finaliza esta dimensión con el indicador de raza, en la primera pregunta que se les hizo fue si creen que la discriminación en los grupos indígenas ha existido desde hace mucho tiempo en los centros asistenciales por causa de la raza a la que pertenecen; resultó así: un 59% siempre, el 33% casi siempre, un 29% algunas veces, el 1% casi nunca y un 1% nunca para un porcentaje acumulado de 100% también se les pregunto si creen que su tipo de raza hace que los menosprecien ser atendido en el centro asistencial o EPS y el 20% dijo que siempre, el 41% casi siempre, el 48% algunas veces, un 13% casi nunca y un 1% nunca para un porcentaje acumulado de 100%.

Con respecto, al promedio aritmético y la categoría del baremo, la media del indicador fue analizada de la siguiente manera: educación 4,16; Ocupación 3,98; Ingreso 4,05; Genero 3,85; Etnia 3,74; Raza 3,74; estos seis indicadores fueron catalogados todos como alta. También, se calculó el promedio final de la dimensión factores que inciden en la desigualdad obteniendo como resultado una media de 4,7, teniendo en cuenta el baremo de interpretación realizado en esta investigación, se califica como Muy Alta.

Esto indica, que, en la población encuestada, con el fin de identificar los factores que inciden en la desigualdad en la atención en salud en los wayuu de la comunidad la Cachaca 1, en lo referente a generalizar todo se encontró que los wayuu piensan que son discriminados por no tener una buena educación, buenos ingresos económicos, posición social, por su raza, etnia, entre otros.

Este análisis indica que es una dimensión de mucho cuidado debido que su interpretación queda en un nivel catalogado como muy alto lo que quiere decir que hay que implementar lo que sea necesario para disminuirlo lo más pronto posible

DIMENSION 2: IMPACTOS

Indicadores: Psicosocial y perdida de salud en las personas

Tabla 3. Impactos

Alternativas	Psicosocial				Perdida de salud			
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
(5) Siempre	15	12	48	39	80	65	98	80
(4) Casi siempre	70	56	52	42	27	22	22	18
(3) Algunas veces	30	24	18	15	13	11	2	2
(2) Casi nunca	10	8	3	2	3	2	1	1
Nunca	1	1	2	2	0	0	0	0
Total	126	100	123	100	123	100	123	100
Promedio preguntas	3,69		4,14		4,49		4,76	
X Indicador	3,91				4,62			
Categoría indicador	Alta				Muy Alta			
X dimensión	4,26							
Categoría dimensión	Muy Alta							

Fuente: Elaboración propia, (2019).

La tabla 3, muestra los resultados obtenidos, según la dimensión de impactos; para el indicador de lo psicosocial, en la primera pregunta: cuando se les pregunto si considera usted que la calidad en la atención que recibe le anima a hacer uso de sus servicios en su EPS cada vez que su salud se vea afectada, el 15% de los encuestados manifestó que siempre, el 70% que casi siempre, el 30% algunas veces, el 10% que casi nunca y un 1% nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%. Lo que evidencia el impacto que presenta la parte psicosocial en los wayuu al momento de utilizar los servicios.

En relación a la segunda pregunta, cuando se les pregunto si sufre usted de depresión cuando por algún motivo se ha sentido insatisfecha en el trato y la atención recibida en su EPS; el 48% de los wayuu revelaron que siempre, el 52% que casi siempre, el 18% que algunas veces, el 3% que casi nunca y un 2% nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%.

De la misma forma, en el indicador de perdida de la salud, en la primera pregunta cree usted que su salud se ha visto afectada negativamente a causa de negligencias recibidas por la EPS en órdenes y autorizaciones; respondieron así: el 80% dijo que siempre, un 27% casi siempre, el 13% algunas veces, 3% casi nunca y un 0% nunca para un porcentaje acumulado de 100%. Luego se les pregunto si consideraba que las consecuencias de las negligencias pueden ser tan fatales como para ser causa de muerte; y el 65% manifestó que siempre, el 22% casi siempre, el

11% algunas veces, un 2% casi nunca y el 0% restante dijo que nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%.

