UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

COMPETENCIA CULTURAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, YARINACOCHA – 2026

Tesis para optar el título profesional de
MÉDICO CIRUJANO

ZEVALLOS BUSTAMANTE, ROGER JAMPIER

Pucallpa – Perú

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Comisión de Grados y Títulos

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N°012-2026-FMH

En Pucallpa, a los ...03... días del mes de ...JULIO..... del dos mil veintiséis, siendo las ...15²... horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes del auditorio de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **"COMPETENCIA CULTURAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, YARINACOCHA - 2026"**, elaborado por el (la) Bachiller en Medicina Humana **ROGER JAMPIER ZEVALLOS BUSTAMANTE.**

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

Dr. WALTER ROMAN LEVEAU BARTRA	(Presidente)
M.C. Mg. LUIS ALBERTO VICENTE YAYA	(Miembro)
M.C. Mg. BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA	(Miembro)

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de ..APROBADO..... por .UNANIMIDAD. con el calificativo de ..B..DIECIOCHO..... Quedando el sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el **TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**.

Pucallpa, ...03... de ...JULIO..... del 2026.

Dr. Walter Román Leveau Bartra
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. Mg. Luis Alberto Vicente Yaya
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. Mg. Beatriz Mercedes Lujan Divizzia
Miembro del Jurado Evaluador

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Comisión de Grados y Títulos

ATA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N°012-2026-FMH

ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

DR. WALTER ROMAN LEVEAU BARTRA
Presidente del Jurado Evaluador

M.C. MG. LUIS ALBERTO VICENTE YAYA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C. MG. BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA
Miembro del Jurado Evaluador

M.C.MG. LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL
ASESOR DE TESIS

BACH. ROGER JAMPIER ZEVALLOS BUSTAMANTE
TESISTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TESIS

Nº **V/321-2026**.

La Dirección de Producción Intelectual de la Universidad Nacional de Ucayali, hace constar por la presente, que la Tesis titulada:

"COMPETENCIA CULTURAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, YARINACOCHA-2026"

Autor(es)	:	**ZEVALLOS BUSTAMANTE, ROGER JAMPIER**
Facultad	:	**MEDICINA HUMANA**
Escuela	:	**MEDICINA HUMANA**
Asesor(a)	:	**Mg. RUIZ SOLSOL, LUIS ENRIQUE**

Presenta un **porcentaje de similitud de 6%,** verificado en el Sistema Antiplagio COMPILATIO,
De acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO, el cual indica: "todo trabajo de investigación no debe superar el 10%". **En tal sentido, se declara, que la TESIS presenta un porcentaje aceptable de similitud,** procediéndose a emitir la presente Constancia a solicitud del asesor.

En señal de conformidad se firma y sella el presente documento.

Fecha: 14/05/2026

Dr. JOSÉ MANUEL CÁRDENAS BERNAOLA
Director de Producción Intelectual

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

DIRECCIÓN DE PRODUCCIÓN INTELECTUAL

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Repositorio de la Universidad Nacional de Ucayali

Yo, ROGER JANPIER ZEVALLOS BUSTAMANTE

Autor de la tesis titulada : COMPETENCIA CULTURAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y SU RELACION CON LA SATISFACCION DE LOS USUARIOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION, YARINACOCHA - 2026

Sustentada el año 2026

Asesor(a): LUIS ENRIQUE RUIZ SALSOL

Facultad: MEDICINA HUMANA

Escuela Profesional: MEDICINA HUMANA

Autorizo la publicación:

PARCIAL [ ] TOTAL [X]

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 04 / 07 / 2026

Email: janpierzb162907@gmail.com Firma: Roger J

Teléfono: 975617325 DNI: 73006807

www.repositorio.unu.edu.pe
repositorio@unu.edu.pe

DEDICATORIA

A mis padres, Sonia Bustamante y Roger Zevallos, por su amor, apoyo incondicional, consejos y sacrificios a lo largo de mi formación profesional. Gracias por acompañarme en cada etapa de este camino y por ser el impulso que me permitió llegar hasta aquí.

A mi hermana, Nicolle Zevallos, por su apoyo, ánimo y compañía constante. Su presencia ha sido una fuente importante de motivación durante este proceso.

A mi abuelita Dea, con cariño y gratitud; y a mis abuelitos que ya no se encuentran conmigo, Emma López y Roger Zevallos, quienes sé que habrían celebrado con alegría este momento tan importante de mi vida.

A toda mi familia, en particular a mi tío José Malpartida y a mi primo Paulo Rivera, por brindarme su apoyo, confiar en mí y celebrar cada logro alcanzado. A ustedes dedico este trabajo, porque sin su amor y compañía, este camino no habría sido el mismo.

A mis perros y gatos, por su compañía incondicional y por llenar de alegría mis días, especialmente durante los momentos más exigentes de este camino. Su cariño y presencia hicieron más llevadero este proceso.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiarme y brindarme la fortaleza necesaria para avanzar en este camino y alcanzar uno de mis principales objetivos profesionales.

A la Universidad Nacional de Ucayali y a la Facultad de Medicina Humana, por haber sido parte fundamental de mi formación académica y profesional durante estos años de carrera.

A todos los docentes que contribuyeron a mi formación, por compartir sus conocimientos, experiencias y enseñanzas, los cuales fueron esenciales para mi desarrollo como futuro médico.

A mi asesor de tesis, Dr. Luis Enrique Ruiz Solsol, por su orientación, apoyo y valiosos consejos durante el desarrollo de este trabajo de investigación, así como por motivarme a realizarlo con responsabilidad, dedicación y búsqueda de excelencia.

A los profesionales de la salud —médicos, licenciadas/os en enfermería y obstetras— pertenecientes a los establecimientos de la Microred San José–Yarinacocha, por su disposición, tiempo y participación en la presente investigación.

A los usuarios atendidos en los establecimientos de salud de la Microred San José–Yarinacocha, por aceptar participar voluntariamente y brindar la información necesaria para el desarrollo de este estudio.

A todas las personas e instituciones que, de una u otra manera, contribuyeron a la realización de este trabajo, mi más sincero agradecimiento.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA vi
AGRADECIMIENTO vii
ÍNDICE GENERAL viii
ÍNDICE DE TABLAS x
ÍNDICE DE ANEXOS xi
RESUMEN xii
ABSTRACT xiii
INTRODUCCIÓN xiv
CAPÍTULO I PROBLEMA 16
1.1. Planteamiento del Problema 16
1.2. Formulación del problema 18
1.2.1. Problema General 18
1.2.2. Problemas Específicos 18
1.3. Objetivos 19
1.3.1. Objetivo General 19
1.3.2. Objetivos Específicos 19
1.4. Justificación 20
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO 25
2.1. Antecedentes 25
2.1.1. Antecedentes internacionales 25
2.1.2. Antecedentes nacionales 30
2.1.3. Antecedentes locales 34
2.2. Bases Teóricas 35
2.2.1. Diversidad cultural en salud 35
2.2.2. Enfoque intercultural en salud 36
2.2.3. Atención primaria en contextos culturalmente diversos 36
2.2.4. Competencia cultural en los servicios de salud 37
2.2.5. Satisfacción del usuario en los servicios de salud 39
2.2.6. Relación entre la competencia cultural y la satisfacción del usuario 43
2.3. Definición de términos básicos 45
2.4. Hipótesis 46
2.4.1. Hipótesis General 46

2.4.2. Hipótesis Específicas 46
2.5. Variables 47
2.6. Operacionalización de variables 49
CAPÍTULO III METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 54
3.1. Ámbito de Estudio 54
3.2. Tipo de Investigación 54
3.3. Nivel de Investigación 55
3.4. Método de Investigación 55
3.5. Diseño de Investigación 56
3.6. Población, Muestra, Muestreo 56
3.6.1. Población 56
3.6.2. Muestra 57
3.6.3. Muestreo 58
3.6.4. Criterios de inclusión y exclusión 59
3.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos 60
3.8. Procedimiento de Recolección de Datos 62
3.9. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos 63
3.10. Consideraciones éticas 66
CAPÍTULO IV RESULTADOS 68
4.1. Presentación de Resultados 68
4.2. Discusión 83
CONCLUSIONES 93
RECOMENDACIONES 95
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 97
ANEXOS 103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°01: Operacionalización de variable Competencia cultural de los profesionales de la salud 49

Tabla N°02: Operacionalización de variable Satisfacción del usuario 50

Tabla N°03: Operacionalización de variables de caracterización de profesionales de la salud 51

Tabla N°04: Operacionalización de variables de caracterización de usuarios 53

Tabla N°05: Características de los profesionales de salud de la Microred San José – Yarinacocha, 2026 68

Tabla N°06: Edad y tiempo de servicio de los profesionales de salud de la Microred San José – Yarinacocha, 2026 71

Tabla N°07: Características de los usuarios atendidos en la Microred San José – Yarinacocha, 2026 72

Tabla N°08: Edad de los usuarios atendidos en la Microred San José – Yarinacocha, 2026 74

Tabla N°09: Puntaje de competencia cultural y sus dimensiones en profesionales de salud de la Microred San José – Yarinacocha, 2026 75

Tabla N°10: Nivel de satisfacción del usuario y sus dimensiones en establecimientos de la Microred San José – Yarinacocha, 2026 76

Tabla N°11: Correlación entre la competencia cultural y la satisfacción del usuario en establecimientos de la Microred San José – Yarinacocha, 2026 78

Tabla N°12: Correlación entre las dimensiones de competencia cultural y la satisfacción del usuario en establecimientos de la Microred San José – Yarinacocha, 2026 79

Tabla N°13: Correlación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y las dimensiones de la satisfacción del usuario en establecimientos de la Microred San José – Yarinacocha, 2026 80

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N°01: Matriz de consistencia 104
Anexo N°02: Instrumentos de recolección de datos 106
Anexo N°03: Puntuación de las variables y sus dimensiones 113
Anexo N°04: Confiabilidad de los Instrumentos 117
Anexo N°05: Prueba de normalidad de los puntajes utilizados en el análisis inferencial 119
Anexo N°06: Consentimientos informados 120
Anexo N°07: Aprobación por Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana – Universidad Nacional de Ucayali 122
Anexo N°08: Solicitud de autorización para ejecución de proyecto de investigación 124
Anexo N°09: Acta de aprobación de proyecto de tesis 126

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Materiales y métodos:** Estudio de enfoque cuantitativo, tipo básico, nivel relacional, método hipotético-deductivo y diseño no experimental, transversal y descriptivo-correlacional. Participaron 70 profesionales de la salud y 350 usuarios atendidos en siete establecimientos. Los puntajes de satisfacción fueron agregados por profesional, obteniéndose 70 unidades de análisis para la prueba correlacional. Se aplicó la Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14) y un cuestionario adaptado del Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18). Se empleó el coeficiente rho de Spearman, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. **Resultados:** La competencia cultural presentó una media de 65,10 puntos. El mayor promedio correspondió al conocimiento cultural (71,88), seguido de las habilidades culturales (66,07) y la sensibilidad cultural (56,88). La satisfacción del usuario fue alta en el 68,0% de los participantes. No se evidenció relación estadísticamente significativa entre la competencia cultural y la satisfacción del usuario ($\rho = -0,074$; $p = 0,542$), ni en los análisis por dimensiones. **Conclusión:** No se evidenció relación estadísticamente significativa entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción de los usuarios en el contexto estudiado.

Palabras clave: Competencia cultural; satisfacción del usuario; atención primaria de salud; salud intercultural; personal de salud.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the cultural competence of health professionals and user satisfaction in primary health care facilities, Yarinacocha-2026. **Materials and methods:** A quantitative study of basic type, relational level, hypothetical-deductive method, and non-experimental, cross-sectional, descriptive-correlational design was conducted. A total of 70 health professionals and 350 users who received care at seven facilities participated in the study. Satisfaction scores were aggregated by health professional, yielding 70 units of analysis for the correlational test. The Cultural Competence Measurement Scale (EMCC-14) and an adapted version of the Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) were applied. Spearman's rho coefficient was used, with a significance level of $p < 0.05$. **Results:** Cultural competence had a mean score of 65.10 points. The highest mean score corresponded to cultural knowledge (71.88), followed by cultural skills (66.07) and cultural sensitivity (56.88). User satisfaction was high in 68.0% of participants. No statistically significant relationship was found between cultural competence and user satisfaction ($\rho = -0.074$; $p = 0.542$), nor in the analyses by dimensions. **Conclusion:** No statistically significant relationship was found between the cultural competence of health professionals and user satisfaction in the study context.

Keywords: Cultural competence; user satisfaction; primary health care; intercultural health; health personnel.

INTRODUCCIÓN

La diversidad cultural constituye una característica fundamental de la sociedad peruana y se expresa en la coexistencia de múltiples lenguas, tradiciones, creencias, prácticas sociales y formas de comprender el proceso salud-enfermedad. En el ámbito sanitario, esta diversidad exige que los servicios de salud no solo respondan a las necesidades clínicas de la población, sino también a sus particularidades socioculturales, especialmente en contextos donde convergen pueblos indígenas u originarios, población mestiza y grupos migrantes. Cuando estas diferencias no son reconocidas adecuadamente, pueden generarse barreras de comunicación, desconfianza, percepciones de trato desigual y menor aceptación de las intervenciones sanitarias (1-5).

En este escenario, la competencia cultural de los profesionales de la salud adquiere especial relevancia, debido a que permite brindar una atención más respetuosa, sensible y pertinente frente a la diversidad de los usuarios. Esta competencia no se limita al conocimiento sobre otras culturas, sino que integra la sensibilidad frente a los propios prejuicios, el conocimiento cultural y las habilidades necesarias para establecer una comunicación adecuada en contextos culturalmente diversos (6-8). En el primer nivel de atención, donde se produce el contacto más cercano entre los servicios de salud y la comunidad, estas capacidades resultan esenciales para fortalecer la relación profesional-usuario, favorecer la confianza y promover una atención centrada en la persona.

La satisfacción del usuario, por su parte, representa un indicador relevante de la calidad percibida de la atención, ya que refleja la valoración que realizan las personas sobre la experiencia recibida en los servicios de salud. Esta satisfacción no depende únicamente de la resolución técnica del problema, sino también de dimensiones como la comunicación, el trato interpersonal, la accesibilidad, el tiempo dedicado por el profesional, los aspectos financieros y la satisfacción general con la atención (9,10). Por ello, en contextos culturalmente diversos, resulta pertinente analizar si la competencia cultural de los

profesionales se relaciona con la manera en que los usuarios perciben y valoran la atención recibida.

La región Ucayali presenta una importante diversidad sociocultural y lingüística, con presencia de pueblos indígenas u originarios y comunidades que conservan prácticas, saberes y formas particulares de comprender la salud y la enfermedad (11). En este contexto, los establecimientos del primer nivel de atención de la Microred San José–Yarinacocha cumplen un rol estratégico, al constituir espacios de contacto directo entre profesionales de salud y usuarios con características culturales diversas. Sin embargo, la evidencia local sobre la competencia cultural de los profesionales y su relación con la satisfacción del usuario aún es limitada, lo que evidencia la necesidad de generar información contextualizada que contribuya a la mejora de la atención.

En ese sentido, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción de los usuarios atendidos en establecimientos del primer nivel de atención de la Microred San José–Yarinacocha, 2026. El estudio buscó aportar evidencia útil para comprender la interacción entre ambas variables, identificar aspectos formativos relevantes en los profesionales y orientar estrategias que fortalezcan una atención más equitativa, humana y culturalmente pertinente en el primer nivel de atención.

CAPÍTULO I
PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La diversidad cultural, expresada en creencias, valores, lenguas, tradiciones y prácticas sociales, constituye un componente esencial de la identidad humana y del desarrollo de las sociedades. Sin embargo, cuando la interacción entre grupos culturales se produce sin reconocimiento, sin diálogo ni comprensión mutua, emergen tensiones, exclusiones y desigualdades que afectan la convivencia y la equidad social. (1)

En el Perú, esta diversidad se manifiesta en múltiples dimensiones —idiomas, expresiones culturales, conocimientos tradicionales y estructuras sociales—, configurando un mosaico de identidades. (2) Pese a ello, continúan desafíos vinculados a discriminación y trato desigual por factores como forma de hablar, vestimenta, nivel socioeconómico o color de piel, lo que condiciona oportunidades y relaciones sociales. (3) Estas brechas no son ajenas al sector salud, donde la discriminación y la falta de reconocimiento cultural pueden expresarse en barreras de acceso, comunicación deficiente, percepciones de maltrato y menor confianza en los servicios.

En el ámbito de salud, particularmente en el primer nivel de atención —puerta de entrada al sistema y principal espacio de contacto entre comunidad y servicios—, las diferencias culturales y lingüísticas, sumadas a prácticas institucionales poco sensibles a la diversidad, pueden afectar la calidad de la atención y la experiencia del usuario. (4) En escenarios de atención a población culturalmente diversa se han descrito barreras recurrentes como diferencias en comunicación verbal y no verbal, diversidad de idiomas, insuficiente formación sobre creencias y expectativas del paciente, y limitada disponibilidad de apoyos organizacionales (tiempo, intérpretes, soporte administrativo), lo cual deteriora la pertinencia cultural de la atención. (5)

En respuesta a esta realidad, cobra relevancia la competencia cultural/intercultural de los profesionales de la salud. Desde una perspectiva formativa, se advierte que la educación sanitaria muchas veces resulta "descontextualizada" de la realidad cultural, por lo que se requiere entrenar competencias interculturales para brindar cuidados dignos y de calidad en contextos diversos. (6) En la misma línea, se ha planteado que la interculturalidad debe incorporarse en los currículos de formación de médicos y profesionales de la salud para un desempeño efectivo, considerando la interacción entre profesional, paciente, familia y comunidad, y valorando la concepción sociocultural del proceso salud–enfermedad, lo que contribuye incluso a la adherencia terapéutica. (7)

En términos prácticos, la calidad del encuentro clínico intercultural no depende únicamente del dominio técnico, sino también de capacidades comunicativas y relacionales del equipo de salud. Se ha señalado que la relación en salud no involucra solo al médico, sino a diversos profesionales que interactúan con los pacientes, por lo que las fallas comunicativas en el intercambio profesional–usuario pueden desmerecer el modelo de atención y generar insatisfacción. (8) De forma consistente, investigaciones en profesionales de salud evidencian que persisten necesidades de capacitación continua en competencia cultural, incluyendo a disciplinas como enfermería y obstetricia, lo cual reafirma que se trata de una competencia transversal del equipo de salud. (9)

Esta problemática cobra especial importancia en Ucayali, región caracterizada por alta diversidad cultural y presencia de pueblos indígenas u originarios. En su territorio habitan 21 pueblos indígenas u originarios, y se ha estimado que la población que vive en localidades de pueblos indígenas alcanza 59 868 personas (12,1% del total regional). (10) En este escenario, la atención sanitaria en establecimientos del primer nivel requiere profesionales (médicos, enfermeros y obstetras) con capacidades para reconocer y respetar cosmovisiones, lenguas y prácticas de salud, evitando que la falta de competencia cultural se traduzca en percepciones de discriminación, dificultades comunicativas y disminución de la satisfacción del usuario.