Con respecto, al promedio aritmético y la categoría del baremo, la media del indicador fue analizada de la siguiente manera: psicosocial 3,91, perdida de la salud 4,62; estos dos indicadores fueron catalogados como alto y muy alto respectivamente. También, se calculó el promedio final de la dimensión de impactos obteniendo como resultado una media de 4,26. Teniendo en cuenta el baremo de interpretación realizado en esta investigación, se califica como Muy alta.

Esto indica, que las EPS no implementan las medidas adecuadas en el trato a los pacientes que para que psicológicamente no se vean afectados y así disminuir las enfermedades, las depresiones, estados de ánimos y así hacer eficaz los derechos de los wayuu.

DIMENSIÓN 3: ESTRATEGIAS

INDICADORES: IGUALDAD, EQUIDAD, EFECTIVIDAD Y CALIDAD.

Tabla 1. Estrategias

Alternativas	IGUALDAD				EQUIDAD				EFECTIVIDAD				CALIDAD			
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
(5) Siempre	89	72	73	59	55	45	25	20	15	12	40	33	72	59	10	83
(4) Casi siempre	24	20	31	25	43	35	32	26	35	28	40	33	49	40	12	10
(3) algunas veces	5	4	9	7	15	12	40	33	47	38	17	14	2	2	9	7
(2) Casi nunca	3	2	4	3	4	3	20	16	20	16	20	16	0	0	0	0
(1) Nunca	2	2	6	5	6	5	6	5	6	5	6	5	0	0	0	0
Total	123	100	123	100	123	100	123	100	123	100	123	100	123	100	123	100
Promedio preguntas	4,58		4,30		4,11		3,40		3,26		3,71		4,56		4,75	
X Indicador	4,44				3,75				3,48				4,65			
Categoría indicador	Muy alta				alta				Alta				Muy Alta			
X Dimensión	4,08															

Categoría dimensión	Alta
------------------------	------

Fuente: Elaboración propia, (2019).

La tabla 4, refiere los indicadores sobre las estrategias que esta comprende; en el indicador igualdad, se les pregunto si considera usted que el trato recibido de parte de todos los funcionarios de su EPS durante su atención hay igualdad para con todos los pacientes y un 89% respondió que siempre, un 24% casi siempre, el 5% algunas veces, un 3% casi nunca y un 2% nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%. También se preguntó considera usted que es rechazado en su centro de salud o EPS por su raza, etnia, educación, entre otros y se observó en los siguientes términos: un 73% siempre, 31% casi siempre, 9% algunas veces, 4% casi nunca y un 6% nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%.

De la misma forma, en el indicador equidad, en la primera pregunta que se les hizo sobre si ha sentido en alguna ocasión que sus derechos han sido vulnerados por su EPS? y el % respondió que siempre, un 55 % casi siempre, el 43% algunas veces, un 15% casi nunca y un 4% nunca para un porcentaje acumulado de 100% y en la segunda pregunta que se les hizo sobre si cuando ha visto negligencia en la atención en su EPS, le ha tocado reclamar sus derechos por medio de acciones legales?; resultó así: un 25% manifestó que siempre, el 32% casi siempre, el 40% regularmente, un 20% casi nunca y un 5% nunca para un porcentaje acumulado de 100%.

Igualmente, en el indicador efectividad se les pregunto si considera usted efectiva la atención recibida en todas las especialidades y área administrativa se observa en los siguientes términos: un 15% manifestó que siempre, un 35% casi siempre, el 47% algunas veces, un 20% casi nunca y un 6% nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%. En la segunda pregunta realizada se dijo cree usted que en su EPS se refleja la gestión que los directivos realizan para mejorar continuamente la efectividad en los servicios prestados y se observa en los siguientes términos: 40% siempre, 40% casi siempre, 17% algunas veces, 20% casi nunca y un 6% nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%

Se finaliza esta dimensión con el indicador calidad, se les pregunto de forma general como se siente usted de satisfecho con la calidad de los servicios prestados por su EPS y se observó la opción en los siguientes términos: un 72% dijo que siempre, el 49% casi siempre, un 2% algunas veces, para un porcentaje acumulado de 100%.En la segunda pregunta sobre si cree usted; se observó la

opción en los siguientes términos: un 102% siempre, un 12% casi siempre, el 9% algunas veces, para un porcentaje acumulado de 100%.

Con respecto, al promedio aritmético y la categoría del baremo, de la dimensión estrategias, la media de los indicadores fue analizada de la siguiente manera: igualdad 4,4, equidad 3,75; efectividad 3,48; calidad 4,65; estos cuatro indicadores fueron catalogados como Muy alta, alta, alta y muy alta respectivamente. También, se calculó el promedio final, obteniendo como resultado una media de 4,08. Teniendo en cuenta el baremo de interpretación realizado en esta investigación, se califica como Alta.

Esto indica que las estrategias de igualdad, equidad, efectividad y calidad deben ser observados detenidamente porque su análisis dio un resultado alto esto a través de las encuestas a los wayuu quienes manifiestan en sus respuestas que si la calidad de los servicios prestados se hace con mayor interés por parte de las EPS o centros asistenciales creen que disminuiría la desigualdad debido a que serían tomados en cuenta sin importar nada porque dentro de la prestación de un servicio se encuentra inmerso la calidad del servicio.

VARIABLE: DESIGUALDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD EN LOS INDÍGENAS WAYUU.

DIMENSIÓN 1: FACTORES MATERIALES DE DESIGUALDAD

Tabla 3. Factores materiales de desigualdad

Alternativas	Inclusión social				Acceso			
	Fa	%	Fa	%	Fa	%	Fa	%
(5) Siempre	47	38	89	72	56	46	80	65
(4) Casi siempre	57	46	20	16	46	37	29	24
(3) Algunas veces	15	12	10	8	9	7	7	6
(2) Casi nunca	2	2	2	2	8	7	5	4
(1) Nunca	2	2	2	2	4	3	2	2
Total	123	100	123	100	123	100	123	100
Promedio preguntas	4,17		4,56		4,15		4,46	
X Indicador	4,10				4,30			
Categoría indicador	Alta				Alta			
X dimensión	4,2							
Categoría dimensión	Alta							

Fuente: Elaboración propia, (2019).

La tabla 3, muestra los resultados obtenidos, según la dimensión factores materiales de desigualdad; para el indicador inclusión social, en la primera pregunta: cuando se les pregunto si sufre de depresión por no ser incluido en los

programas de salud deseados, el 47% de los encuestados manifestó que siempre, el 57% que casi siempre, el 15% algunas veces, el 2% que casi nunca y un 2% nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%. Lo que evidencia el compromiso de los trabajadores para dar cumplimiento a las responsabilidades adquiridas en el desarrollo de sus funciones.

En relación a la segunda pregunta, cuando se les pregunto si siente usted que está bien atendido en su EPS; el 89% de los wayuu, reveló que siempre, el 20% que casi siempre, el 10% que algunas veces, el 2% que casi nunca y un 2% nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%.

De la misma forma, en el indicador de acceso, en la primera pregunta que se les realizo sobre si es muy difícil acceder a los servicios de salud; respondieron así: el 46% dijo que siempre, un 37% casi siempre, el 7% algunas veces, 7% casi nunca y un 3% nunca para un porcentaje acumulado de 100%. Luego se les pregunto si se estresa usted cuando se le niega un servicio o no es atendido a tiempo y como se merece; y el 80% manifestó que siempre, el 29% casi siempre, el 7% algunas veces, un 5% casi nunca y el 2% restante dijo que nunca, lo que generó un porcentaje acumulado de 100%.

Con respecto, al promedio aritmético y la categoría del baremo, la media del indicador fue analizada de la siguiente manera: inclusión social 4.10, acceso 4,58; estos dos indicadores fueron catalogados como altos. También, se calculó el promedio final de la dimensión desigualdad en la atención en los servicios de la salud de los wayuu, obteniendo como resultado una media de 4,2. Teniendo en cuenta el baremo de interpretación realizado en esta investigación, se califica como alta.

Esto indica, que las EPS o centros asistenciales no incluyen a los wayuu de la manera como debe ser y si lo hacen es de manera muy despaciosa dilatando los procesos de salud a los que cada uno de ellos se encuentra sometido o padezca al momento de solicitar los servicios de salud.