En la Microred San José – Yarinacocha, donde confluyen usuarios con características socioculturales diversas, resulta prioritario generar evidencia local que permita comprender cómo la competencia cultural de los profesionales de salud se vincula con la satisfacción del usuario. En consecuencia, se plantea necesario determinar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción de los usuarios de los establecimientos de la Microred San José – Yarinacocha, 2026, a fin de identificar brechas formativas y orientar estrategias de mejora para una atención más equitativa, humana y culturalmente pertinente.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación entre el nivel de sensibilidad cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de habilidades culturales de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026?
- ¿Cuál es la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión comunicación de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026?

- ¿Cuál es la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión trato interpersonal de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026?
- ¿Cuál es la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión tiempo dedicado por el profesional de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la relación entre el nivel de sensibilidad cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Identificar la relación entre el nivel de conocimiento cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Identificar la relación entre el nivel de habilidades culturales de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Identificar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión comunicación de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.

- Identificar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión trato interpersonal de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Identificar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión tiempo dedicado por el profesional de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.

1.4. Justificación

Justificación Legal – Valor ético social

La salud es reconocida internacionalmente como un derecho humano fundamental y la atención primaria se ha consolidado como la principal estrategia para garantizar dicho derecho, especialmente en contextos de diversidad cultural. La Declaración de Alma-Ata, retomada y analizada en el ámbito latinoamericano, subraya que las prestaciones sanitarias deben ser científicamente válidas, socialmente pertinentes y culturalmente aceptables para las comunidades a las que se dirigen, evitando cualquier forma de desigualdad o exclusión en el acceso a los servicios (11,12). Esta perspectiva resulta especialmente relevante en países plurinacionales y pluriculturales, donde las diferencias en lengua, cosmovisión y prácticas de salud pueden convertirse en barreras si no son reconocidas y abordadas adecuadamente.

En ese sentido, el departamento de Ucayali constituye un escenario especialmente relevante para estudiar la interculturalidad en salud, debido a su composición sociocultural diversa y a la presencia de pueblos indígenas u originarios que conservan lenguas, costumbres, formas de organización y concepciones propias sobre la salud y la enfermedad. Según la cartilla informativa sobre pueblos indígenas u originarios de Ucayali, en este departamento viven 21 pueblos indígenas u originarios y se hablan 16 lenguas indígenas u originarias, lo que evidencia un territorio marcado por la pluralidad cultural y lingüística. Esta realidad exige que los servicios de salud,

especialmente en el primer nivel de atención, no solo garanticen el acceso formal a la atención, sino también una atención respetuosa, comprensible y culturalmente pertinente (10).

En el contexto peruano, la diversidad cultural y lingüística es amplia y compleja, con múltiples pueblos indígenas que conservan sistemas propios de interpretación del proceso salud-enfermedad, así como prácticas curativas tradicionales que coexisten, dialogan o entran en tensión con el modelo biomédico hegemónico (2,8). Cuando los servicios de salud no consideran estos marcos culturales, pueden generarse experiencias de discriminación, incomprensión y desconfianza hacia el sistema sanitario, lo cual vulnera principios éticos como la autonomía, la justicia y la beneficencia. En ese marco, la interculturalidad en salud se asume como una obligación ética y política, ya que implica reconocer la dignidad de los pueblos, respetar su participación en las decisiones sanitarias y construir relaciones horizontales entre usuarios y profesionales de la salud (13).

Asimismo, desde un enfoque ético intercultural, se ha planteado que la formación sanitaria enfrenta el desafío de superar modelos monoculturales que "normalizan" una sola manera de comprender la salud, la enfermedad y el cuidado, incorporando el respeto como eje del acto clínico y cuestionando sesgos personales e institucionales que pueden derivar en prácticas injustas o paternalistas (6). En consecuencia, evaluar la competencia cultural de los profesionales de la salud en el primer nivel adquiere valor social porque permite identificar brechas que impactan en la equidad y legitimidad de los servicios; además, analizar su relación con la satisfacción del usuario contribuye a visibilizar si las personas perciben un trato respetuoso, comprensible y culturalmente pertinente durante la atención (6,13).

Justificación Teórico – Científica

En las últimas décadas, la competencia cultural ha emergido como un constructo central para comprender cómo los profesionales de la salud pueden

responder de manera adecuada a la diversidad cultural de los pacientes. Se reconoce que no se trata de un conjunto estático de conocimientos sobre “otras culturas”, sino de un proceso dinámico que integra conciencia de prejuicios, sensibilidad hacia la diferencia, conocimiento de contextos socioculturales y habilidades comunicativas para sostener un encuentro clínico respetuoso y horizontal (5,6,14). En atención primaria, este enfoque se vincula con la capacidad de adaptar la atención a necesidades y expectativas culturalmente situadas, considerando barreras frecuentes como diferencias idiomáticas, distintas formas de expresar el malestar, expectativas divergentes sobre el tratamiento y limitaciones organizacionales, las cuales pueden afectar la continuidad del cuidado, la adherencia y la confianza en los servicios (5).

En contextos amazónicos como Ucayali, esta competencia adquiere especial importancia porque los usuarios pueden interpretar la enfermedad desde marcos culturales propios, en los que intervienen creencias, experiencias comunitarias, prácticas tradicionales, uso de plantas medicinales y explicaciones culturales del malestar, como el “susto” u otras formas locales de comprender el proceso salud-enfermedad. Estas prácticas no deben ser entendidas como obstáculos en sí mismas, sino como expresiones culturales que requieren ser reconocidas durante el encuentro clínico. Sin embargo, cuando el profesional de salud se comunica únicamente desde el enfoque biomédico, sin explorar las creencias del usuario ni negociar explicaciones comprensibles sobre el tratamiento, pueden generarse desconfianza, baja adherencia terapéutica, abandono de indicaciones médicas o preferencia exclusiva por alternativas tradicionales (10-12).

La literatura revisada sostiene que la competencia cultural se asocia con la calidad de la atención y con la experiencia del usuario: cuando los profesionales desarrollan sensibilidad y habilidades para reconocer valores, creencias y prácticas de grupos culturalmente diversos, se fortalecen los vínculos terapéuticos, mejora la comunicación clínica y tiende a incrementarse la satisfacción con los servicios de salud (6–8). De manera complementaria, se ha advertido que la ausencia de esta competencia favorece estereotipos y actitudes de imposición cultural que se traducen

en prácticas discriminatorias, barreras de acceso y menor adherencia terapéutica, reforzando inequidades en salud (12,14). En esa línea, se ha descrito que la satisfacción no depende únicamente de la resolución técnica, sino también de factores relacionales como escucha, claridad, respeto, posibilidad de expresar dudas y comprensión mutua; además, la experiencia del usuario se construye a través de múltiples interacciones con el equipo de salud, no solo con una profesión en particular (8).

Desde un punto de vista metodológico, la disponibilidad de instrumentos validados para medir competencia cultural, como la Escala de Medición de Competencia Cultural en trabajadores de salud (EMCC-14), brinda sustento científico para su evaluación en contextos específicos. Esta escala organiza la competencia cultural en tres dimensiones —sensibilidad a los propios prejuicios, conocimiento cultural y habilidades para trabajar en entornos culturalmente diversos— y ha reportado propiedades psicométricas adecuadas en el ámbito latinoamericano (15). Asimismo, la evidencia muestra que persisten necesidades formativas en competencia cultural incluso en proveedores con experiencia, lo cual refuerza su carácter transversal en el equipo sanitario y su utilidad para planificar mejoras institucionales focalizadas (9,15). En paralelo, desde la educación en ciencias de la salud se enfatiza que la interculturalidad debe integrarse de manera real en los currículos mediante experiencias prácticas guiadas y reflexión crítica, orientadas a desarrollar habilidades clínicas aplicables a escenarios interculturales (7,16).

Justificación Práctica

La elección de Yarinacocha como ámbito de estudio se sustenta en su relevancia sociocultural dentro del departamento de Ucayali, debido a la presencia significativa de población indígena u originaria, particularmente vinculada al pueblo shipibo-konibo. Según la cartilla informativa del Ministerio de Cultura del 2023, Yarinacocha es el distrito con mayor número de hablantes de shipibo-konibo, con 7720 hablantes registrados a nivel nacional, lo que refuerza la pertinencia de desarrollar el

estudio en esta jurisdicción (10). Asimismo, constituye un espacio donde la atención sanitaria se desarrolla en interacción con usuarios que pueden conservar lengua, costumbres, creencias y prácticas propias relacionadas con el cuidado de la salud. Por ello, evaluar la competencia cultural de los profesionales de salud en establecimientos del primer nivel de atención de esta jurisdicción resulta pertinente, ya que permite aproximarse a una realidad donde la comunicación clínica, la confianza y la aceptación de las indicaciones terapéuticas pueden estar influenciadas por diferencias culturales entre el modelo biomédico y las concepciones tradicionales de salud-enfermedad.

Desde la perspectiva práctica, el presente estudio permitirá generar información útil para la gestión de los servicios de salud en Ucayali y, específicamente, en el primer nivel de atención. Conocer el nivel de competencia cultural de los profesionales de la salud permitirá identificar fortalezas y brechas en dimensiones como sensibilidad, conocimiento y habilidades culturales, aportando insumos para diseñar estrategias de capacitación y actualización profesional que respondan a necesidades reales y no solo a lineamientos generales (6,15). A la vez, al analizar su relación con la satisfacción del usuario, se podrá comprender cómo la experiencia de atención —en poblaciones culturalmente diversas— se ve influenciada por la calidad comunicacional y relacional del equipo de salud, así como por el grado de reconocimiento y respeto hacia creencias y expectativas de los usuarios (7,8,14).

Adicionalmente, dado que las barreras interculturales descritas en atención primaria incluyen componentes organizacionales, como el tiempo, los apoyos institucionales y la mediación lingüística, los hallazgos podrán orientar mejoras no solo individuales sino también del servicio, tales como el fortalecimiento de apoyos para la comunicación intercultural o estrategias de articulación con el entorno comunitario cuando corresponda (5,13). Finalmente, los resultados podrán servir como evidencia para sustentar decisiones de gestión y fortalecer políticas locales de salud intercultural, contribuyendo a una atención más equitativa, humana y culturalmente pertinente (12,13).

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Brunett M. y Shingles R.R. (2018 – Estados Unidos) realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar si la competencia cultural del proveedor de salud (real o percibida por el paciente) influye en la experiencia y satisfacción del paciente con la atención recibida. El estudio correspondió a un Critically Appraised Topic (CAT), en el que se aplicó una metodología de revisión crítica de evidencia: se realizó una búsqueda en Google Scholar, PubMed y otras fuentes, y se seleccionaron estudios publicados en inglés entre 2005 y 2016 que evaluaran la perspectiva del paciente sobre la competencia cultural de su proveedor y su impacto en la satisfacción; para la inclusión se exigió que los estudios cumplieran criterios de validez mediante el instrumento CASP (preguntas 1–5 y 9 con respuesta "sí"). Tras revisar 41 resúmenes y 18 textos completos, se incluyeron 5 estudios que cumplieron los criterios establecidos. Los resultados obtenidos fueron: en conjunto, la evidencia analizada mostró que contar con un proveedor culturalmente competente (o percibido como tal) incrementa la satisfacción del paciente y mejora aspectos clave de la relación terapéutica, como mayor confianza y apertura del paciente, además de mayor disposición a seguir recomendaciones; asimismo, se reportó que compartir el idioma entre proveedor y paciente se asoció con mayor satisfacción, mientras que la falta de respeto cultural o conductas percibidas como discriminatorias empeoraron la experiencia del usuario. Finalmente, se concluyó que existe evidencia sólida para sostener que la competencia cultural del personal sanitario tiene un efecto positivo sobre la satisfacción del paciente con su atención, resaltando la pertinencia de evaluar estas competencias y su relación con la experiencia del usuario en los servicios de salud. (17)

Pedrero V., Bernales M., Chepo M., Manzi J., Pérez M. y Fernández P. (2020 – Chile) desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue validar un instrumento para medir la competencia cultural en trabajadores de salud en Chile, tomando como referencia el modelo teórico de Sue y Sue. Este estudio fue de tipo cuantitativo instrumental y contó con la participación de 483 profesionales de salud de Santiago, quienes respondieron versiones preliminares de la Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC). El proceso metodológico incluyó análisis factorial exploratorio y confirmatorio, estimación de confiabilidad y valoración de sesgo de medición. Los resultados permitieron obtener una escala final compuesta por 14 ítems distribuidos en tres dimensiones clave: sensibilidad a los propios prejuicios, conocimiento cultural y habilidades para desenvolverse en contextos culturalmente diversos, mostrando adecuadas propiedades psicométricas y ausencia de sesgos importantes entre grupos profesionales. Finalmente, se concluyó que la EMCC-14 constituye una herramienta válida y confiable para evaluar la competencia cultural en trabajadores de salud, aportando evidencia útil para orientar futuras intervenciones formativas destinadas a fortalecer estas competencias (15)

Pettersson S., Holstein J., Jirwe M., Jaarsma T. y Klompstra L. (2022 – Suecia) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue describir la competencia cultural en profesionales de salud suecos especializados en atención de diabetes que trabajan en atención primaria y examinar los factores relacionados con dicha competencia. La metodología correspondió a un estudio transversal descriptivo, realizado entre enero y julio de 2020, en el que participaron 279 profesionales de equipos de diabetes de atención primaria de las 21 regiones de Suecia (tasa de respuesta: 56%). La competencia cultural se midió mediante el Cultural Competence Assessment Instrument, versión sueca (CCAI-S), que evalúa los dominios de apertura y conciencia, apoyo en el lugar de trabajo y habilidades de interacción; además, se aplicó análisis de regresión lineal para identificar factores asociados. Los resultados obtenidos fueron: la mayoría de participantes fueron mujeres (91%), con edad media de 50 años, predominando la profesión de enfermería (74%). La competencia cultural fue desarrollada principalmente a través de la experiencia práctica (78%), seguida del autoaprendizaje (37%) y la educación básica (21%). En los dominios evaluados, se observaron mayores puntajes en apertura y conciencia (media 4,98),

seguidos de habilidades de interacción (media 4,40), y menores en apoyo en el lugar de trabajo (media 3,30); el 58% reportó alto nivel de apertura y conciencia, el 35% alto nivel en habilidades de interacción y solo el 6% alto nivel de apoyo institucional. Asimismo, el 56% indicó no recibir retroalimentación de supervisores para mejorar sus habilidades culturales. En el análisis de factores asociados, la edad y los años de experiencia no mostraron relación significativa con los dominios; en contraste, un mayor porcentaje de pacientes migrantes y la forma de adquisición de la competencia cultural se asociaron positivamente con apertura, conciencia y apoyo laboral. Finalmente, se concluyó que, aunque los profesionales perciben adecuada apertura y conciencia cultural, existe una limitada provisión de apoyo institucional, por lo que se recomienda fortalecer estrategias formativas y organizacionales para consolidar la competencia cultural en la atención primaria de pacientes con diabetes (18).

Schenk L., Sonntag P-T., Beck P., Khan Z., Peppler L. y Schouler-Ocak M. (2022 – Alemania) realizaron una investigación cuyo objetivo fue explorar los factores que favorecen o inhiben la competencia cultural del personal sanitario en el ámbito hospitalario, considerando variables tanto organizacionales como individuales. El estudio tuvo un diseño cuantitativo transversal mediante una encuesta en línea tipo censo realizada entre mayo y noviembre de 2018 en 22 hospitales de Alemania pertenecientes a dos organizaciones. Participaron 800 profesionales (557 de enfermería y 243 médicos), a quienes se les aplicó la Short Form Cultural Intelligence Scale (SFCQ) para medir competencia cultural y se evaluó su relación con factores del personal y del entorno institucional mediante pruebas bivariadas (t de Student, ANOVA, correlaciones de Pearson y Spearman) y regresión lineal múltiple con tres modelos (organizacional, individual y combinado). Los resultados obtenidos fueron: el puntaje promedio de competencia cultural fue 3.49 (rango 1.3–5.0); en los análisis multivariados, aunque inicialmente se observaron asociaciones con variables organizacionales, el modelo combinado mostró que los predictores estadísticamente relevantes fueron principalmente individuales. Entre los factores positivos se halló la importancia que el personal asigna a la competencia cultural en su contexto profesional (B≈0.368; IC95% 0.307–0.429), la participación en capacitación/“coaching” (B≈0.193; IC95% 0.112–0.276) y tener antecedente migratorio (sobre todo “en ambos lados”) (B≈0.175; IC95% 0.074–0.278). En contraste, la mayor duración de la carrera profesional

se asoció de manera negativa con la competencia cultural (B≈-0.004 por año; IC95% -0.007 a -0.001). Asimismo, el modelo organizacional explicó una proporción pequeña de la variabilidad (R^2≈0.039), mientras que los modelos con variables individuales explicaron alrededor de un tercio (R^2≈0.307–0.308). Finalmente, se concluyó que el desarrollo y práctica de la competencia cultural parece depender menos de las características organizacionales y más de los recursos individuales del personal; no obstante, se requiere que las instituciones refuercen estructuras y estrategias (incluyendo incentivos y promoción de capacitación) para sostener una atención culturalmente competente y contribuir a una mejor calidad y satisfacción en contextos de diversidad sociocultural (19).

Agrazal García J., McLaughlin de Anderson M. y Gordón de Isaacs L. (2022 – Panamá) realizaron una investigación cuyo objetivo fue identificar las evidencias científicas sobre los beneficios del cuidado de enfermería con congruencia cultural en el bienestar y la satisfacción del paciente, en el contexto de una sociedad global caracterizada por la diversidad cultural. La metodología correspondió a una revisión sistemática integrativa, que incluyó estudios originales publicados entre los años 2000 y 2019 en español e inglés, seleccionados a partir de una búsqueda en siete bases de datos (SciELO, LILACS, EBSCO Host, Dialnet, DOAJ, Redalyc y PubMed); en total, se analizaron 14 estudios que cumplían con los criterios de inclusión y fueron evaluados mediante lectura crítica y análisis de contenido. Los resultados obtenidos fueron: los cuidados de enfermería con congruencia cultural se asociaron a mejoras significativas en el bienestar y la satisfacción del paciente, evidenciándose una relación enfermera-paciente más efectiva, mayor aceptación de las recomendaciones de salud y una percepción más positiva del cuidado recibido; además, se observaron beneficios en diversos grupos poblacionales, como adultos mayores, cuidadores familiares, madres lactantes, escolares, adolescentes y pacientes con enfermedades crónicas, así como en la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión, y en la mejora de la calidad de vida. Finalmente, se concluyó que el cuidado de enfermería con congruencia cultural constituye un componente esencial para brindar una atención humanizada y culturalmente pertinente, y que el fortalecimiento de la competencia cultural del personal de salud es indispensable para incrementar la satisfacción del paciente y responder adecuadamente a las demandas de poblaciones culturalmente diversas (20).

Vandecasteele R., Robijn L., Stevens P.A.J., Willems S. y De Maesschalck S. (2024 – Bélgica) realizaron una investigación cuyo objetivo fue explorar las percepciones de los médicos generales sobre la atención culturalmente sensible, así como sus intenciones, disposición y responsabilidades percibidas para adaptar la atención a las necesidades culturales de los pacientes en el primer nivel de atención. La metodología correspondió a un estudio cualitativo con enfoque constructivista, en el que se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas a 21 médicos generales de la región de Flandes, Bélgica, seleccionados mediante muestreo intencional; los datos fueron analizados mediante análisis de contenido cualitativo, alcanzándose una alta concordancia entre codificadores. Los resultados obtenidos fueron: la atención culturalmente sensible fue concebida como un proceso dinámico y multifacético, que se inicia con la exploración de las preferencias y necesidades culturales del paciente; dicho proceso estuvo condicionado por dos factores principales, las expectativas culturales de los pacientes y las responsabilidades que los médicos se atribuyen a sí mismos. A partir de ello, se identificaron tres formas de respuesta clínica: adaptación completa a las necesidades culturales, negociación y compromiso, o una postura paternalista en la que se espera que el paciente se adapte a los valores del profesional. Asimismo, se describieron tres tipologías de médicos: genuinamente culturalmente sensibles, culturalmente sensibles a nivel superficial y aquellos que perciben la diversidad cultural como una amenaza. Se evidenció que la empatía, la curiosidad cultural, la reflexión crítica y la apertura hacia la diversidad se asociaron con una mejor relación médico-paciente, mayor confianza y satisfacción percibida del paciente, mientras que el uso de estereotipos y la resistencia cultural se vincularon con barreras en la atención. Finalmente, se concluyó que la atención culturalmente sensible es un componente esencial para una atención primaria equitativa y centrada en la persona, destacándose la necesidad de fortalecer la competencia cultural de los médicos generales para mejorar la calidad percibida de la atención y la satisfacción de los pacientes en contextos culturalmente diversos (21).

2.1.2. Antecedentes nacionales

León R.P. y Chávarry P. del R. (2019 – Cajamarca) realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar las competencias interculturales del personal obstetra de la Red II Cajamarca, 2016. La metodología correspondió a un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en el que se aplicó el instrumento elaborado por Fernández (2015) a una muestra de 104 obstetras que laboraban en establecimientos de salud de nivel I y II, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple; la variable "competencias interculturales" se evaluó en tres dimensiones (cognitiva, comportamental y afectiva/sensibilidad intercultural), incluyendo subdimensiones específicas y supuestos prácticos para la dimensión comportamental. Los resultados obtenidos fueron: en la dimensión cognitiva destacaron mayores porcentajes en habilidades interculturales (70,2%), encuentro intercultural (67,3%) y conocimiento intercultural (58,6%), seguidos de motivación (56,7%) y conciencia intercultural (54,8%). En la dimensión comportamental, los subdimensiones con mayor desempeño fueron habilidad para establecer relaciones (78,8%) y resolución de conflictos (77,9%), mientras que se evidenciaron debilidades marcadas en empatía (33,7%), tolerancia a la ambigüedad (21,2%), conocer otras culturas (23,1%) y, especialmente, en la habilidad para no enjuiciar (5,8%). En la dimensión afectiva (sensibilidad intercultural), las medias más altas se observaron en atención (3,88), implicancia (3,66) y confianza (3,57), con medias menores en respeto (2,60) y disfrute (2,27). Finalmente, se concluyó que el personal obstetra presentó niveles de competencia consciente en la dimensión cognitiva, nivel medio en la dimensión afectiva y nivel bajo en la dimensión comportamental, resaltándose la necesidad de fortalecer competencias interculturales—en especial las vinculadas a actitudes y conducta clínica—para mejorar la atención en contextos culturalmente diversos (22).

Abanto M. (2021 – Cusco) realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar el nivel de pertinencia cultural e interculturalidad en salud del personal sanitario en la atención primaria de salud de la Microred Livitaca (Cusco), 2018. La metodología correspondió a un estudio descriptivo transversal, basado en encuesta, aplicado a 36 trabajadores de salud de la Microred Livitaca, a quienes se les administró una

ficha/cuestionario para valorar dimensiones vinculadas a conocimiento y experiencia en interculturalidad, complementariedad de la medicina tradicional, disposición hacia tratamientos tradicionales y capacidad para promover una concepción práctica de la interculturalidad en salud. Los resultados obtenidos fueron: en conocimiento y experiencia en interculturalidad en salud, el 54% presentó un nivel limitado, el 24% deficiente y el 22% adecuado. En la percepción de la complementariedad de la medicina tradicional, el 51% evidenció una percepción deficiente, el 31% limitada y el 18% adecuada. Respecto a la disposición hacia la valoración de tratamientos tradicionales, el 37% mostró una disposición adecuada, el 35% deficiente y el 28% limitada. Asimismo, en la capacidad de promover una concepción práctica de la interculturalidad en salud, el 40,28% presentó capacidad limitada, el 33,33% deficiente y el 26,39% adecuada. Finalmente, se concluyó que el nivel de pertinencia cultural e interculturalidad en salud del personal de la Microred Livitaca fue limitado, atribuyéndose a brechas formativas y a dificultades para sostener un trabajo intercultural continuo, especialmente por la alta rotación del personal (SERUMS), lo que respalda la necesidad de fortalecer la formación y capacitación en interculturalidad en el primer nivel de atención (23).

Chávez (2022 – Huánuco) realizó una investigación cuyo objetivo fue evaluar las competencias interculturales en el profesional de salud serumista con un servicio igual o mayor a 6 meses, en tres distritos de la provincia de Puerto Inca, región Huánuco. La metodología correspondió a un estudio de enfoque mixto (cuantitativo–cualitativo), de tipo descriptivo y exploratorio, cuya población estuvo conformada por 24 profesionales serumistas bajo modalidad remunerada pertenecientes a los distritos de Codo de Pozuzo, Puerto Inca y Yuyapichis; para el componente cuantitativo se aplicó una encuesta a 19 participantes, y los resultados se procesaron mediante tablas de frecuencia y gráficos, reportándose una alta confiabilidad del instrumento (alfa de Cronbach = 0,938). Los resultados obtenidos fueron: respecto al conocimiento del enfoque intercultural estipulado por el MINSA, el 37% respondió “siempre”, el 26% “casi siempre”, el 16% “algunas veces” y el 21% “nunca”, lo que evidencia que, aunque existe aceptación del enfoque, persiste un grupo relevante que no lo incorpora como parte del trabajo cotidiano. En relación con la cosmovisión de salud, solo el 11% señaló “siempre”, mientras que la mayoría se ubicó entre

“casi siempre” (32%), “algunas veces” (32%) y “nunca” (26%), indicando dudas y limitaciones para integrar este componente en la atención en contextos indígenas. Asimismo, sobre la importancia de las prácticas de medicina tradicional para la comunidad indígena, el 68% respondió “siempre” y el 26% “casi siempre”, mostrando una valoración alta de dichas prácticas por parte de los serumistas. Finalmente, se concluyó que los profesionales serumistas evaluados presentan fortalezas en la valoración de la medicina tradicional, pero mantienen brechas en conocimientos y comprensión de elementos clave del enfoque intercultural (como la cosmovisión de salud y la incorporación sistemática de lo normado por el MINSA), lo que sustenta la necesidad de fortalecer la formación y capacitación intercultural para optimizar la atención en escenarios culturalmente diversos (24)

Huamán F. (2022 – Lima) realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la influencia de la competencia cultural de la enfermera(o) en la calidad del cuidado percibido por la persona usuaria de quimioterapia en un centro oncológico especializado en Lima. La metodología correspondió a un estudio descriptivo–explicativo, con diseño no experimental, realizado con una muestra de 15 enfermeras(os) y 120 pacientes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico de tipo intencional; la información se obtuvo mediante la aplicación de escalas validadas y confiables. Los resultados obtenidos fueron: más del 75% de las enfermeras(os) alcanzó un nivel medio de conocimiento cultural, seguido de la habilidad cultural, mientras que la sensibilidad cultural evidenció el valor más bajo. En cuanto a la variable dependiente, las dimensiones de la calidad del cuidado percibido por los usuarios —apertura a la comunicación, cualidades del hacer y disposición para la atención— evidenciaron valores entre 91% y 94%. Estadísticamente, no se halló asociación entre la competencia cultural y la calidad del cuidado percibido, tanto a nivel global como por dimensiones, reportándose Rho = -0,076 y p = 0,789. Finalmente, se concluyó que no existe influencia de la competencia cultural de la enfermera(o) en la calidad del cuidado percibida por el usuario de quimioterapia; sin embargo, se enfatizó la necesidad de reforzar la competencia cultural del profesional de enfermería por tratarse de un centro de referencia nacional que atiende a una población diversa (25).

Márquez Carreño J.C. y Puente Hospina C.D. (2022 – Lima) realizaron una investigación cuyo objetivo fue sintetizar la evidencia científica disponible sobre las competencias del personal sanitario en la atención primaria de salud (APS renovada) para el abordaje de poblaciones indígenas, considerando tanto la perspectiva del personal de salud como la de las propias comunidades indígenas. La metodología correspondió a una revisión sistemática cualitativa, en la que se incluyeron estudios primarios cualitativos y mixtos publicados entre los años 2005 y 2022, identificados mediante una búsqueda exhaustiva en bases de datos internacionales como Ovid MEDLINE, EBSCO, ProQuest, Scopus, LILACS, PubMed y SciELO; finalmente, se analizaron 24 estudios, cuyos hallazgos fueron sintetizados mediante síntesis temática, y cuya calidad y confianza se evaluaron utilizando el enfoque GRADE-CERQual. Los resultados obtenidos fueron: se identificaron competencias clave del personal sanitario agrupadas en conocimientos, habilidades y actitudes. En el ámbito de los conocimientos, se evidenció una formación cultural insuficiente y superficial, así como la subestimación del contexto histórico y sociocultural de las comunidades indígenas. En cuanto a las habilidades, se destacaron como barreras relevantes el idioma, la falta de adaptación del lenguaje, el tiempo limitado de consulta y las restricciones institucionales; mientras que las habilidades comunicativas culturalmente adaptadas, la continuidad de la atención y el trabajo conjunto con agentes comunitarios favorecieron la relación terapéutica. Respecto a las actitudes, se identificó que el respeto, la empatía, la apertura al aprendizaje cultural y la reducción de estereotipos fueron elementos fundamentales para generar confianza, aceptación del servicio y una mejor experiencia de atención por parte de la población indígena. Finalmente, se concluyó que el fortalecimiento de las competencias culturales del personal sanitario constituye un componente esencial de la APS renovada, ya que permite una atención más aceptada, respetuosa y pertinente para las comunidades indígenas, resaltándose la necesidad de incorporar estas competencias en la formación y capacitación continua del personal de salud para mejorar la calidad percibida de la atención en contextos culturalmente diversos (26).

Izquierdo Hernández M.E. (2025 – Lima) realizó una investigación cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre la competencia intercultural de los médicos, percibida por

usuarios afrodescendientes, y el nivel de satisfacción con la calidad de atención en establecimientos de salud de atención primaria de Lima Metropolitana y Callao. La metodología correspondió a un estudio observacional analítico de corte transversal, en el que participaron usuarios autoidentificados como afrodescendientes que acudieron a consulta externa en establecimientos de atención primaria; para la medición de la variable independiente se utilizó la Escala de Competencia Cultural Percibida, mientras que la satisfacción con la calidad de atención fue evaluada mediante el instrumento SERVQUAL. El análisis estadístico incluyó un análisis bivariado y un modelo lineal generalizado de la familia Poisson con función de enlace logarítmica y varianzas robustas para la evaluación del desenlace secundario. Los resultados obtenidos fueron: el 97,9% de los usuarios se mostró insatisfecho con la calidad de atención global de los establecimientos de atención primaria; no se encontró asociación estadísticamente significativa entre la competencia intercultural de los médicos y la satisfacción global con la calidad de atención del establecimiento. No obstante, sí se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la competencia intercultural del médico y la satisfacción del usuario con la atención recibida directamente por el profesional, lo que resalta la importancia de la relación médico-paciente como espacio clave de interacción intercultural. Finalmente, se concluyó que, si bien factores estructurales y organizacionales del sistema de salud influyen de manera predominante en la satisfacción global de los usuarios, la competencia intercultural del médico desempeña un rol relevante en la experiencia de atención percibida por el usuario, especialmente en poblaciones culturalmente diversas como la afrodescendiente, lo que refuerza la necesidad de fortalecer dichas competencias en el primer nivel de atención (27).

2.1.3. Antecedentes locales

No se identificaron antecedentes locales directamente relacionados con la competencia cultural y la satisfacción del usuario en establecimientos del primer nivel de atención en Yarinacocha o Ucayali.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Diversidad cultural en salud

La diversidad cultural constituye un eje fundamental para comprender los desafíos que enfrentan los sistemas de salud contemporáneos, especialmente en países caracterizados por una marcada heterogeneidad social y étnica como el Perú. Esta diversidad se manifiesta en múltiples dimensiones, entre ellas el idioma, las cosmovisiones sobre el cuerpo y la enfermedad, las prácticas tradicionales de cuidado, las formas de organización social y las identidades culturales presentes en el territorio nacional (28). Estas diferencias no solo configuran la manera en que las personas interpretan el proceso salud–enfermedad, sino también la forma en que se relacionan con los servicios sanitarios y con los profesionales que los atienden.

En el ámbito sanitario, la falta de reconocimiento de esta diversidad cultural puede generar desencuentros entre el personal de salud y los usuarios, dificultando la comunicación clínica, la comprensión de síntomas y la aceptación de indicaciones terapéuticas (12). Diversos estudios señalan que cuando los profesionales desconocen los marcos culturales de los pacientes, se incrementa la probabilidad de experiencias negativas de atención, percepciones de trato desigual y sentimientos de discriminación, lo cual impacta directamente en la confianza y en la continuidad del cuidado (28).

En contextos como el peruano, donde coexisten poblaciones indígenas, comunidades amazónicas, migrantes internos y urbanos, la diversidad cultural se convierte en un determinante social clave de la salud. La evidencia muestra que una proporción significativa de la población ha experimentado discriminación asociada al idioma, vestimenta u origen étnico, situación que también se reproduce en los servicios de salud cuando no se cuenta con enfoques culturalmente sensibles (29). Por ello, reconocer la diversidad cultural no solo implica aceptar diferencias, sino comprender su impacto en las relaciones de atención y en la equidad del sistema sanitario.

2.2.2. Enfoque intercultural en salud

El enfoque intercultural en salud surge como una respuesta crítica frente a las limitaciones de los modelos biomédicos tradicionales, los cuales suelen asumir una visión homogénea del proceso salud–enfermedad. Desde esta perspectiva, la interculturalidad reconoce que dicho proceso está profundamente influenciado por construcciones culturales, sociales e históricas, y que la atención sanitaria ocurre en un espacio de encuentro entre saberes distintos (28).

A diferencia del enfoque multicultural —que se limita a la coexistencia de diversas culturas—, la interculturalidad enfatiza la interacción, el diálogo y el reconocimiento mutuo entre el sistema de salud y las poblaciones usuarias (30). En este sentido, la atención intercultural implica que los profesionales de la salud desarrollen la capacidad de dialogar con los saberes locales, comprender las prácticas tradicionales y negociar planes de cuidado respetuosos de las creencias y valores del paciente.

Asimismo, el enfoque intercultural plantea un componente ético fundamental: el reconocimiento de la otredad y la dignidad del usuario como sujeto activo del proceso de atención (14). Este enfoque no busca reemplazar el conocimiento biomédico, sino integrarlo de manera crítica con otros sistemas de conocimiento, favoreciendo una atención más humana, equitativa y pertinente, especialmente en contextos de diversidad cultural.

2.2.3. Atención primaria en contextos culturalmente diversos

La atención primaria de salud (APS) representa el principal punto de contacto entre la población y el sistema sanitario, concentrando la mayoría de interacciones cotidianas entre profesionales y usuarios. En escenarios culturalmente diversos, la APS adquiere un rol estratégico para reducir brechas de acceso, promover la continuidad del cuidado y fortalecer la relación entre el Estado y las comunidades (12).

En este nivel de atención, médicos, enfermeros y obstetras enfrentan de manera directa las diferencias culturales, lingüísticas y sociales de la población usuaria. Sin embargo, la literatura evidencia que la formación de los profesionales de la salud aún presenta limitaciones para incorporar de forma sistemática el enfoque intercultural, lo que genera dificultades en la comunicación clínica, la comprensión mutua y la adecuación de las intervenciones (28).

Estas limitaciones se acentúan en regiones como Ucayali, donde conviven diversos pueblos originarios amazónicos con marcos culturales propios. En dichos contextos, la ausencia de estrategias interculturales en la APS puede traducirse en desconfianza hacia los servicios, baja adherencia a los tratamientos y percepciones negativas de la atención recibida (31). Por ello, fortalecer competencias culturales en el primer nivel se considera una condición necesaria para mejorar la calidad percibida de la atención.