Luego de haber analizado todas las dimensiones del presente estudio se considera importante determinar el promedio de la desigualdad de atención en salud

Tabla 2. Promedio aritmético de la variable desigualdad

Variable	Desigualdad			
Dimensiones	Factores	Impactos	Estrategias	Factores materiales
X Dimensión	4,07(Alta)	4,26 muy alta	4,08 Alta	4,2 (Alta)
Variable (Categoría del Baremo)	4,15 alta			

Fuente: Elaboración Propia (2019).

En la tabla N° 11, se determinó el valor definitivo de la variable desigualdad en la atención en los servicios de salud calculándose los promedios de cada dimensión, dando como resultado 4,15 que de acuerdo al baremo de interpretación de la media es alta, permitiendo inferir que la desigualdad en los servicios de salud para los wayuu, inciden en los wayuu causando depresiones, desanimo, lo cual indica que los gerentes de las EPS no aplican los indicador al 100% tal vez por la falta de conocimiento las EPS no tienen las estrategias para la aplicación de los mismos

CONCLUSIONES

Finalizando todo proceso investigativo, se obtienen los resultados, que parten de la integración de los elementos diagnóstico utilizados y la observación desarrollada durante el estudio. Teniendo en cuenta esto se establecen las siguientes conclusiones:

Lo que se refiere al primer objetivo específico, sobre los factores que inciden en la desigualdad, obtuvo un promedio 4,0 calificada como alta, se pudo constatar las desigualdades son palpables al observar los resultados y que si existe esa desigualdad con los wayuu al momento de solicitar los servicios.

En relación al segundo objetivo específico, los impactos psicológicos y la pérdida de la salud o enfermedad con un promedio de 4,26 muy alta lo que significa que el trato recibido y la desigualdad se reflejan en la salud de los wayuu en estos dos indicadores.

Según los autores Risengren et al., (2004); Siegrist & Marmot, (2004). Regidor (2008) los factores psicosociales pueden influir o impactar sobre la salud: en primer lugar, los factores de riesgo psicosociales podrían incrementar el riesgo de aparición de estas enfermedades a través de su asociación con las conductas de riesgo para la salud, como tabaquismo, dieta o actividad física; en segundo lugar, los factores psicosociales pueden actuar directamente a través de mecanismos biológicos, mediados por el eje hipotálamo hipófisis-corteza adrenal y/o por el sistema nervioso simpático y parasimpático; por último, en tercer lugar, existen otros factores, como la falta de redes y de apoyo social, cuya estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico presencia podría amortiguar o disminuir los daños a la salud que ejercen los primeros. Esto puede traer consecuencias a su salud afectando su parte psicosocial.

El tercer objetivo específico de esta investigación, son las estrategias que den usarse en este estudio tuvo un resultado de 4,8 catalogada como alta, donde se ve reflejado que las EPS deben ser más efectivas y manejar a equidad y la igualdad.

Para finalizar se tiene el cuarto y último objetivo específico, factores materiales con una calificación de 4,10 alta también donde el acceso a la salud es difícil así lo manifiestan los wayuu.

Con respecto a la variable desigualdad, se determinó el valor definitivo calculándose los promedios de cada dimensión, dando como resultado que de acuerdo al baremo de interpretación de la media es 4,15 calificada como alta , permitiendo inferir que la desigualdad que es aplicada relativamente por las E.P.S en la atención en salud en la comunidad wayuu es un indicador negativo correspondiente con cada dimensión, Lo cual conlleva que la falta de conocimiento para la aplicación de los mismos por parte de estos centros de atención en salud son altamente negativos los cuales son los objetos de estudio.

Es muy común y se vive a diario que los miembros de las comunidades indígenas sean víctimas de una discriminación similar. Existe desigualdad en el plano social, cultural, La desigualdad conlleva a una discriminación importante y verificable que afecta a una persona o a un grupo de personas en su bienestar material, en sus oportunidades o en el ejercicio de sus derechos. Es fundamental para nuestro proyecto llevar un conocimiento claro de el porque se presenta tanta desigualdad en la población indígena, encontrando diferentes causantes que indican una de las razones principales del porqué se presenta tanta inequidad en estas comunidades indígenas.