2.2.4. Competencia cultural en los servicios de salud

2.2.4.1. Conceptualización de la competencia cultural en salud

La competencia cultural es un constructo dinámico que describe la capacidad del profesional de la salud para brindar una atención congruente con los valores, creencias y prácticas culturales del paciente. Esta competencia no se limita al conocimiento de características culturales generales, sino que implica un proceso continuo de autorreflexión, reconocimiento de prejuicios, sensibilidad frente a las diferencias y disposición al aprendizaje intercultural (28).

Desde una perspectiva práctica, la competencia cultural se expresa en la capacidad del profesional para observar, escuchar y formular preguntas pertinentes que permitan comprender el contexto sociocultural del usuario, evitando estereotipos y juicios anticipados (30). En este sentido, la atención culturalmente competente se construye en el encuentro clínico, a partir de la interacción entre el marco cultural del profesional y el del paciente.

Adicionalmente, diversos autores resaltan que la competencia cultural tiene una dimensión ética, ya que se vincula con el respeto a la dignidad humana, la justicia social y la reducción de desigualdades en salud (14). Así, desarrollar competencia cultural no solo mejora la comunicación clínica, sino que contribuye a una atención más equitativa y centrada en la persona.

2.2.4.2. Dimensiones de la competencia cultural

La literatura científica reconoce que la competencia cultural se organiza en dimensiones interrelacionadas que permiten su análisis y medición. En el ámbito sanitario, estas dimensiones suelen agruparse en sensibilidad cultural, conocimiento cultural y habilidades culturales, modelo que resulta coherente con instrumentos ampliamente utilizados en investigación (28).

La sensibilidad cultural se relaciona con la apertura, el respeto y la capacidad del profesional para reconocer sus propios prejuicios y actitudes frente a la diversidad. El conocimiento cultural implica comprender las creencias, prácticas tradicionales y determinantes socioculturales que influyen en la salud y la enfermedad. Por su parte, las habilidades culturales se reflejan en la capacidad de adaptar la comunicación, negociar decisiones terapéuticas y establecer relaciones de confianza con los usuarios (12).

Estas dimensiones no operan de manera aislada, sino que se potencian mutuamente, permitiendo una atención más pertinente y efectiva en contextos culturalmente diversos (30).

2.2.4.3. Factores que influyen en el desarrollo de la competencia cultural

El desarrollo de la competencia cultural depende de múltiples factores individuales, formativos e institucionales. La formación universitaria y la educación continua desempeñan un rol central, ya que permiten al profesional reflexionar

sobre sus actitudes, identificar fuentes de desigualdad y adquirir herramientas para la interacción intercultural (28).

Asimismo, la experiencia clínica en contextos culturalmente diversos favorece la adquisición de habilidades prácticas, mientras que las instituciones que promueven políticas interculturales, capacitación permanente y mediación lingüística fortalecen el desarrollo de estas competencias (31). Cuando estos factores están ausentes, se incrementan las barreras de comunicación, se reproducen estereotipos y se deteriora la experiencia de atención del usuario (14).

2.2.4.4. Competencia cultural en el primer nivel de atención

En el primer nivel de atención, la competencia cultural adquiere una relevancia particular debido a que es allí donde se establecen los primeros vínculos entre el usuario y el sistema de salud. La evidencia señala que los profesionales culturalmente competentes logran mejores niveles de comunicación, generan mayor confianza y favorecen la continuidad del cuidado (31).

En regiones con alta diversidad cultural, la ausencia de competencia cultural puede traducirse en percepciones de trato discriminatorio, desconfianza hacia los servicios y baja satisfacción del usuario. Por ello, evaluar esta variable en profesionales de salud del primer nivel —médicos, enfermería y obstetricia— resulta fundamental para comprender cómo se configuran los encuentros clínicos y cómo estos influyen en la experiencia de atención (12).

2.2.5. Satisfacción del usuario en los servicios de salud

2.2.5.1. Concepto de satisfacción del usuario

La satisfacción del usuario es un constructo central en la evaluación de los servicios de salud y se refiere al grado en que las personas valoran positivamente

la atención recibida en función de sus expectativas, necesidades y experiencias previas. Este concepto no se limita a una evaluación puntual del acto clínico, sino que integra una apreciación global del proceso de atención, incluyendo elementos técnicos, relacionales, organizacionales y contextuales. En la literatura contemporánea, la satisfacción es entendida como una respuesta subjetiva que emerge de la comparación entre lo esperado y lo vivido durante la interacción con los servicios de salud, lo que explica su variabilidad según contextos sociales, culturales y organizacionales (32, 33).

Diversos autores coinciden en que la satisfacción del usuario no constituye una medida directa de la calidad técnica objetiva, sino una valoración basada en la percepción del usuario respecto a la atención recibida. En ese sentido, la satisfacción expresa el punto de vista del usuario como receptor del servicio y se configura como un resultado del proceso de atención, influido por factores emocionales, cognitivos y relacionales. Esta característica la convierte en un indicador relevante para evaluar los servicios de salud desde un enfoque centrado en la persona (34, 35).

2.2.5.2. Determinantes de la satisfacción del usuario

La satisfacción del usuario es un fenómeno multidimensional determinado por diversos factores interrelacionados. Entre los determinantes más relevantes se encuentran la comunicación entre el profesional de salud y el usuario, el trato interpersonal, la percepción de competencia del profesional, la accesibilidad a los servicios, el tiempo dedicado durante la atención, los costos asociados y las condiciones organizacionales del establecimiento. Estos factores actúan de manera conjunta y configuran la experiencia global del usuario durante su contacto con el sistema de salud (32, 33).

En particular, la comunicación y el trato interpersonal han sido identificados como determinantes centrales de la satisfacción, ya que influyen directamente en

la comprensión del proceso de atención, la confianza y la percepción de respeto. Asimismo, factores como los tiempos de espera, la disponibilidad de los servicios y los costos indirectos pueden afectar negativamente la satisfacción, especialmente en contextos de atención primaria donde los recursos suelen ser limitados (36, 37).

2.2.5.3. Satisfacción del usuario en el primer nivel de atención

El primer nivel de atención constituye el principal punto de contacto entre la población y el sistema de salud, por lo que la satisfacción del usuario en este nivel adquiere una relevancia estratégica. La evidencia señala que en el primer nivel la satisfacción está fuertemente influida por la accesibilidad geográfica y económica, la continuidad del cuidado, la capacidad resolutiva percibida y la calidad de la interacción entre los profesionales de salud y los usuarios (36, 38).

En contextos culturalmente diversos, como los existentes en varias regiones del país, la satisfacción del usuario se ve además condicionada por la capacidad del personal de salud para reconocer y respetar las creencias, prácticas y valores de la población atendida. La falta de adecuación cultural, las barreras lingüísticas y las diferencias en la concepción del proceso salud-enfermedad pueden afectar negativamente la experiencia del usuario y, por ende, su nivel de satisfacción con la atención recibida (33, 37).

2.2.5.4. Dimensionalidad de la satisfacción del usuario

La satisfacción del usuario es reconocida como un constructo multidimensional, lo que implica que no puede ser comprendida ni evaluada a través de un único aspecto del servicio. Esta multidimensionalidad ha dado lugar al desarrollo de instrumentos que evalúan distintos componentes de la atención desde la perspectiva del usuario. Uno de los modelos más utilizados es el propuesto por Ware y colaboradores, que sustenta el desarrollo del Patient Satisfaction

Questionnaire-18 (PSQ-18), el cual contempla siete dimensiones que permiten una evaluación integral de la satisfacción (34, 39).

La utilización de estas dimensiones posibilita analizar de manera diferenciada los diversos aspectos que configuran la experiencia del usuario, reconociendo que cada uno contribuye de forma específica a la satisfacción global. Asimismo, la evidencia demuestra que estas dimensiones pueden adaptarse conceptualmente a distintos contextos y niveles de atención, manteniendo su validez como marco teórico para el estudio de la satisfacción del usuario (33, 34).

2.2.5.5. Dimensiones de la satisfacción del usuario según el PSQ-18

La satisfacción general representa la valoración global que el usuario realiza sobre la atención recibida y sintetiza su percepción global del servicio. Esta dimensión integra la experiencia acumulada durante el proceso de atención y refleja el grado de conformidad del usuario con el desempeño general del establecimiento y del personal de salud (32, 39).

La calidad técnica, entendida desde la percepción del usuario, se refiere a la confianza que este deposita en la capacidad y competencia del profesional de salud. Si bien el usuario no evalúa directamente los aspectos técnicos clínicos, sí construye una percepción basada en la seguridad transmitida, la claridad de las explicaciones y la coherencia del proceso de atención (33, 34).

La comunicación evalúa la claridad, oportunidad y comprensibilidad de la información brindada por los profesionales de salud. Una comunicación adecuada favorece la comprensión del diagnóstico y tratamiento, fortalece la relación profesional-usuario y se asocia de manera consistente con mayores niveles de satisfacción en el primer nivel de atención (32, 37).

El trato interpersonal comprende el respeto, la empatía, la cortesía y la consideración demostrada por el personal de salud durante la atención. Esta dimensión es especialmente relevante en contextos de atención primaria, donde la interacción cercana y continua influye de manera significativa en la percepción del usuario y en su disposición a continuar utilizando los servicios (36, 39).

La accesibilidad y conveniencia se relaciona con la facilidad para acceder a los servicios de salud, incluyendo horarios de atención, ubicación del establecimiento y tiempos de espera. Las dificultades en estos aspectos pueden generar insatisfacción, aun cuando otros componentes de la atención sean valorados positivamente (36, 38).

Los aspectos financieros hacen referencia a la percepción del usuario sobre los costos asociados a la atención, incluidos los gastos directos e indirectos. En sistemas de salud donde la atención primaria busca garantizar la equidad, esta dimensión resulta relevante para comprender cómo los costos influyen en la satisfacción y en la continuidad del uso de los servicios (33, 35).

Finalmente, el tiempo dedicado por el profesional se vincula con la percepción del usuario sobre la disponibilidad, escucha y dedicación durante la consulta. Más que la duración objetiva, esta dimensión refleja la sensación de ser atendido sin prisa y con interés genuino, lo cual se asocia positivamente con la satisfacción global del usuario (32, 39).

2.2.6. Relación entre la competencia cultural y la satisfacción del usuario

La evidencia reciente sugiere que la competencia cultural de los profesionales de la salud se asocia con una mejor experiencia de atención y, en consecuencia, con mayores niveles de satisfacción del usuario, especialmente en contextos de diversidad cultural. Esta relación se explica, principalmente, por mecanismos comunicacionales y relacionales: cuando el profesional reconoce y gestiona sesgos, muestra apertura ante la diferencia,

comprende marcos socioculturales del usuario y desarrolla habilidades de interacción respetuosa, es más probable que se establezcan encuentros clínicos claros, empáticos y centrados en la persona, fortaleciendo la confianza y la valoración del servicio. (34, 36)

En este marco, la satisfacción del usuario no depende únicamente de la resolución técnica del problema de salud, sino también de componentes percibidos durante el proceso de atención, como la escucha activa, la claridad de las explicaciones, el trato digno y la posibilidad de expresar dudas, preocupaciones o creencias. La comunicación efectiva del equipo de salud actúa como un puente clave entre la competencia cultural y la satisfacción: una comunicación que considera el contexto sociocultural del usuario reduce malentendidos, mejora la comprensión del plan terapéutico y refuerza la confianza, elementos que influyen de manera importante en la evaluación global del servicio. (28, 33)

En el primer nivel de atención, además, se reconoce que la competencia cultural no depende solo del desempeño individual del profesional, sino también de condiciones organizacionales que pueden facilitar u obstaculizar su aplicación en la práctica cotidiana. Factores como el tiempo disponible para la consulta, el apoyo institucional, la disponibilidad de recursos para mediación lingüística o estrategias de comunicación intercultural influyen en la continuidad del cuidado y en la percepción del servicio. Cuando estas condiciones son insuficientes, pueden persistir barreras que deterioran la experiencia del usuario incluso si existe buena disposición del personal. (29, 39)

De forma complementaria, desde una perspectiva ética intercultural, se advierte que prácticas centradas en un modelo monocultural pueden favorecer experiencias percibidas como paternalistas o poco respetuosas, lo que afecta negativamente la satisfacción y la confianza en los servicios. En ese sentido, fortalecer la competencia cultural se vincula con el respeto, el trato digno, la equidad y la legitimidad social de la atención, particularmente en poblaciones históricamente expuestas a barreras culturales y de comunicación (31, 34).

2.3. Definición de términos básicos

La competencia cultural se entiende como la capacidad de los profesionales de la salud para brindar una atención coherente con los valores, creencias y prácticas socioculturales de los usuarios. Este concepto integra procesos de autoconciencia sobre prejuicios, adquisición de conocimientos culturales y desarrollo de habilidades comunicativas que permiten establecer relaciones terapéuticas respetuosas y eficaces. Se concibe como un proceso dinámico y continuo que exige reflexión permanente, sensibilidad hacia la diversidad y adaptación de las intervenciones clínicas a las necesidades culturales de cada usuario (13,15).

La satisfacción del usuario se refiere a la valoración subjetiva que las personas realizan sobre la atención recibida, a partir de su experiencia durante el proceso de atención en los servicios de salud. Esta valoración incorpora aspectos como el trato interpersonal, la claridad de la información, la accesibilidad, los tiempos de espera, la confianza en el profesional y la pertinencia cultural del servicio. La satisfacción surge de la comparación entre las expectativas previas del usuario y la experiencia real de atención, por lo que constituye un indicador relevante para comprender la calidad percibida en el primer nivel de atención y su influencia en la continuidad del cuidado (33, 39).

El primer nivel de atención se define como el conjunto de servicios que constituyen la puerta de entrada al sistema de salud y que se orientan a la promoción, prevención, diagnóstico temprano, resolución de problemas prevalentes y coordinación del cuidado. Su cercanía y contacto continuo con la comunidad lo convierten en un espacio estratégico para garantizar la pertinencia cultural de la atención y reducir brechas en regiones diversas como Ucayali, donde convergen múltiples identidades, lenguas y prácticas culturales (4,9,11).

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

- Ha: Existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Ho: No existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- Ha1: Existe relación entre el nivel de sensibilidad cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Ho1: No existe relación entre el nivel de sensibilidad cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Ha2: Existe relación entre el nivel de conocimiento cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Ho2: No existe relación entre el nivel de conocimiento cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Ha3: Existe relación entre el nivel de habilidades culturales de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Ho3: No existe relación entre el nivel de habilidades culturales de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.

- Ha4: Existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión comunicación de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Ho4: No existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión comunicación de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Ha5: Existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión trato interpersonal de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Ho5: No existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión trato interpersonal de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Ha6: Existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión tiempo dedicado por el profesional de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.
- Ho6: No existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión tiempo dedicado por el profesional de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.

2.5. Variables

- **Variable independiente:** Competencia cultural de los profesionales de la salud
- **Variable dependiente:** Satisfacción del usuario.
- **Variable de caracterización de los profesionales de la salud:** Edad, sexo, tipo de profesión, tipo de vínculo laboral, tiempo de servicio en el primer nivel de atención, establecimiento donde labora, procedencia, contacto con comunidades nativas o indígenas y dominio de una lengua adicional al español.

- **Variable de caracterización de los usuarios:** Edad, sexo, establecimiento de atención, pertenencia a comunidad nativa, profesión del profesional que atendió al usuario, lengua utilizada durante la atención y procedencia.

2.6. Operacionalización de variables

Tabla N°01: Operacionalización de variable Competencia cultural de los profesionales de la salud

Variable Independiente	Tipo	Operacionalización	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Unidad de medida
Competencia cultural de los profesionales de la salud	Cuantitativa discreta – puntaje compuesto	Puntaje compuesto obtenido mediante la aplicación de la Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14) a los profesionales de la salud. El instrumento consta de 14 ítems con escala tipo Likert de cinco alternativas de respuesta. Los puntajes totales y por dimensiones se calcularon mediante la suma de los ítems correspondientes y fueron transformados a una escala estandarizada de 0 a 100 puntos, donde una mayor puntuación representa una mayor competencia cultural.	Sensibilidad cultural	1. Creo que pacientes con diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud. 2. Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud. 3. Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales. 4. Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego.	De intervalo	Puntos en una escala estandarizada a de 0 a 100
			Conocimiento cultural	5. Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud. 6. Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayuda a plantear un tratamiento más adecuado. 7. Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad. 8. Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres).		
			Habilidades culturales	9. Les pido al paciente y a su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud. 10. Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes. 11. Soy capaz de establecer metas y/o objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades. 12. Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidos en la valoración del paciente. 13. Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural. 14. Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo.		

Nota. Los ítems del instrumento fueron medidos mediante una escala tipo Likert ordinal de cinco alternativas de respuesta. Para el procesamiento estadístico, se calcularon puntajes compuestos totales y por dimensiones, los cuales fueron transformados a una escala estandarizada de 0 a 100 puntos y tratados operativamente como medidas de intervalo.

Tabla N°02: Operacionalización de variable Satisfacción del usuario

Variable Dependiente	Tipo	Operacionalización	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Unidad de medida
Satisfacción del usuario	Cuantitativa discreta — puntaje compuesto	Puntaje compuesto obtenido mediante la aplicación del cuestionario adaptado del Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) a los usuarios atendidos. El instrumento consta de 18 ítems con escala tipo Likert de cinco alternativas de respuesta. Los ítems formulados negativamente fueron recodificados antes del cálculo de los puntajes, de modo que una mayor puntuación representara consistentemente una mayor satisfacción. Para el análisis inferencial, los puntajes individuales de satisfacción de los usuarios atendidos por cada profesional fueron agregados mediante el cálculo de un promedio, obteniéndose un registro de satisfacción por cada profesional de la salud.	Comunicación	1. El profesional de salud me explicó claramente lo que necesitaba saber sobre mi atención. 13. Las explicaciones que me dio el profesional de salud fueron fáciles de entender.	De intervalo	Puntaje total individual de 18 a 90 puntos; niveles bajo, moderado y alto para el análisis descriptivo; puntaje promedio agregado por profesional de la salud para el análisis inferencial.
			Calidad técnica	2. A veces dudo de la capacidad del profesional de salud que me atiende. 4. El profesional de salud fue cuidadoso y minucioso durante mi atención. 6. El profesional de salud parece estar bien preparado para atender mis problemas de salud. 14. A veces siento que el profesional de salud no hizo todo lo posible por ayudarme.		
			Trato interpersonal	10. El profesional de salud me trató con respeto y amabilidad. 11. El profesional de salud mostró interés y comprensión por mis preocupaciones.		
			Accesibilidad y conveniencia	5. Me resulta difícil recibir atención de salud cuando la necesito. 7. Tuve que esperar demasiado tiempo para ser atendido(a). 12. El establecimiento de salud está bien organizado para atender a los usuarios. 16. Es fácil acceder a los servicios de este establecimiento de salud.		
			Aspectos financieros	8. Me preocupa tener que gastar dinero relacionado con mi atención de salud (por ejemplo, transporte, medicamentos u otros gastos). 9. Considero que los gastos relacionados con mi atención de salud son razonables.		
			Tiempo dedicado por el profesional	15. El profesional de salud dedicó el tiempo necesario para atenderme. 18. Durante la atención, no sentí que el profesional de salud estuviera apurado.		
			Satisfacción general	3. En general, estoy satisfecho(a) con la atención que recibí por parte del profesional de salud en este establecimiento. 17. Recomendaría este establecimiento de salud por la atención brindada por el profesional de salud.		