RECOMENDACIONES

Sobre las bases de las conclusiones y objetivos específicos planteados, se generan recomendaciones tanto para la comunidad wayuu la cachaca 1 como para los empleados de los centros asistenciales:

La relación del personal de salud con los pacientes debe estar matizada y combinada por atención integral, pleno respeto y genuina compasión amorosa e igualdad hacia el otro que sufre, no se puede ser un buen trabajador de salud, si no conoce y comprende las características socioculturales generales y particulares de los pueblos a los que se pretende servir, de modo que la práctica médica en contextos interculturales significa adaptarse y adecuarse a semejante realidad. Las diferencias entre las concepciones y enfoques sobre el cuidado de la salud y de la enfermedad explican la barrera cultural entre las comunidades indígenas y los profesionales de los servicios de salud, la falta de entendimiento entre usuarios y profesionales se expresa en una fuerte resistencia al uso de los servicios de salud y en una gran desconfianza hacia los profesionales que ejercen la medicina moderna.

Implementar medidas mediante charlas los wayuu para incluirlos en todos los programas que realicen as EPS.

Se recomienda capacitar a los empleados en cuanto al trato y servicio al cliente.

BIBLIOGRAFIA

- Acosta Y, Segura O. Indígenas gestantes en la ribera del Amazonas, Colombia, 2009: conocimientos, actitudes y prácticas. *Investig Andina* 2011; 13:108-20.
- Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Rev Salud Pública* 2008; 10 Suppl 1:58-71.
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana. Salud sexual y reproductiva en Colombia: encuesta nacional de demografía y salud 2005. Bogotá: Asociación Probienestar de la Familia Colombiana; 2005.
- Balladeli P-P, Guzmán J-M, Korc M, Moreno P, Rivera ,G. Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia. Experiencias de acción intersectorial en Colombia para la equidad en salud de las minorías étnicas. Bogotá DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
- Barfield, T. (1997), *The Dictionary of Anthropology*, Blackwell, Oxford.
- Bernal, César A. (2010). *Metodología de la Investigación, administración, economía, humanidades y ciencias sociales*. Tercera Edición. Área Metodológica. Pearson Educación. Bogotá – Colombia. 320 páginas.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88, 68-74.
- CAETANO, G. N. (2003). *Marketing en los servicios de educación: modelos de percepción de la calidad*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- CALABUIG, F. (2006). *La calidad percibida en los servicios náuticos de la Generalitat Valenciana*. Disertación doctoral no publicada, Universitat de València, Valencia, España.

Calfio M, Velasco L. Mujeres indígenas en América Latina: ¿brechas de género o de étnia? Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2005.

Carrasco Diaz (2005). Metodología de la investigación científica. Lima: San Marcos.

Chandola, T., Brunner, E. & Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study. *British Medical Journal*, 332, 521-525.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf (accedido el 20/Feb/2010).

Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* 41148; 23 dic.

De Barbieri, T. (1992), "Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica", en *Fin de Siglo. Género y Cambio Civilizatorio*, Ediciones de las Mujeres, 17, ISIS, Santiago de Chile.

Denton, M., Prus, S. & Walters, V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58, 2585-2600.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo general 2005: nivel nacional. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2008.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Colombia una nación multicultural: su diversidad étnica. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2007.

Dio Bleichmar, E. (1985), "Género y sexo: su diferenciación y respectivo lugar en el complejo de Edipo", en *El feminismo espontáneo de la histeria*, Siglo XXI, Madrid.

- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: Debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, 51, 931-939.
- Duarte-Gómez M, Gómez Dantés O, Alegría O, Liliana M, Ríos M, Hernando L, et al. Un modelo de atención en salud al pueblo Wayuu en la frontera colombo-venezolana. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 30:272-8.
- DURKHEIM, E., *Educación y sociedad*, Barcelona, Península, 1975 (Edición original de 1922), págs. 52-54.
- Farah BF. Educación en servicio, educación continuada, *Rev APS*. 2003; 6 (2):123-5."
- FINOL DE FRANCO, M., & CAMACHO, H. (2008). *El proceso de investigación científica*. Maracaibo- Venezuela: Ediluz.
- Finol, d. F., & Camacho, H. (2008). *El proceso de investigación científica*. MaracaiboMc Graw Hill.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Los pueblos indígenas en Colombia. Derechos, políticas y desafíos*. Bogotá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2003.
- García Ivan *economía simple* 2017
- Gómez Mendoza, Miguel Ángel; Deslauriers, Jean Pierre y Alzate Piedrahita, María Victoria. (2010). *Cómo hacer tesis de maestría y El marco teórico referencial y los enfoques de investigación* 1061 doctorado. Primera edición. Bogotá – Colombia. 220 páginas.
- Gove, W. & Hughes, M. (1979). Possible causes of the apparent sex differences in physical health: An empirical investigation. *American Sociological Review*, 44, 126-146.
- GUTIÉRREZ, J. y MARTÍN, M. (2004). Atributos extrínsecos del producto: Las señales de la calidad. *Anales de estudios económicos y empresariales*, 0(13), pp. 81-116.

Hemingway, H. & Marmot, M. (1999). Evidence based cardiology. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort study. *British Medical Journal*, 318, 1460-1467.

House of Commons Health Comité. *Health Inequalities: Evidence*. Londres: House of Commons; 2007.

International Labour Organization (2004). *International Standard Classification of Occupations (ISCO)*. Recuperado el 10 de octubre de 2008, de

Ishida K, Stupp P, Turcios-Ruiz R, William DB, Espinoza E. Ethnic inequality in Guatemalan women's use of modern reproductive health care. *Int Perspect Sex Reprod Health* 2012; 38:99-108.

Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2009.

Kabeer, N. (1994), *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*, Verso, Londres. Trad. cast.: *Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*, UNAM, México, 1998.

Kolip, P. (2008). Gender sensitive health promotion and prevention. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51, 28-35.

Koonings K, Silva P. *Construcciones étnicas y dinámica sociocultural en América Latina*. Quito: Ediciones Abya Yala; 1999.

Martínez F, Castro C, Ordóñez I, Valencia O, Hinestroza Y. *El sistema de seguridad social en salud en la región Pacífica Colombiana: la problemática de la población dispersa*. Bogotá DC: Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social; 2005.

Menou MJ. (1993) *Measuring the impact of information on development*. Ottawa: International Development Research Centre.

- Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
- Moliner, M. (1988) Diccionario de uso del español. Madrid: Gredos.
- Moruno, P. (2002). La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental.
- Moruno, P. y Romero, D. M. (2004). Terapia Ocupación en salud mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. Revista gallega de terapia ocupacional, 1, 1-18. Extraído el 18 de junio de 2009 desde <http://www.revistatog.com/num1.htm>.
- Murray C. Quantifying the burden of disease: technical basis for disability-adjusted life years. Bull World Health Organ 1994;72(3):429-445.
- Murray CJL, Lopez AD, eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Global burden of disease and injury series, Vol. 1. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- Nathanson, C. A. (1977). Sex, illness, and medical care: A review of data, theory, and method. Social Science & Medicine, 11, 13- 25.
- Osorio AM, Tovar LM, Rathmann K. Individual and local level factors and antenatal care use in Colombia: a multilevel analysis. Cad Saúde Pública 2014; 30:1079-92.
- Oyarce AM, Ribotta B, Pedrero M. Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2010.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Pueblos indígenas y los objetivos de desarrollo del milenio. Bogotá DC: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2013.
- Regidor, E. (2008). Desigualdades socioeconómicas en la exposición al riesgo y en salud. En M. Rodríguez & R. Urbanos (Eds.), Desigualdades sociales en salud: factores determinantes y elementos para la acción (pp. 11-40). Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J. L. & Rodríguez, C. (1994). Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid, España: Díaz de Santos.

- Risengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., et al. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364, 953-962.
- Rodríguez L. Factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. Quito: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2008.
- Rohlf, I., Borrell, C. & Fonseca, M. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14, 60-71.
- Rojas Benitez, JL (2001) [Tesis para optar por el título de Doctor en Ciencias en Bibliotecología y Ciencias de la Información]. La Habana: Facultad de Comunicación. Universidad de La Habana;
- Romero, D. M. (2007). Revisión histórica de la ocupación vinculada a la terapia ocupacional. Recuperado de http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rev_Hist_ocup_vincu_T.O.shtml.
- Rubin, G. (1975), "The Traffic in Women: Notes on the 'Political Economy' of Sex", en Reiter, R. (comp.), *Toward an Anthropology of Women*, Monthly Review Press, Nueva York. Trad. cast.: "El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo", en Lamas, M. (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, UNAM, México, 1996.
- Salomon JA, Murray CJL. The Epidemiologic Transition Revisited: Compositional Models for Causes of Death by Age and Sex. *Popul Dev Rev* 2002; 28: 205-228.
- SAMPIERI, H., FERNANDEZ, C. C., & BAPTISTA, L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- SANTOS, M. (2010). Procedimiento para el diseño de estrategia de la calidad territorial para el Modelo Social Cubano. Disertación doctoral no publicada, Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Santa Clara, Cuba.

- Scott, J. W. (1986), "Gender: a Useful Category of Historical Analysis", en American Historical Review 91. Trad. cast.: "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en Amelany y Nash (eds.), Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea, Edicions Alfons el Magnànim, Valencia, 1990.
- Sime Poma, L (2009). Planificación del Marco teórico. Blog Edutopias.
- Smith, G. D., Hart, C., Hole, D., MacKinnon, P., Gillis, C., Watt, G., et al. (1998). Education and occupational social class: Which is the more important indicator of mortality risk? Journal of Epidemiology and Community Health, 52, 153-160.
- Smith, G. D., Shaw, M., Mitchell, R., Dorling, D. & Gordon, D. (2000). Inequalities in health continue to grow despite government's pledges. British Medical Journal, 320, Artículo 582.
- Stephen Covey. Los siete hábitos de las personas altamente efectivas. Barcelona: Ediciones Paidós. 1989.
- Temmerman M, Khosla R, Say L. Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority. Lancet 2014; 384:e30-1.
- Torres C. Equity in health as seen from an ethnic focus. Rev Panam Salud Pública 2001; 10:188-201.
- Trombly, C. (1995). Occupation: purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. American Journal of Occupational Therapy, 49(10), 960-972.
- Vargas-Jaramillo J, Molina-Marín G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública 2009; 27:121-30.
- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: Un update on hypothesis and evidence. Journal of Health and Social Behavior, 26, 156-182.

- Verbrugge, L. M. (1989). The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 282-304.
- Vygotsky, Lev S. (1934/1993). *Pensamiento y lenguaje*. En L. S. Vygotsky: *Obras Escogidas*, (Tomo II, pp. 9-348). Madrid. Aprendizaje Visor.
- Wade P, Beltrán CLL, Restrepo E, Santos RV. *Mestizo genomics: race mixture, nation, and science in Latin America*. Durham: Duke University Press; 2014.
- Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992; 22(3):429-445.
- Whitehead, A. (1979), "Some Preliminary Notes on the Subordination of Women", en Young, K. (ed.) et al., *IDS Bulletin*, Vol. 10, N° 3, Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton (Inglaterra).
- Whitfield, K. E., Weidner, G., Clark, R. & Anderson, N. (2003). *Cultural Aspects of Health Psychology*. En I. B. Weiner (Ed. de la serie), A. M. Nezu, C. M. Nezu & P. A. Geller (Eds. del volumen), *Handbook of psychology: Vol. 9. Health psychology* (pp. 545-567). Nueva York, NY, EE. UU.: Wiley.
- Wilkinson R. (1996) *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Londres: Roytledge.
- Wilkinson R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. Londres: Roytledge; 1996.
- Zapata, O. (2005). *La aventura del pensamiento crítico; herramientas para elaborar tesis e investigaciones socioeducativas*. México D.F.: Paz México.

ANEXOS



ANEXO
FORMATO DE ENCUESTA
UNIVERSIDAD DE LA GUAJIRA
ESPECIALIZACION GERENCIA EN LOS SERVICIOS DE LA SALUD
DESIGUALDAD EN ATENCION EN SALUD EN LA COMUNIDAD WAYUU LA CACHACA
1 EN EL DISTRITO DE RIOHACHA.

FECHA _____

Las preguntas que se realizan a continuación se refieren a la atención en salud.

- Marque la respuesta que considere correcta: SIEMPRE, CASI SIEMPRE, ALGUNAS VECES, CASI NUNCA, NUNCA.
- La columna de la derecha es para efectuar las observaciones oportunas, en su caso.

1	FACTORES	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA	NUNCA
	Educación					
1	Sufren mal trato por no tener una educación superior??					
2	Cree que la educación es importante para poder tener derecho a la igualdad en su atención en su EPS					
	Ocupación					
3	¿Cree usted que es discriminado por no tener una ocupación fija?					
4	¿Cree usted que su ocupación actual induce a la perdida de la salud?					
	Ingreso					
5	Cree usted que el nivel de ingreso reflejado, es un determinante de la calidad y trato en la atención en su EPS?.					
6	Considera usted que si no posee un buen empleo de donde obtenga buenos ingresos económicos no recibe					

	una buena atención en su EPS?					
	Género					
7	¿Ha visto usted en su EPS o en su centro asistencial que atienden igual a las personas sin distinción de géneros?					
8	Atienden con mayor facilidad y rapidez a las mujeres que a los hombres?					
	Etnia					
9	Ha visto preferencia en la inclusión de los programas que desarrolla su EPS para la etnia wayuu?					
10	La etnia wayuu sufren desigualdades por su origen?					
	Raza					
11	¿Cree que la discriminación a los grupos indígenas ha existido desde hace mucho en los centros asistenciales por causa de la raza a la que pertenece?					
12	Su tipo de raza hace que lo menosprecien al ser atendido en el centro asistencial o EPS					
II	IMPACTO					
	Psicosocial					
13	Considera usted que la calidad en la atención que recibe le anima a hacer uso de sus servicios en su EPS cada vez que su salud se ve afectada?					

14	Sufre usted de depresión cuando por algún motivo se ha sentido insatisfecha en el trato y la atención recibida en su EPS?					
	Perdida De La Salud En Las Personas					
15	Cree usted que su salud se ha visto afectada negativamente a causa de la negligencia recibida por la EPS en órdenes y autorizaciones?					
15	Considera usted que las consecuencias de la negligencia pueden ser tan fatales como para ser causa de muertes?					
III	ESTRATEGIAS					
16	Igualdad					
	Considera usted que el trato recibido de parte de todos los funcionarios de su EPS durante su atención hay igualdad para con todos los pacientes?					
17	¿Cree usted que es rechazado en su centro de salud o EPS por su raza, etnia, educación, ocupación, ingresos u otros?					
	Equidad					
18	Ha sentido en alguna ocasión que sus derechos han sido vulnerados por su EPS?					
19	Cuando ha visto negligencia en la atención de su EPS, le ha tocado reclamar sus derechos por medio de acciones legales?					
	Efectividad					

20	Considera usted efectiva la atención recibida en todas las especialidades y área administrativa?					
21	Cree usted que en su EPS se refleja la gestión que los directivos realizan para mejorar continuamente la efectividad en los servicios prestados?					
	Calidad					
22	De forma general como se siente usted de satisfecho con la calidad de los servicios prestados por su EPS					
23	Cree usted que si ofrecieran calidad en la prestación de los servicios disminuiría la desigualdad al momento de atender a la personas					
iv	FACTORES MATERIALES DE DESIGUALDAD					
	Inclusión social					
24	Sufre usted de depresión por no ser incluido en los programas de salud que desea?					
25	¿Siente usted que está bien atendido en su E.P.S.?					
	Acceso					
26	Es muy difícil acceder a los servicios de salud?					
27	Se estresa usted cuando se le niega un servicio o no es atendido a tiempo y como se merece?					

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO

Nombre y Apellido:

C.I.:

Título de Pregrado:

Título de Postgrado:

Lugar de Trabajo: Universidad de la Guajira

Cargo que desempeña: Docente

CERTIFICO QUE

Realicé el juicio de experto al cuestionario diseñado por Zuleima Paola Hernández Rodríguez, Yelissa Margarita López Bolívar y Yeny Carolina Torres Gamboa, en la investigación titulada

El Instrumento es:	
Validado	No Validado

Firma del Validador:		Fecha:	
----------------------	--	--------	--