Nota. Los ítems del instrumento fueron medidos mediante una escala tipo Likert ordinal de cinco alternativas de respuesta. Para el procesamiento estadístico, se calcularon puntajes compuestos totales y por dimensiones, tratados operativamente como medidas de intervalo. Para la presentación descriptiva, los puntajes individuales de satisfacción fueron clasificados en niveles ordinales: bajo, moderado y alto. Para el análisis correlacional, se trabajó con una base agregada de 70 registros, correspondiente al promedio de satisfacción de los cinco usuarios atendidos por cada profesional de la salud.

Tabla N°03: Operacionalización de variables de caracterización de profesionales de la salud

Variables de caracterización Profesional de salud	Tipo	Operacionalización	Indicador	Escala de medición	Unidad de medida
Edad	Cuantitativa discreta	Edad del profesional de la salud (en años cumplidos)	Número de años	De razón	Años
Sexo	Cualitativa	Sexo biológico del profesional de la salud	Masculino Femenino	Nominal	
Tipo de profesión	Cualitativa	Profesión del profesional de la salud	Médico (a) Licenciada (o) en enfermería Obstetra	Nominal	
Tipo de vínculo laboral	Cualitativa	Tipo de vínculo laboral del profesional de la salud con el establecimiento	Nombrado CAS Terceros SERUMS Otro ()	Nominal	
Tiempo de servicio en el primer nivel de atención	Cuantitativa continua	Tiempo acumulado que el profesional de la salud ha laborado en establecimientos del primer nivel de atención, expresado en años. Cuando el tiempo fue reportado en meses, se convirtió a años dividiendo el número de meses entre 12.	Número de años de servicio	De razón	Años
Establecimiento donde labora	Cualitativa	Establecimiento de salud del primer nivel donde labora el profesional	C.S. San José de Yarinacocha P.S. San Pablo de Tushmo P.S. Esperanza de Panaillo P.S. Bellavista de Yarinacocha P.S. San Francisco de Yarinacocha P.S. Huitococha P.S. San Juan de Yarinacocha	Nominal	

Procedencia	Cualitativa	Región de procedencia del profesional de la salud	Ucayali Lima Huánuco Otros	Nominal
Contacto con comunidades nativas/indígenas	Cualitativa	Frecuencia de contacto del profesional de la salud con comunidades nativas o indígenas en el ejercicio de su profesión	Ninguno Esporádico (menos de una vez al mes) Mensual Semanal Frecuente (diario o casi diario)	Ordinal
Dominio de una lengua adicional al español	Cualitativa	Lengua adicional al español referida por el profesional de salud en la ficha de caracterización.	No Sí, especifique: _____	Nominal

Tabla N°04: Operacionalización de variables de caracterización de usuarios

Variables de caracterización Usuarios	Tipo	Operacionalización	Indicador	Escala de medición	Unidad de medida
Edad	Cuantitativa discreta	Edad del usuario atendido (en años cumplidos)	Número de años	De razón	Años
Sexo	Cualitativa	Sexo biológico del usuario	Masculino Femenino	Nominal	
Establecimiento de atención	Cualitativa	Establecimiento de salud del primer nivel donde fue atendido el usuario	C.S. San José de Yarinacocha P.S. San Pablo de Tushmo P.S. Esperanza de Panaillo P.S. Bellavista de Yarinacocha P.S. San Francisco de Yarinacocha P.S. Huitococha P.S. San Juan de Yarinacocha	Nominal	
Comunidad nativa de pertenencia	Cualitativa	Pertenencia declarada del usuario a una comunidad nativa y, cuando correspondió, comunidad de pertenencia.	No pertenece CN San Francisco de Yarinacocha CN Santa Clara CN Puerto Firmeza Otra comunidad nativa	Nominal	
Profesión del profesional que atendió al usuario	Cualitativa	Profesión del profesional de la salud que brindó la atención evaluada por el usuario	Médico (a) Licenciada (o) en enfermería Obstetra	Nominal	
Lengua utilizada en la atención	Cualitativa	Lengua utilizada predominantemente por el usuario durante la atención en el establecimiento de salud.	Español Shipibo Otro Ambos (Español y lengua originaria)	Nominal	
Procedencia	Cualitativa	Región de procedencia del usuario	Ucayali Otro ()	Nominal	

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito de Estudio

La investigación se desarrolló en siete establecimientos de salud del primer nivel de atención del distrito de Yarinacocha, provincia de Coronel Portillo, región Ucayali, pertenecientes a la Microred San José–Yarinacocha. Los establecimientos considerados fueron el Centro de Salud San José de Yarinacocha, de categoría I-3; el Puesto de Salud San Pablo de Tushmo, de categoría I-2; el Puesto de Salud Esperanza de Panaillo, de categoría I-2; el Puesto de Salud Bellavista de Yarinacocha, de categoría I-2; el Puesto de Salud San Francisco de Yarinacocha, de categoría I-2; el Puesto de Salud Huitococha, de categoría I-2; y el Puesto de Salud San Juan de Yarinacocha, de categoría I-2.

Se incluyeron establecimientos clasificados como I-2 e I-3 debido a que brindan atención asistencial continua mediante profesionales de la salud, entre ellos médicos, obstetras y licenciadas/os en enfermería. Asimismo, estos establecimientos atienden de manera regular a población culturalmente diversa, conformada por usuarios procedentes de comunidades nativas, población mestiza y población migrante. La recolección de datos se realizó en áreas de consulta externa y salas de espera, procurando no interferir con el proceso habitual de atención y garantizando la confidencialidad de la información y la protección de la identidad de los participantes.

3.2. Tipo de Investigación

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo y fue de tipo básico. El enfoque cuantitativo se sustentó en la medición de las variables mediante instrumentos estructurados con ítems de escala tipo Likert, cuyos resultados permitieron obtener puntajes numéricos y realizar el análisis estadístico correspondiente. Asimismo, el estudio fue de tipo básico porque estuvo orientado a generar conocimiento sobre el comportamiento y la

relación entre dos variables relevantes en el campo de la salud intercultural: la competencia cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción del usuario. No se buscó intervenir directamente sobre la realidad estudiada, sino aportar evidencia empírica que permitiera comprender cómo se relacionan ambas variables en el primer nivel de atención.

3.3. Nivel de Investigación

El nivel de investigación fue relacional, ya que se buscó determinar la relación existente entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción de los usuarios atendidos en los establecimientos seleccionados de la Microred San José– Yarinacocha. Además, se analizaron relaciones específicas entre las dimensiones de la competencia cultural y la satisfacción del usuario, así como entre la competencia cultural total y las dimensiones de satisfacción.

3.4. Método de Investigación

Se empleó el método hipotético-deductivo, debido a que la investigación partió de una hipótesis general que planteó la existencia de una relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción de los usuarios atendidos en los establecimientos del primer nivel de atención. A partir de este planteamiento se formularon hipótesis específicas orientadas a evaluar la relación entre las dimensiones de la competencia cultural —sensibilidad cultural, conocimiento cultural y habilidades culturales— y la satisfacción del usuario, así como la relación entre la competencia cultural total y determinadas dimensiones de la satisfacción.

Las hipótesis fueron contrastadas mediante la recolección sistemática de datos obtenidos a través de instrumentos estructurados y su posterior análisis estadístico. Para ello, se empleó el coeficiente rho de Spearman, considerando un nivel de significancia de $p < 0,05$. Este procedimiento permitió contrastar las hipótesis formuladas con base en la evidencia empírica obtenida.

3.5. Diseño de Investigación

El diseño fue no experimental, transversal y descriptivo-correlacional. Fue no experimental porque no se manipuló ninguna de las variables de estudio; es decir, la competencia cultural y la satisfacción del usuario fueron observadas tal como se presentaron en el contexto real de atención. Fue transversal porque la información se recolectó en un único momento temporal. Asimismo, fue descriptivo-correlacional porque permitió describir las características de ambas variables y estimar la relación entre ellas mediante el coeficiente rho de Spearman.

3.6. Población, Muestra, Muestreo

3.6.1. Población

Población de profesionales de la salud

Estuvo conformada por médicos, obstetras y licenciadas/os en enfermería que laboraban en los establecimientos del primer nivel de atención seleccionados de la Microred San José–Yarinacocha, ubicados en el distrito de Yarinacocha. Se consideró a aquellos profesionales que desarrollaban funciones asistenciales en consulta externa y que contaban con una permanencia mínima de tres meses en el establecimiento de salud, debido a que este tiempo permitió asumir un mayor conocimiento del contexto institucional y de la población atendida.

Población de usuarios

Estuvo constituida por personas adultas de 18 años a más que culminaron una atención en consulta externa en los establecimientos de salud seleccionados de la Microred San José–Yarinacocha. En el caso de las atenciones brindadas por licenciadas/os en enfermería en el servicio de crecimiento y desarrollo, también se consideró a padres, madres o cuidadores adultos de los niños/as atendidos, siempre que hubieran interactuado directamente con el profesional de la salud y

estuvieran en condiciones de valorar la atención recibida. Se incluyó a participantes que se encontraban en condiciones físicas y cognitivas para responder el cuestionario, debido a que la información recolectada dependió de su percepción directa sobre la atención (40).

3.6.2. Muestra

Profesionales de la salud

Estuvo conformada por 70 profesionales que cumplían los criterios de inclusión establecidos para el estudio. Este grupo incluyó médicos, obstetras y licenciadas/os en enfermería que laboraban en consulta externa en los establecimientos seleccionados del primer nivel de atención. Debido al número manejable de profesionales, se procuró incluir a todos los que cumplían con las condiciones requeridas y aceptaron participar voluntariamente.

Usuarios:

Estuvo conformada por 350 encuestas válidas, distribuidas a razón de cinco usuarios por cada profesional de salud incluido en el estudio. Esta distribución permitió vincular la satisfacción expresada por los usuarios con el profesional que brindó la atención y calcular posteriormente un promedio de satisfacción por profesional, manteniendo coherencia con la unidad de análisis empleada en el análisis correlacional.

Por tanto, para el análisis descriptivo de la satisfacción se consideraron las 350 encuestas válidas de usuarios; mientras que, para el análisis inferencial correlacional, la unidad de análisis fue el profesional de salud, empleándose 70 registros finales, cada uno conformado por el puntaje de competencia cultural del profesional y el promedio de satisfacción de los cinco usuarios atendidos por dicho profesional.

En el caso de las atenciones brindadas por enfermería, se consideraron principalmente las atenciones asistenciales en consulta externa relacionadas con el control de crecimiento y desarrollo, dirigidas a padres, madres o cuidadores del niño/a atendido, debido a su carácter asistencial, continuo y frecuente dentro del primer nivel de atención.

3.6.3. Muestreo

Profesionales de la salud

Se aplicó un muestreo censal, dado que se invitó a participar a todos los médicos, obstetras y licenciadas/os en enfermería que laboraban en consulta externa en los establecimientos seleccionados y cumplían con los criterios de inclusión. Formaron parte de la muestra aquellos profesionales que aceptaron participar voluntariamente mediante consentimiento informado.

Usuarios

Se aplicó un muestreo no probabilístico consecutivo. Se invitó a participar, de manera sucesiva, a los usuarios adultos que culminaron una atención en consulta externa, cumplían los criterios de inclusión y aceptaron participar voluntariamente. La selección se realizó durante el periodo de recolección de datos hasta completar cinco encuestas válidas de usuarios atendidos por cada profesional de la salud incluido en el estudio.

Para fines analíticos, en el instrumento aplicado a los usuarios se registró el establecimiento de salud, la profesión del profesional que brindó la atención y un código de vinculación asignado al profesional. Este procedimiento permitió relacionar los puntajes de satisfacción de los usuarios con el profesional correspondiente y estimar un promedio de satisfacción por profesional, sin incorporar nombres en la base de análisis.

3.6.4. Criterios de inclusión y exclusión

Profesionales de la salud

Inclusión

Se incluyó a médicos, obstetras y licenciadas/os en enfermería que ejercían funciones asistenciales en consulta externa en los establecimientos I-2 e I-3 seleccionados de la Microred San José–Yarinacocha. Asimismo, se consideró como requisito contar con una permanencia mínima de tres meses en el establecimiento de salud y aceptar participar voluntariamente mediante consentimiento informado.

Exclusión

Se excluyó a los profesionales que se encontraban de vacaciones, licencia o ausencia prolongada durante el periodo de recolección de datos. También se excluyeron aquellos cuestionarios que presentaron información incompleta o inconsistencias que impidieron el cálculo de los puntajes de competencia cultural y sus dimensiones.

Usuarios

Inclusión

Se incluyó a usuarios adultos de 18 años a más que culminaron una atención en consulta externa en los establecimientos de salud seleccionados, se encontraban en condiciones físicas y cognitivas para responder el cuestionario y aceptaron participar voluntariamente mediante consentimiento informado. En el caso de las atenciones de enfermería en el servicio de crecimiento y desarrollo, se incluyó a padres, madres o cuidadores adultos de los niños/as atendidos cuando hubieran interactuado directamente con el profesional de la salud y pudieran valorar la atención recibida.

Exclusión

Se excluyó a usuarios que acudieron por emergencia, se encontraban clínicamente inestables, presentaban alteración del estado de conciencia o tenían dificultades comunicativas que impedían responder adecuadamente el cuestionario. Asimismo, se excluyeron los instrumentos incompletos o aquellos registros en los que no fue posible consignar la información mínima requerida para el análisis, como la profesión y el código de vinculación asignado al profesional que brindó la atención.

3.7. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica utilizada fue la encuesta. Para la recolección de información se emplearon dos cuestionarios estructurados: uno dirigido a los profesionales de la salud y otro dirigido a los usuarios adultos atendidos en consulta externa. Ambos instrumentos estuvieron acompañados por fichas de caracterización elaboradas para los fines del estudio.

En los profesionales de la salud se utilizó la Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14), desarrollada y validada por Pedrero et al. Esta escala evalúa la competencia cultural mediante tres dimensiones: sensibilidad cultural, conocimiento cultural y habilidades culturales. El instrumento está conformado por 14 ítems con escala tipo Likert de cinco alternativas de respuesta. A partir de las respuestas se calcularon puntajes compuestos por dimensiones y un puntaje total de competencia cultural, de acuerdo con las pautas de puntuación del instrumento. Posteriormente, los puntajes fueron transformados a una escala estandarizada de 0 a 100 puntos, donde una mayor puntuación representó una mayor competencia cultural. En la prueba piloto realizada, la EMCC-14 presentó un alfa de Cronbach de 0,982, lo que evidenció una consistencia interna excelente (Anexo N.° 04).

La ficha de caracterización del profesional incluyó variables como edad, sexo, tipo de vínculo laboral, profesión, tiempo de servicio en el primer nivel de atención, establecimiento donde laboraba, lugar de procedencia, nivel de contacto con comunidades

indígenas y dominio de una lengua adicional al español. El tiempo de servicio en el primer nivel de atención fue expresado en años. Cuando el periodo fue reportado en meses, se convirtió a años mediante la división del número de meses entre 12.

En los usuarios se empleó un cuestionario adaptado del Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18), utilizado para medir la satisfacción del usuario en los servicios de salud. La satisfacción fue evaluada mediante siete dimensiones: satisfacción general, calidad técnica, comunicación, trato interpersonal, accesibilidad y conveniencia, aspectos financieros y tiempo dedicado por el profesional. El cuestionario estuvo conformado por 18 ítems con escala tipo Likert de cinco alternativas de respuesta. A partir de las respuestas se calcularon puntajes compuestos por dimensiones y un puntaje total de satisfacción del usuario.

Debido a que algunos ítems del PSQ-18 presentan enunciados formulados de manera negativa, estos fueron recodificados durante el procesamiento de los datos, de modo que un mayor puntaje representara de manera consistente un mayor nivel de satisfacción. La recodificación se realizó mediante la fórmula de inversión 6 menos respuesta, considerando una escala Likert de 1 a 5. Los ítems recodificados correspondieron a los ítems 2, 5, 7, 8 y 14 del cuestionario. En la prueba piloto realizada, el cuestionario adaptado del Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) presentó un alfa de Cronbach de 0,85, lo que evidenció una consistencia interna buena (Anexo N°04).

La ficha de caracterización del usuario incluyó variables como edad, sexo, pertenencia a comunidad nativa, lugar de procedencia, lengua empleada durante la atención, establecimiento de atención, profesión del profesional que brindó la atención y código de vinculación asignado al profesional. Este último dato permitió vincular los puntajes de satisfacción con el profesional correspondiente sin registrar nombres ni información identificable.

3.8. Procedimiento de Recolección de Datos

Previamente al inicio de la recolección de datos, se realizaron las coordinaciones administrativas correspondientes con la Microred San José–Yarinacocha y con los responsables de los establecimientos de salud seleccionados, con la finalidad de solicitar la autorización institucional para la aplicación de los instrumentos y definir los espacios adecuados para el trabajo de campo.

Una vez obtenidos los permisos correspondientes, se procedió a la aplicación de los instrumentos en las dos poblaciones de estudio. En el caso de los profesionales de la salud, se invitó a participar a médicos, obstetras y licenciadas/os en enfermería que cumplían con los criterios de inclusión. Antes de la aplicación del cuestionario, se brindó información clara sobre los objetivos del estudio, el carácter voluntario de la participación y la confidencialidad de la información. Posteriormente, se obtuvo el consentimiento informado y se aplicó la EMCC-14 junto con la ficha de caracterización del profesional.

En los usuarios, la recolección de datos se realizó en las áreas de consulta externa y salas de espera de los establecimientos seleccionados. Se invitó a participar a usuarios adultos que habían culminado su atención en consulta externa, verificándose previamente el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Luego de explicar el propósito del estudio y obtener el consentimiento informado, se aplicó el cuestionario PSQ-18 adaptado y la ficha de caracterización del usuario.

Con fines analíticos, en la ficha del usuario se registró la profesión del profesional que brindó la atención y el código de vinculación asignado previamente al profesional por el investigador. Este procedimiento permitió vincular los puntajes de satisfacción de cada usuario con el profesional correspondiente y calcular posteriormente el promedio de satisfacción por profesional. En ningún caso se consignó el nombre del profesional ni información que permitiera su identificación directa.

Cuando fue necesario, se brindó apoyo explicativo estandarizado a los usuarios para facilitar la comprensión de los ítems del cuestionario, sin inducir respuestas ni influir en la percepción expresada. Asimismo, se realizó un control de campo para completar cinco encuestas válidas de usuarios atendidos por cada profesional de la salud incluido en el estudio. Finalmente, se revisaron los cuestionarios recolectados para verificar su adecuada cumplimentación. Se consideraron válidos aquellos instrumentos que contaban con la información necesaria para el cálculo de los puntajes; los instrumentos incompletos o con inconsistencias que impedían el análisis fueron excluidos.

3.9. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

La información recolectada fue codificada y registrada en matrices digitales para su depuración, procesamiento y análisis estadístico. Inicialmente, se verificó la completitud de los instrumentos, la coherencia de los valores ingresados y la ausencia de datos inconsistentes. En el caso del PSQ-18 adaptado, los ítems negativos fueron recodificados mediante inversión de escala, aplicando la fórmula 6 menos respuesta, con la finalidad de que un mayor puntaje expresara mayor satisfacción.

Posteriormente, se calcularon los puntajes totales y por dimensiones de ambos instrumentos. En el caso de la EMCC-14, se calcularon los puntajes correspondientes a sensibilidad cultural, conocimiento cultural, habilidades culturales y competencia cultural total, de acuerdo con la guía de puntuación del instrumento (41). En el caso del PSQ-18 adaptado, el puntaje total individual se obtuvo mediante la suma de los 18 ítems, luego de recodificar los enunciados formulados negativamente. El puntaje total varió entre 18 y 90 puntos, donde una mayor puntuación representó una mayor satisfacción del usuario.

Para la presentación descriptiva, los puntajes individuales de satisfacción fueron clasificados en niveles bajo, moderado y alto mediante la distribución del rango teórico del puntaje total del PSQ-18 en tres intervalos equivalentes, procedimiento detallado en el Anexo N°03. Para el análisis inferencial, se conservaron los puntajes numéricos y se calculó

el promedio agregado correspondiente a los cinco usuarios atendidos por cada profesional de la salud.

Para facilitar la interpretación de los resultados, los puntajes de la EMCC-14 fueron transformados a una escala estandarizada de 0 a 100 puntos, donde valores más altos representan mayor competencia cultural. Esta transformación permitió comparar el puntaje total y las dimensiones del instrumento en una misma escala de interpretación. El procedimiento de puntuación y transformación se detalla en el Anexo N°03.

Dado que el objetivo del estudio fue determinar la relación entre la competencia cultural de los profesionales y la satisfacción del usuario, el análisis inferencial consideró como unidad analítica principal al profesional de la salud. En tal sentido, se obtuvo el puntaje de competencia cultural por cada profesional participante. Respecto a la satisfacción del usuario, los puntajes individuales del PSQ-18 fueron agregados por profesional mediante el código de vinculación consignado en la ficha del usuario. Para ello, se calculó el promedio de satisfacción de los usuarios atendidos por cada profesional, obteniéndose una base final con una fila por profesional.

En consecuencia, las tablas descriptivas de usuarios y satisfacción se elaboraron considerando las 350 encuestas válidas; en cambio, las pruebas de correlación se realizaron con 70 casos, correspondientes a los 70 profesionales de salud incluidos en la base agregada.

El procesamiento se realizó en IBM SPSS Statistics versión 27. Primero, se elaboraron dos bases de datos independientes: una correspondiente a los profesionales y otra a los usuarios. Luego, la base de usuarios fue agregada por código de vinculación asignado al profesional, calculándose los promedios de satisfacción total y de sus dimensiones. Posteriormente, esta base agregada fue fusionada con la base de profesionales mediante el identificador único del profesional, obteniéndose una base final integrada para el análisis correlacional.

Antes del análisis inferencial, se evaluó la distribución de los puntajes mediante la prueba de normalidad de Shapiro–Wilk, considerando la base agregada de 70 registros correspondientes a los profesionales de la salud. Los resultados evidenciaron que la competencia cultural total y sus dimensiones no presentaron distribución normal ($p < 0,001$). Asimismo, la dimensión trato interpersonal de la satisfacción del usuario mostró ausencia de normalidad ($p = 0,049$). Los resultados de la prueba de normalidad se presentan en el Anexo N.° 05.

Para el análisis descriptivo se utilizaron frecuencias y porcentajes en las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión en los puntajes de las variables cuantitativas. Para evaluar la confiabilidad interna de los instrumentos se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. En la prueba piloto, la EMCC-14 obtuvo un alfa de Cronbach de 0,982 y el PSQ-18 adaptado obtuvo un alfa de Cronbach de 0,85, evidenciando una consistencia interna excelente y buena, respectivamente.

Para el análisis inferencial se utilizó el coeficiente de correlación rho de Spearman, debido a que los puntajes de competencia cultural total y sus dimensiones no presentaron distribución normal. Este coeficiente permitió estimar la dirección y magnitud de la relación monotónica entre los puntajes compuestos de competencia cultural de los profesionales y los puntajes promedio agregados de satisfacción de los usuarios atendidos por cada profesional, sin exigir el supuesto de normalidad.

El análisis principal estimó la relación entre el puntaje de competencia cultural del profesional y el promedio agregado de satisfacción total de los cinco usuarios atendidos por dicho profesional. Asimismo, se realizaron análisis específicos entre las dimensiones de competencia cultural y la satisfacción total, así como entre la competencia cultural total y las dimensiones de satisfacción del usuario. Los resultados fueron interpretados considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$, así como la dirección y magnitud del coeficiente de correlación.

3.10. Consideraciones éticas

El estudio se desarrolló de acuerdo con los principios éticos fundamentales para la investigación en seres humanos, considerando el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la justicia, la confidencialidad y la protección de la identidad de los participantes. La participación de profesionales de la salud y usuarios fue voluntaria, previa información clara y comprensible sobre los objetivos del estudio, los procedimientos, los riesgos mínimos y los beneficios indirectos esperados.

La ejecución del estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali y con la autorización institucional correspondiente para la recolección de datos en los establecimientos de la Microred San José–Yarinacocha. Los documentos respectivos se presentan en los anexos.

Antes de la inclusión en el estudio, cada participante otorgó su consentimiento informado. En el caso de los profesionales de la salud, el consentimiento se obtuvo antes de la aplicación del instrumento. En el caso de los usuarios, el consentimiento se solicitó después de culminada la atención en consulta externa y antes de responder el cuestionario, procurando no interferir con la atención habitual.

Se garantizó la confidencialidad y la protección de la identidad de los participantes. Los cuestionarios no incluyeron nombres ni datos de identificación directa. La información fue registrada mediante códigos alfanuméricos. En el cuestionario dirigido a los usuarios se consignó únicamente la profesión del profesional que brindó la atención y un código de vinculación asignado al profesional, utilizado exclusivamente para relacionar los puntajes de satisfacción con el profesional correspondiente. La relación entre los códigos y los profesionales fue resguardada de manera separada por el investigador y no formó parte de la base utilizada para el análisis estadístico.

La información recolectada fue utilizada exclusivamente con fines académicos. Las bases de datos digitales fueron almacenadas en dispositivos protegidos con contraseña y con acceso restringido. Los resultados fueron presentados de manera global y por grupos, evitando la identificación individual de los participantes y profesionales.

El estudio fue considerado de riesgo mínimo, debido a que no implicó intervenciones clínicas, modificación de tratamientos ni alteración de la atención habitual. En los usuarios, la aplicación del instrumento se realizó después de la atención recibida, con el propósito de no interferir con el proceso asistencial ni generar demoras en la atención.

En casos de barrera idiomática, se consideró la inclusión del usuario únicamente cuando fue posible asegurar la comprensión del consentimiento informado y de los ítems del cuestionario mediante apoyo explicativo estandarizado o acompañamiento adecuado, sin inducir respuestas. Con estas medidas, se procuró proteger la autonomía de los participantes, la confidencialidad de la información y la integridad ética del estudio.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados

Para la presentación de los resultados descriptivos se consideraron 70 profesionales de salud y 350 encuestas válidas de usuarios. En el análisis inferencial correlacional, la satisfacción del usuario fue agregada por profesional mediante el promedio de los cinco usuarios atendidos por cada uno, obteniéndose una base final de 70 registros; por ello, las correlaciones se realizaron con n = 70.

a) Análisis descriptivo

Tabla N°05: Características de los profesionales de salud de la Microred San José – Yarinacocha, 2026

Característica	Categoría	n	%
Sexo	Masculino	17	24,3
	Femenino	53	75,7
Profesión	Médico (a)	20	28,6
	Licenciada (o) en enfermería	26	37,1
	Obstetra	24	34,3
Vínculo laboral	Nombrado	26	37,1
	CAS	17	24,3
	SERUMS	15	21,4
	Tercero/Locador	10	14,3
	Otros	2	2,8
Establecimiento de salud	C.S. San José de Yarinacocha	26	37,1
	P.S. Bellavista de Yarinacocha	13	18,6
	P.S. Esperanza de Panaillo	3	4,3
	P.S. Huitococha	6	8,6
	P.S. San Francisco de Yarinacocha	6	8,6
	P.S. San Juan de Yarinacocha	4	5,7
	P.S. San Pablo de Tushmo	12	17,1
Procedencia	Ucayali	50	71,4
	Huánuco	9	12,9
	Lima	4	5,7
	Otros	7	10,0
	Ninguno	3	4,3

Nivel de contacto	Esporádico (menos de una vez al mes)	22	31,4
	Mensual	2	2,8
	Semanal	13	18,6
	Frecuente (diario o casi diario)	30	42,9
Dominio de otra lengua	No	67	95,7
	Quechua	2	2,9
	Achuar	1	1,4
Total		70	100

Fuente: Base de datos del estudio
Nota: n = frecuencia absoluta; % = porcentaje

Interpretación:

En relación con el sexo, se observa un predominio del sexo femenino, que representa el 75,7% de los participantes, mientras que el sexo masculino constituye el 24,3%. Este resultado evidencia una mayor participación de mujeres dentro del personal de salud evaluado.

Respecto a la profesión, la mayor proporción corresponde a licenciadas (os) en enfermería con un 37,1%, seguido de obstetras (34,3%) y médicos (28,6%). Estos datos reflejan una distribución relativamente equilibrada entre las principales profesiones de salud, con ligera predominancia del personal de enfermería.

En cuanto al vínculo laboral, se identifica que el grupo más frecuente es el de profesionales nombrados (37,1%), seguido por aquellos bajo modalidad CAS (24,3%) y SERUMS (21,4%). En menor proporción se encuentran los profesionales tercerizados (14,3%) y otros tipos de contrato (2,8%). Estos resultados evidencian una composición laboral heterogénea, con mayor proporción de profesionales nombrados.

En relación con el establecimiento de salud, el mayor porcentaje de profesionales labora en el Centro de Salud San José de Yarinacocha (37,1%), seguido por el Puesto de Salud Bellavista (18,6%) y el Puesto de Salud San Pablo de Tushmo (17,1%). Los demás establecimientos presentan menor representación,

lo que indica una mayor concentración del personal en el establecimiento principal de la Microred.

Respecto a la procedencia, la mayoría de los profesionales proviene de Ucayali (71,4%), seguido de Huánuco (12,9%) y Lima (5,7%), mientras que un 10,0% corresponde a otras regiones. Estos resultados muestran un predominio de profesionales procedentes de Ucayali.

En cuanto a la frecuencia de contacto con comunidades nativas o indígenas, se observa que el 42,9% de los profesionales reporta un contacto frecuente (diario o casi diario), seguido de un 31,4% con contacto esporádico (menos de una vez al mes). En menor proporción se encuentran aquellos con contacto semanal (18,6%), mensual (2,8%) o sin contacto (4,3%). Estos resultados sugieren que una proporción considerable del personal mantiene interacción frecuente con poblaciones culturalmente diversas, lo cual resulta relevante en el contexto del estudio sobre competencia cultural.

Finalmente, respecto al dominio de otro idioma o lengua, se observa que la mayoría de los profesionales no reportó manejar una lengua adicional al español (95,7%). En menor proporción, el 2,9% indicó dominio del quechua y el 1,4% del achuar. Este resultado evidencia una limitada presencia de profesionales con dominio de lenguas originarias, aspecto relevante en un contexto donde los establecimientos evaluados atienden a población culturalmente diversa.

Tabla N°06: Edad y tiempo de servicio de los profesionales de salud de la Microred San José – Yarinacocha, 2026

Variable	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad (años)	70	37,14	9,24	24	58
Tiempo de servicio (años)	70	7,71	7,27	0,3	27

Fuente: Base de datos del estudio
Notas: n = tamaño de muestra

Interpretación:

En relación con la edad, se observa que los profesionales presentan una media de 37,14 años (DE = 9,24), con un rango que oscila entre 24 y 58 años. Estos resultados evidencian que la población estudiada está conformada predominantemente por adultos jóvenes y de mediana edad, con una variabilidad moderada en la distribución etaria.

Respecto al tiempo de servicio, se reporta una media de 7,71 años (DE = 7,27), con valores que oscilan entre 0,3 y 27 años de experiencia laboral. Este hallazgo refleja una amplia heterogeneidad en la experiencia profesional, coexistiendo profesionales con menor tiempo de servicio y otros con mayor permanencia en el primer nivel de atención.

La desviación estándar relativamente elevada en el tiempo de servicio sugiere una dispersión considerable de los datos, lo cual indica que la experiencia no se encuentra concentrada en un único grupo, sino distribuida en distintos niveles de antigüedad.

Tabla N°07: Características de los usuarios atendidos en la Microred San José – Yarinacocha, 2026

Característica	Categoría	n	%
Sexo	Masculino	77	22,0
	Femenino	273	78,0
Comunidad nativa de pertenencia	No	266	76,0
	CN San Francisco de Yarinacocha	43	12,3
	CN Puerto Firmeza	16	4,6
	CN Santa Clara	10	2,9
	Otras comunidades nativas	15	4,2
Lengua empleada durante la atención	Español	325	92,9
	Español y lengua originaria	25	7,1
Profesión del profesional que atendió al usuario	Licenciada (o) en enfermería	130	37,1
	Médico (a)	100	28,6
	Obstetra	120	34,3
Establecimiento de atención	C.S. San José de Yarinacocha	130	37,1
	P.S. Bellavista de Yarinacocha	65	18,6
	P.S. Esperanza de Panaillo	15	4,3
	P.S. Huitococha	30	8,6
	P.S. San Francisco de Yarinacocha	30	8,6
	P.S. San Juan de Yarinacocha	20	5,7
	P.S. San Pablo de Tushmo	60	17,1
Procedencia	Ucayali	253	72,3
	Loreto	55	15,7
	Huánuco	23	6,6
	Otros	19	5,4
Total		350	100

Fuente: Base de datos del estudio

Nota: n = frecuencia absoluta; % = porcentaje

No se registraron usuarios que emplearan exclusivamente una lengua originaria durante la atención.

Interpretación:

En relación con el sexo, se observa un predominio del sexo femenino, que representa el 78,0% de los usuarios, mientras que el sexo masculino constituye el 22,0%. Este resultado sugiere una mayor participación de mujeres en los servicios de consulta externa evaluados.

Respecto a la pertenencia a una comunidad nativa, el 76,0% de los usuarios indicó no pertenecer a alguna comunidad nativa, mientras que el 24,0% reportó pertenecer a una de ellas. Entre el total de participantes, el 12,3% pertenecía a la CN San Francisco de Yarinacocha, el 4,6% a la CN Puerto Firmeza, el 2,9% a la CN Santa Clara y el 4,2% a otras comunidades nativas. Estos resultados muestran que, aunque la mayoría de los usuarios no declaró pertenecer a una comunidad nativa, aproximadamente uno de cada cuatro participantes reportó pertenecer a alguna de ellas, lo que evidencia la diversidad sociocultural de la población atendida en los establecimientos de salud estudiados.

En cuanto a la lengua empleada durante la atención, la gran mayoría de los usuarios (92,9%) utilizó el idioma español, mientras que un 7,1% empleó español junto con una lengua originaria (shipibo). Estos resultados reflejan un predominio del español como lengua de comunicación en los servicios de salud, aunque se reconoce la presencia de diversidad lingüística en una proporción menor de usuarios.

En relación con el profesional que brindó la atención, se observa que el 37,1% de los usuarios fue atendido por licenciadas (os) en enfermería, el 34,3% por obstetras y el 28,6% por médicos(as). Esta distribución evidencia una participación relevante de las distintas profesiones en la atención en consulta externa, con ligera predominancia del personal de enfermería.

Respecto al establecimiento de atención, el mayor porcentaje de usuarios fue atendido en el Centro de Salud San José de Yarinacocha (37,1%), seguido del Puesto de Salud Bellavista (18,6%) y el Puesto de Salud San Pablo de Tushmo (17,1%). Los demás establecimientos presentan menores proporciones de atención, lo que indica una mayor concentración de usuarios en el establecimiento principal de la microred.

En cuanto a la procedencia, la mayoría de los usuarios proviene de Ucayali (72,3%), seguido de Loreto (15,7%) y Huánuco (6,6%), mientras que un 5,4% corresponde a otras regiones. Este patrón evidencia un predominio de usuarios locales, con presencia de población procedente de regiones cercanas.

Tabla N°08: Edad de los usuarios atendidos en la Microred San José – Yarinacocha, 2026

Variable	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad (años)	350	33,27	12,67	18	76

Fuente: Base de datos del estudio
Notas: n = tamaño de muestra

Interpretación

Se observa que la edad promedio de los usuarios fue de 33,27 años (DE = 12,67), con un rango que oscila entre 18 y 76 años. Estos resultados evidencian que la población usuaria atendida está conformada principalmente por adultos jóvenes y de mediana edad, aunque incluye también personas de mayor edad.

La desviación estándar indica una variabilidad moderada en la distribución etaria, lo que sugiere que los usuarios presentan edades diversas dentro del rango observado. Asimismo, el amplio intervalo entre el valor mínimo y máximo refleja la inclusión de distintos grupos etarios dentro de la población estudiada.

Tabla N°09: Puntaje de competencia cultural y sus dimensiones en profesionales de salud de la Microred San José – Yarinacocha, 2026

Variable/dimensión	n	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Competencia cultural total	70	65,10	26,90	0	100
Sensibilidad cultural	70	56,88	24,80	0	100
Conocimiento cultural	70	71,88	31,16	0	100
Habilidades culturales	70	66,07	29,67	0	100

Fuente: Base de datos del estudio
Notas: n = tamaño de muestra

Interpretación:

Se observa que el puntaje promedio de competencia cultural total fue de 65,10 puntos (DE = 26,90), en una escala de 0 a 100. Este resultado ubica al promedio de los profesionales por encima del punto medio de la escala. Asimismo, la desviación estándar evidencia variabilidad entre los participantes, lo que indica la presencia de profesionales con puntajes más elevados y otros con puntajes más bajos dentro del mismo contexto.

En relación con las dimensiones del constructo, se observan diferencias descriptivas. La dimensión conocimiento cultural presentó el puntaje promedio más alto (71,88; DE = 31,16), lo que sugiere una mayor tendencia de los profesionales a reconocer y comprender las creencias, valores y prácticas culturales de los usuarios.

Por su parte, la dimensión habilidades culturales alcanzó un puntaje promedio de 66,07 puntos (DE = 29,67), valor superior al punto medio de la escala estandarizada de 0 a 100. La desviación estándar evidencia una variabilidad considerable entre los participantes, lo que indica diferencias en el grado en que los

profesionales reportaron aplicar prácticas culturalmente pertinentes durante la atención sanitaria.

En contraste, la dimensión sensibilidad cultural registró el puntaje promedio más bajo (56,88; DE = 24,80), lo que evidencia una menor tendencia hacia la reflexión crítica sobre las propias creencias, prejuicios y actitudes culturales. Este resultado es relevante, ya que, según el modelo multidimensional de competencia cultural, la sensibilidad constituye un componente fundamental que influye en la forma en que los profesionales reconocen e integran la diversidad cultural en la práctica clínica.

Tabla N°10: Nivel de satisfacción del usuario y sus dimensiones en establecimientos de la Microred San José – Yarinacocha, 2026

Variable/dimensión	Bajo n (%)	Moderado n (%)	Alto n (%)
Satisfacción total	59 (16,9)	53 (15,1)	238 (68,0)
Comunicación	63 (18,0)	98 (28,0)	189 (54,0)
Calidad técnica	59 (16,9)	66 (18,9)	225 (64,3)
Trato interpersonal	60 (17,1)	55 (15,7)	235 (67,2)
Accesibilidad y conveniencia	60 (17,1)	49 (14,0)	241 (68,9)
Aspectos financieros*	15 (4,3)	104 (29,7)	231 (66,0)
Tiempo dedicado por el profesional	9 (2,6)	116 (33,1)	225 (64,3)
Satisfacción general	24 (6,9)	106 (30,3)	220 (62,9)

Fuente: Base de datos del estudio
Nota: n = frecuencia absoluta; % = porcentaje válido
**En la dimensión aspectos financieros, el nivel alto corresponde a menor carga económica percibida.*

Interpretación:

En relación con la satisfacción total, se observa que la mayoría de los usuarios reportó un nivel alto de satisfacción (68,0%), seguido de un nivel bajo (16,9%) y moderado (15,1%). Estos resultados evidencian una tendencia predominantemente favorable en la percepción global de la atención recibida.

Al analizar las dimensiones específicas, se identifican patrones similares. En la dimensión comunicación, el 54,0% de los usuarios reportó un nivel alto, mientras que el 28,0% manifestó un nivel moderado y el 18,0% un nivel bajo, lo que sugiere una valoración mayoritariamente positiva en la interacción comunicativa entre el profesional de salud y el usuario.

En la dimensión calidad técnica, el 64,3% de los usuarios percibió un nivel alto, seguido de un 18,9% en nivel moderado y 16,9% en nivel bajo, evidenciando una percepción favorable respecto a la competencia técnica del personal de salud. De manera similar, en la dimensión trato interpersonal, el 67,2% de los usuarios reportó un nivel alto, lo que refleja una evaluación positiva en aspectos relacionados con el respeto, la amabilidad y la atención brindada durante la consulta.

En cuanto a la dimensión accesibilidad y conveniencia, el 68,9% de los usuarios manifestó un nivel alto, indicando que la mayoría percibe adecuadas condiciones de acceso y organización de los servicios de salud.

Respecto a los aspectos financieros, el 66,0% de los usuarios reportó un nivel alto, lo cual —considerando la inversión de la escala— indica una menor carga económica percibida en la atención recibida, mientras que un 29,7% percibió una carga moderada y solo un 4,3% una carga elevada.

En la dimensión tiempo dedicado por el profesional, el 64,3% de los usuarios reportó un nivel alto, lo que sugiere que la mayoría considera adecuado o suficiente el tiempo brindado durante la atención.

Finalmente, en la dimensión de satisfacción general, el 62,9% de los usuarios manifestó un nivel alto, consolidando la tendencia positiva observada en la evaluación global del servicio.

Estos resultados reflejan una percepción globalmente favorable de la atención, con predominio de niveles altos en todas las dimensiones evaluadas.

b) Análisis inferencial

Tabla N°11: Correlación entre la competencia cultural y la satisfacción del usuario en establecimientos de la Microred San José – Yarinacocha, 2026

Variables	Rho de Spearman	p	n
Competencia cultural ↔ Satisfacción del usuario	- 0,074	0,542	70

Fuente: Base de datos del estudio
Nota: Para el análisis correlacional se empleó una base agregada por profesional de salud. La satisfacción del usuario corresponde al promedio de los cinco usuarios atendidos por cada profesional; por ello, el análisis inferencial se realizó con n = 70. Rho de Spearman (ρ). Nivel de significancia p < 0,05.

Interpretación:

Los resultados evidencian que el coeficiente de correlación de Spearman fue de ρ = -0,074, lo que indica una relación negativa muy débil entre ambas variables. Asimismo, el valor de significancia estadística obtenido (p = 0,542) es mayor al nivel de significancia establecido (p < 0,05), lo que indica que la relación observada no es estadísticamente significativa.

En este sentido, los hallazgos permiten señalar que no se encontró evidencia suficiente para afirmar la existencia de una relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción del usuario en el contexto evaluado. La dirección negativa del coeficiente sugiere una tendencia inversa; sin embargo, debido a su magnitud prácticamente nula y a la ausencia de significancia estadística, esta no mostró relevancia estadística ni práctica en la muestra analizada.

Tabla N°12: Correlación entre las dimensiones de competencia cultural y la satisfacción del usuario en establecimientos de la Microred San José – Yarinacocha, 2026

Dimensión de competencia cultural	Rho de Spearman	p	n
Sensibilidad cultural ↔ Satisfacción del usuario	-0,099	0,415	70
Conocimiento cultural ↔ Satisfacción del usuario	0,019	0,876	70
Habilidades culturales ↔ Satisfacción del usuario	-0,045	0,714	70

Fuente: Base de datos del estudio

Nota: Para el análisis correlacional se empleó una base agregada por profesional de salud. La satisfacción del usuario corresponde al promedio de los cinco usuarios atendidos por cada profesional; por ello, el análisis inferencial se realizó con n = 70. Rho de Spearman (ρ). Nivel de significancia p < 0,05.

Interpretación:

En relación con la dimensión sensibilidad cultural, se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de ρ = -0,099, lo que indica una relación negativa muy débil con la satisfacción del usuario. El valor de significancia (p = 0,415) fue mayor al nivel establecido (p < 0,05), lo que evidencia que esta relación no es estadísticamente significativa.

Respecto a la dimensión conocimiento cultural, el coeficiente de correlación fue de ρ = 0,019, lo que refleja una relación positiva prácticamente nula con la satisfacción del usuario. Asimismo, el valor de significancia (p = 0,876) indica que no se evidenció asociación estadísticamente significativa.

En cuanto a la dimensión habilidades culturales, se observó un coeficiente de correlación de ρ = -0,045, indicando una relación negativa muy débil con la satisfacción del usuario. El valor de significancia (p = 0,714) también fue superior a 0,05, por lo que no se evidencia una relación estadísticamente significativa.

Tabla N°13: Correlación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y las dimensiones de la satisfacción del usuario en establecimientos de la Microred San José – Yarinacocha, 2026

Dimensiones de la satisfacción del usuario	Rho de Spearman	p	n
Satisfacción general*↔ Competencia cultural	-0,094	0,437	70
Aspectos financieros* ↔ Competencia cultural	-0,118	0,332	70
Accesibilidad y conveniencia* ↔ Competencia cultural	-0,077	0,526	70
Calidad técnica* ↔ Competencia cultural	-0,079	0,516	70
Comunicación ↔ Competencia cultural	-0,103	0,395	70
Tiempo dedicado por el profesional ↔ Competencia cultural	0,025	0,835	70
Trato interpersonal ↔ Competencia cultural	-0,102	0,399	70

Fuente: Base de datos del estudio
Nota: Para el análisis correlacional se empleó una base agregada por profesional de salud. La satisfacción del usuario corresponde al promedio de los cinco usuarios atendidos por cada profesional; por ello, el análisis inferencial se realizó con n = 70. Rho de Spearman (ρ). Nivel de significancia p < 0,05.
*Dimensiones analizadas de manera complementaria, no incluidas directamente en los objetivos específicos.

Interpretación:

De manera complementaria, se analizó la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y las dimensiones del PSQ-18 adaptado. Si bien los objetivos específicos se centraron en comunicación, trato interpersonal y tiempo dedicado por el profesional, se incluyeron las demás dimensiones con fines descriptivos e interpretativos, a fin de ampliar la comprensión del comportamiento de la satisfacción del usuario.

En relación con la dimensión satisfacción general, se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de ρ = -0,094, lo que indica una relación negativa muy débil con la competencia cultural. El valor de significancia (p = 0,437) fue mayor al nivel establecido (p < 0,05), por lo que no se evidencia una asociación estadísticamente significativa.

En la dimensión aspectos financieros, el coeficiente de correlación fue de ρ = -0,118, lo que representa una relación negativa débil. Sin embargo, el valor de significancia (p = 0,332) indica que esta relación no es estadísticamente significativa.

Respecto a la dimensión accesibilidad y conveniencia, se obtuvo un coeficiente de ρ = -0,077, evidenciando una relación negativa muy débil, sin significancia estadística (p = 0,526).

En la dimensión calidad técnica, el coeficiente fue de ρ = -0,079, lo que indica una relación negativa muy débil, sin evidencia de significancia (p = 0,516).

Para la dimensión comunicación, el coeficiente de correlación fue de ρ = -0,103, mostrando una relación negativa muy débil, con un valor de significancia (p = 0,395) que confirma la ausencia de asociación estadísticamente significativa.

En cuanto a la dimensión tiempo dedicado por el profesional, se obtuvo un coeficiente de ρ = 0,025, lo que indica una relación positiva prácticamente nula, sin significancia estadística (p = 0,835).

Finalmente, en la dimensión trato interpersonal, el coeficiente de correlación fue de ρ = -0,102, evidenciando una relación negativa muy débil, sin significancia estadística (p = 0,399).

En conjunto, los resultados no evidenciaron asociaciones estadísticamente significativas entre la competencia cultural y las dimensiones de la satisfacción del usuario evaluadas en la muestra analizada. Este hallazgo se observó tanto en las dimensiones directamente consideradas en los objetivos específicos —comunicación, tiempo dedicado por el profesional y trato interpersonal— como en las dimensiones analizadas de manera complementaria.

De manera general, los resultados muestran que, a pesar de que el puntaje promedio de competencia cultural se ubicó por encima del punto medio de la escala y predominó un nivel alto de satisfacción entre los usuarios, no se encontró evidencia estadística suficiente para afirmar una relación significativa entre ambas variables.

4.2. Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción de los usuarios atendidos en los establecimientos del primer nivel de la Microred San José–Yarinacocha, 2026. Los resultados evidenciaron que no existió relación estadísticamente significativa entre ambas variables, dado que el coeficiente de correlación de Spearman fue negativo, muy débil y no significativo (ρ = -0,074; p = 0,542). En consecuencia, no se rechazó la hipótesis nula general, debido a que no se obtuvo evidencia estadística suficiente para afirmar la existencia de relación entre la competencia cultural y la satisfacción del usuario.

Este hallazgo indica que, en el contexto evaluado, las variaciones en el puntaje de competencia cultural de los profesionales no se asociaron de manera directa con los niveles de satisfacción reportados por los usuarios. Si bien desde la teoría se sostiene que la competencia cultural puede favorecer una atención más respetuosa, comunicativa y centrada en la persona, los resultados obtenidos muestran que dicha relación no se expresó de manera significativa en la población analizada. Por ello, este resultado no invalida la importancia conceptual ni ética de la competencia cultural, sino que sugiere que la satisfacción del usuario es un fenómeno complejo, influido por múltiples factores individuales, relacionales, organizacionales y contextuales.

El hallazgo guarda similitud con lo reportado por Huamán (2022), quien evaluó la influencia de la competencia cultural del profesional de enfermería en la calidad del cuidado percibida por usuarios de quimioterapia en Lima y tampoco halló asociación significativa entre ambas variables, tanto a nivel global como por dimensiones, reportando un coeficiente Rho = -0,076 y un valor de p = 0,789 (25). Esta coincidencia resulta relevante porque ambos estudios muestran correlaciones negativas muy débiles y no significativas, lo que sugiere que la competencia cultural del profesional no siempre se traduce directamente en una mayor valoración del cuidado o de la satisfacción percibida por el usuario. Además, en el estudio de Huamán, más del 75% de las enfermeras alcanzó un nivel medio de conocimiento cultural y las dimensiones de calidad del cuidado percibido presentaron

valores entre 91% y 94%, situación que se aproxima a la presente investigación, donde la satisfacción del usuario fue predominantemente alta.

No obstante, los resultados difieren de lo señalado por Brunett y Shingles (2018), quienes encontraron que contar con un proveedor culturalmente competente o percibido como tal incrementaba la satisfacción del paciente y mejoraba aspectos clave de la relación terapéutica, como la confianza, la apertura del paciente y la disposición a seguir recomendaciones (17). Esta diferencia puede explicarse porque dicho antecedente abordó principalmente la competencia cultural percibida por el paciente, mientras que en la presente investigación fue medida mediante autorreporte del profesional. En ese sentido, la competencia que el profesional declara poseer no necesariamente coincide con la competencia cultural que el usuario percibe durante la atención.

De igual manera, Agrazal García et al. (2022) encontraron que el cuidado de enfermería con congruencia cultural se asoció con mejoras en el bienestar y la satisfacción del paciente, favoreciendo una relación enfermera-paciente más efectiva, mayor aceptación de las recomendaciones de salud y una percepción más positiva del cuidado recibido (20). Este antecedente respalda teóricamente la importancia de la competencia cultural; sin embargo, su diferencia con el presente estudio puede deberse a que aborda el cuidado culturalmente congruente desde una perspectiva más amplia, mientras que esta investigación evaluó estadísticamente la relación entre puntajes cuantitativos de competencia cultural y satisfacción agregada por profesional.

Asimismo, el estudio de Izquierdo Hernández (2025) aporta una explicación importante para interpretar los hallazgos. En dicha investigación, el 97,9% de los usuarios afrodescendientes se mostró insatisfecho con la calidad de atención global de los establecimientos de atención primaria; además, no se encontró asociación significativa entre la competencia intercultural de los médicos y la satisfacción global con la calidad del establecimiento. No obstante, sí se evidenció asociación significativa entre la competencia intercultural del médico y la satisfacción del usuario con la atención recibida directamente por el profesional (27). Este antecedente permite comprender que la satisfacción global

puede estar influida por condiciones del establecimiento, mientras que la competencia intercultural podría tener mayor impacto en dimensiones cercanas al encuentro clínico directo. En la presente investigación, aunque se analizaron dimensiones como comunicación, trato interpersonal y tiempo dedicado, tampoco se hallaron asociaciones significativas, lo cual podría relacionarse con la alta concentración de respuestas favorables y con la limitada variabilidad de los puntajes agregados por profesional.

En cuanto al comportamiento descriptivo de la competencia cultural, se observó un puntaje promedio total de 65,10 puntos en una escala de 0 a 100, lo que sugiere una tendencia hacia niveles intermedios de competencia cultural. Al analizar sus dimensiones, el conocimiento cultural presentó el promedio más alto (media = 71,88; DE = 31,16), seguido de habilidades culturales (media = 66,07; DE = 29,67), mientras que sensibilidad cultural registró el puntaje más bajo (media = 56,88; DE = 24,80). Este patrón resulta relevante, ya que el modelo de competencia cultural considera que el profesional culturalmente competente no solo requiere conocimientos sobre la diversidad, sino también sensibilidad para reconocer sus propios sesgos y habilidades para adaptar la atención a las necesidades socioculturales del usuario (13,15).

Estos resultados son consistentes con el planteamiento de Pedrero et al. (2020), quienes validaron la EMCC-14 como un instrumento conformado por 14 ítems distribuidos en tres dimensiones: sensibilidad a los propios prejuicios, conocimiento cultural y habilidades para desenvolverse en contextos culturalmente diversos (15). La coincidencia se observa en la utilidad de analizar la competencia cultural como un constructo multidimensional, dado que sus dimensiones no necesariamente se comportan de manera uniforme. En el presente estudio, el mayor promedio correspondió al conocimiento cultural, lo que podría indicar una base cognitiva relativamente más desarrollada; en cambio, la sensibilidad cultural presentó el menor promedio, evidenciando la necesidad de reforzar procesos de autorreflexión, reconocimiento de prejuicios y apertura hacia la diversidad.

El predominio del conocimiento cultural sobre la sensibilidad cultural también se aproxima a lo encontrado por León y Chávarry (2019), quienes, al evaluar competencias

interculturales en 104 obstetras de la Red II Cajamarca, identificaron mayores porcentajes en componentes cognitivos, como habilidades interculturales (70,2%), encuentro intercultural (67,3%) y conocimiento intercultural (58,6%); sin embargo, observaron debilidades en aspectos actitudinales y conductuales, como empatía (33,7%), tolerancia a la ambigüedad (21,2%), conocer otras culturas (23,1%) y, especialmente, habilidad para no enjuiciar (5,8%) (22). De manera similar, Abanto (2021) reportó que el personal sanitario de la Microred Livitaca presentó limitaciones importantes en pertinencia cultural e interculturalidad en salud: en conocimiento y experiencia en interculturalidad, el 54% tuvo nivel limitado, el 24% deficiente y solo el 22% adecuado; en percepción de complementariedad de la medicina tradicional, el 51% presentó percepción deficiente, el 31% limitada y el 18% adecuada; y en capacidad para promover una concepción práctica de la interculturalidad, el 40,28% mostró capacidad limitada, el 33,33% deficiente y el 26,39% adecuada (23). Estos antecedentes refuerzan que las competencias vinculadas a la autorreflexión, la actitud crítica y la reducción de prejuicios pueden ser más difíciles de desarrollar que el conocimiento general sobre diversidad cultural.

La menor puntuación en sensibilidad cultural adquiere especial importancia porque esta dimensión representa la capacidad del profesional para reconocer sus propias creencias, prejuicios y actitudes frente a usuarios culturalmente diversos. Desde las bases teóricas, la competencia cultural exige un proceso continuo de autorreflexión, apertura y disposición al aprendizaje intercultural, sin limitarse al conocimiento general sobre grupos culturales (28,30). Por ello, aunque el conocimiento cultural haya obtenido el puntaje más alto, el menor desarrollo de la sensibilidad podría limitar la capacidad del profesional para transformar ese conocimiento en una atención plenamente centrada en la persona y respetuosa de la diversidad.

Respecto a la satisfacción del usuario, se observó que la mayoría reportó un nivel alto de satisfacción total (68,0%), seguido de un nivel bajo (16,9%) y moderado (15,1%). Asimismo, las dimensiones evaluadas presentaron predominio de niveles altos: accesibilidad y conveniencia (68,9%), trato interpersonal (67,2%), aspectos financieros (66,0%), calidad técnica (64,3%), tiempo dedicado por el profesional (64,3%), satisfacción

general (62,9%) y comunicación (54,0%). Estos resultados evidencian una percepción globalmente favorable de la atención recibida en los establecimientos evaluados. Desde el marco teórico, la satisfacción del usuario es un constructo multidimensional que integra aspectos técnicos, relacionales, organizacionales y contextuales, por lo que no depende únicamente de la interacción directa con el profesional (32,33).

La alta satisfacción encontrada puede haber influido en la ausencia de correlaciones significativas, debido a que la concentración de respuestas en niveles favorables reduce la variabilidad necesaria para detectar asociaciones estadísticas. En este caso, si la mayoría de usuarios evaluó positivamente la atención recibida, las diferencias entre profesionales pudieron atenuarse al agregar los puntajes de satisfacción por profesional. Esta situación ayuda a explicar por qué, aun existiendo diferencias en los puntajes de competencia cultural, no se observaron relaciones significativas con la satisfacción del usuario.

En relación con los objetivos específicos vinculados a las dimensiones de la competencia cultural, no se encontró relación estadísticamente significativa entre sensibilidad cultural y satisfacción del usuario ($\rho = -0,099$; $p = 0,415$), conocimiento cultural y satisfacción del usuario ($\rho = 0,019$; $p = 0,876$), ni habilidades culturales y satisfacción del usuario ($\rho = -0,045$; $p = 0,714$). Estos resultados permitieron no rechazar las hipótesis nulas específicas correspondientes, dado que ninguna dimensión mostró asociación significativa con la satisfacción total. La magnitud de las correlaciones fue muy baja o prácticamente nula, lo que indica que, en la muestra evaluada, las diferencias en sensibilidad, conocimiento y habilidades culturales no se relacionaron de manera relevante con la satisfacción promedio de los usuarios atendidos.

Este hallazgo contrasta con la literatura que sostiene que las dimensiones de competencia cultural favorecen la calidad de la interacción clínica. Márquez y Puente (2022), en una revisión sistemática cualitativa, identificaron que las competencias del personal sanitario en atención primaria para poblaciones indígenas se agrupan en conocimientos, habilidades y actitudes. Además, señalaron que las habilidades comunicativas culturalmente adaptadas, la continuidad de la atención y el trabajo conjunto con agentes

comunitarios favorecen la relación terapéutica; asimismo, el respeto, la empatía, la apertura al aprendizaje cultural y la reducción de estereotipos fueron elementos fundamentales para generar confianza, aceptación del servicio y una mejor experiencia de atención (26). Sin embargo, dicha revisión se basó principalmente en evidencia cualitativa, donde las experiencias, significados y barreras percibidas emergen con mayor profundidad. En contraste, el presente estudio empleó un enfoque cuantitativo y una medición agregada por profesional, lo que pudo limitar la identificación de relaciones más sutiles entre las dimensiones culturales y la satisfacción.

Los resultados también pueden interpretarse a la luz de antecedentes que muestran que el desarrollo de la competencia cultural depende de factores personales e institucionales. Pettersson et al. (2022), en profesionales de atención primaria de Suecia, encontraron mayores puntajes en apertura y conciencia (media = 4,98) y habilidades de interacción (media = 4,40), pero menor apoyo en el lugar de trabajo (media = 3,30); además, solo el 6% reportó alto apoyo institucional y el 56% indicó no recibir retroalimentación de supervisores para mejorar sus habilidades culturales (18). De forma complementaria, Schenk et al. (2022) encontraron que la importancia asignada a la competencia cultural, la participación en capacitación o coaching y el antecedente migratorio fueron predictores relevantes de dicha competencia, mientras que las variables organizacionales explicaron una proporción menor de la variabilidad (19). Estos antecedentes refuerzan que la competencia cultural no debe analizarse solo como un puntaje individual, sino como un fenómeno influido por experiencias, formación, actitudes personales y condiciones institucionales.

En cuanto a la relación entre competencia cultural y dimensiones específicas de la satisfacción del usuario, tampoco se encontraron asociaciones significativas con comunicación, trato interpersonal ni tiempo dedicado por el profesional, dimensiones directamente consideradas en los objetivos específicos. En comunicación se obtuvo una correlación negativa muy débil y no significativa (ρ = -0,103; p = 0,395); en trato interpersonal, una correlación negativa muy débil y no significativa (ρ = -0,102; p = 0,399); y en tiempo dedicado, una correlación positiva prácticamente nula y no significativa (ρ =

0,025; p = 0,835). Estos resultados permitieron no rechazar las hipótesis nulas específicas respectivas.

La ausencia de relación con estas dimensiones no implica que la comunicación, el trato interpersonal o el tiempo dedicado carezcan de importancia, sino que, en este estudio, el nivel de competencia cultural medido por la EMCC-14 no se asoció estadísticamente con dichas percepciones de satisfacción. La comunicación presentó 54,0% de nivel alto y 28,0% de nivel moderado; el trato interpersonal, 67,2% de nivel alto y 15,7% de nivel moderado; y el tiempo dedicado por el profesional, 64,3% de nivel alto y 33,1% de nivel moderado. Esta concentración de respuestas favorables pudo reducir la posibilidad de observar diferencias significativas. Además, estas dimensiones pueden estar influidas por factores como actitud general del profesional, carga laboral, presión asistencial, organización de turnos, condiciones del establecimiento y expectativas del usuario, elementos que no fueron medidos directamente en el análisis correlacional.

Las demás dimensiones del PSQ-18 adaptado fueron analizadas de manera complementaria, con el propósito de explorar el comportamiento global de la satisfacción del usuario; sin embargo, la contrastación formal de los objetivos específicos se centró en comunicación, trato interpersonal y tiempo dedicado por el profesional. En ese análisis complementario tampoco se encontraron relaciones significativas entre competencia cultural y satisfacción general (ρ = -0,094; p = 0,437), aspectos financieros (ρ = -0,118; p = 0,332), accesibilidad y conveniencia (ρ = -0,077; p = 0,526) y calidad técnica (ρ = -0,079; p = 0,516). Este patrón refuerza que la satisfacción del usuario no puede explicarse únicamente desde la competencia cultural individual del profesional, sino también desde condiciones como disponibilidad de medicamentos, tiempos de espera, costos indirectos, infraestructura, continuidad de la atención, trato administrativo y capacidad resolutiva percibida.

La explicación contextual resulta importante en el ámbito de la Microred San José–Yarinacocha. Los establecimientos evaluados pertenecen al primer nivel de atención y atienden a población culturalmente diversa, incluyendo usuarios de comunidades nativas,

población mestiza y migrante. No obstante, en los resultados descriptivos se observó que el 92,9% de los usuarios empleó el idioma español durante la atención, mientras que solo el 7,1% utilizó español junto con una lengua originaria. De manera complementaria, la mayoría de profesionales no reportó dominio de otra lengua distinta al español, dado que el 95,7% indicó no dominar otra lengua, mientras que solo el 2,9% refirió dominio del quechua y el 1,4% del achuar. Estos hallazgos sugieren que la presencia de barreras lingüísticas explícitas pudo haber sido limitada durante la atención, lo cual podría explicar que la competencia cultural no emergiera como un factor diferenciador fuerte en la satisfacción percibida.

Asimismo, la medición de competencia cultural se realizó mediante autorreporte de los profesionales, mientras que la satisfacción fue medida desde la percepción del usuario. Esta diferencia de fuentes pudo influir en los resultados, ya que la competencia cultural declarada por el profesional no necesariamente coincide con la competencia cultural percibida por el usuario durante la atención. Este aspecto es relevante porque Brunett y Shingles (2018) destacaron que la competencia cultural percibida por el paciente se relaciona con mayor satisfacción y confianza (17). En consecuencia, futuras investigaciones podrían incorporar instrumentos que midan la competencia cultural desde la perspectiva del usuario, lo que permitiría explorar con mayor precisión su impacto en la experiencia de atención.

Otro elemento metodológico por considerar es que la satisfacción del usuario fue agregada por profesional, calculando un promedio a partir de cinco usuarios atendidos por cada profesional. Este procedimiento permitió mantener coherencia con la unidad de análisis principal, pero también pudo suavizar diferencias individuales entre usuarios. Es decir, experiencias muy positivas o negativas pudieron quedar atenuadas al promediarse dentro del grupo correspondiente a cada profesional. Aunque esta estrategia fue adecuada para relacionar los datos con la competencia cultural del profesional, debe reconocerse que la satisfacción es una percepción individual y puede variar según características personales, expectativas previas y experiencia particular de atención.

Desde una perspectiva teórica, los resultados permiten reafirmar que la competencia cultural debe entenderse como un constructo necesario, pero no aislado. La competencia cultural implica sensibilidad, conocimiento y habilidades para interactuar adecuadamente con usuarios culturalmente diversos; sin embargo, su expresión práctica depende también de condiciones institucionales, disponibilidad de tiempo, apoyo organizacional, formación continua, recursos de comunicación y políticas interculturales (28,31). Por ello, la ausencia de correlación significativa no debe interpretarse como falta de importancia de la competencia cultural, sino como evidencia de que su efecto sobre la satisfacción puede estar mediado o moderado por otros factores no evaluados directamente.

En términos de implicancias, los resultados sugieren la necesidad de fortalecer la competencia cultural en los profesionales de salud, especialmente en la dimensión sensibilidad cultural, que presentó el menor promedio. Este componente resulta fundamental porque permite al profesional reconocer sus propias creencias, prejuicios y actitudes frente a la diversidad, aspecto indispensable para brindar una atención más reflexiva, respetuosa y centrada en la persona. Asimismo, se requiere promover estrategias formativas que no se limiten a transmitir conocimientos culturales generales, sino que favorezcan procesos de autorreflexión, comunicación intercultural, adaptación del cuidado y reconocimiento de la dignidad del usuario.

De igual manera, los hallazgos permiten señalar que la mejora de la satisfacción del usuario en el primer nivel requiere intervenciones integrales orientadas a fortalecer la organización de los servicios, reducir barreras de acceso, mejorar los tiempos de atención, garantizar condiciones adecuadas para la comunicación y promover una cultura institucional sensible a la diversidad. Esto es coherente con la literatura que reconoce que la satisfacción está determinada por múltiples dimensiones, entre ellas la accesibilidad, el trato, la comunicación, los aspectos financieros, la calidad técnica percibida y el tiempo dedicado por el profesional (32,33,36).

Entre las principales limitaciones del estudio se reconoce el diseño transversal, el cual no permite establecer relaciones causales ni determinar cambios en el tiempo; asimismo, el muestreo de usuarios fue no probabilístico consecutivo, por lo que los resultados deben interpretarse dentro del contexto específico de los establecimientos evaluados. También debe considerarse que la competencia cultural fue medida mediante autorreporte, lo cual puede estar influido por deseabilidad social, especialmente al tratarse de un tema vinculado con actitudes, valores y prácticas profesionales. Además, la agregación de la satisfacción por profesional, aunque metodológicamente necesaria para el análisis correlacional, pudo reducir la variabilidad individual de las experiencias de los usuarios. A ello se suma que el estudio no incorporó un componente cualitativo que permitiera explorar con mayor profundidad cómo los usuarios perciben la pertinencia cultural de la atención ni cómo los profesionales comprenden y aplican la competencia cultural en situaciones concretas.

A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta evidencia relevante para el contexto local, particularmente porque no se identificaron antecedentes directos relacionados con la competencia cultural y la satisfacción del usuario en la Microred San José–Yarinacocha. Además, la investigación utilizó instrumentos estructurados, evaluó tanto a profesionales como a usuarios y mantuvo una unidad analítica coherente mediante la vinculación de la satisfacción con el profesional que brindó la atención. Este aporte resulta significativo para comprender la interacción entre competencia cultural y satisfacción en el primer nivel de atención de una región caracterizada por diversidad sociocultural.

En síntesis, los hallazgos muestran que no existió relación estadísticamente significativa entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción de los usuarios, ni a nivel global ni en los análisis por dimensiones. Aunque este resultado difiere de estudios que sostienen una asociación positiva entre competencia cultural y experiencia del paciente, coincide con investigaciones que evidencian que la satisfacción puede estar influida por factores individuales, institucionales y metodológicos más amplios. Por ello, el fortalecimiento de la competencia cultural debe mantenerse como una prioridad formativa y ética en el primer nivel de atención, pero articulada con mejoras institucionales que permitan una atención más pertinente, equitativa y centrada en la persona.

CONCLUSIONES

- No se encontró relación estadísticamente significativa entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción de los usuarios atendidos en los establecimientos del primer nivel de atención de la Microred San José–Yarinacocha, 2026. El coeficiente de Spearman fue negativo, muy débil y no significativo (ρ = -0,074; p = 0,542), por lo que no se rechazó la hipótesis nula general.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre la sensibilidad cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción de los usuarios. El coeficiente obtenido fue negativo, muy débil y no significativo (ρ = -0,099; p = 0,415), lo que evidencia que esta dimensión no se asoció de manera relevante con la satisfacción promedio de los usuarios atendidos.
- No se evidenció relación estadísticamente significativa entre el conocimiento cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción de los usuarios. El coeficiente fue positivo, prácticamente nulo y no significativo (ρ = 0,019; p = 0,876), por lo que el conocimiento cultural autorreportado no mostró asociación relevante con la satisfacción del usuario.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre las habilidades culturales de los profesionales de la salud y la satisfacción de los usuarios. El coeficiente fue negativo, muy débil y no significativo (ρ = -0,045; p = 0,714), lo que indica que esta dimensión no se relacionó significativamente con los niveles de satisfacción reportados.
- No se encontró relación estadísticamente significativa entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la dimensión comunicación de la satisfacción del usuario. La correlación fue negativa, muy débil y no significativa (ρ = -0,103; p = 0,395), por lo que no se evidenció asociación relevante entre ambas variables.
- No se evidenció relación estadísticamente significativa entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la dimensión trato interpersonal de la satisfacción del usuario. El coeficiente fue negativo, muy débil y no significativo (ρ = -0,102; p =

0,399), lo que indica que la competencia cultural no se asoció estadísticamente con la percepción del trato recibido por los usuarios.

- No se encontró relación estadísticamente significativa entre la competencia cultural de los profesionales de la salud y la dimensión tiempo dedicado por el profesional en la satisfacción del usuario. El coeficiente fue positivo, prácticamente nulo y no significativo (ρ = 0,025; p = 0,835), lo que evidencia que ambas variables no se asociaron de manera relevante en la muestra estudiada.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la Microred San José–Yarinacocha y a los responsables de los establecimientos del primer nivel de atención de su jurisdicción implementar capacitaciones periódicas sobre competencia cultural dirigidas a médicos, licenciadas/os en enfermería y obstetras. Estas capacitaciones deberían abordar sensibilidad cultural, autorreflexión, reconocimiento de prejuicios, comunicación intercultural, barreras lingüísticas y adecuación del trato a las características socioculturales de los usuarios.
- Se recomienda fortalecer especialmente la dimensión de sensibilidad cultural en los profesionales de la salud, debido a que fue la dimensión con menor promedio dentro de la competencia cultural. Para ello, sería pertinente desarrollar talleres participativos, análisis de casos y espacios de reflexión que permitan reconocer actitudes, creencias y posibles sesgos frente a usuarios procedentes de comunidades nativas, población mestiza y migrante.
- Se recomienda a las instituciones formadoras de profesionales de la salud, especialmente a la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, fortalecer la incorporación de contenidos y experiencias formativas sobre interculturalidad en salud durante el pregrado. Estos contenidos deberían incluir diversidad cultural amazónica, comunicación intercultural, reconocimiento de prácticas tradicionales y análisis de situaciones clínicas con enfoque ético, a fin de preparar a los futuros profesionales para interactuar de manera respetuosa con usuarios de diferentes contextos culturales.
- Se recomienda a los profesionales de salud mantener prácticas de atención centradas en la persona, priorizando la escucha activa, el respeto por las creencias del usuario, la explicación clara de las indicaciones, el trato digno y la apertura al diálogo sobre prácticas culturales relacionadas con la salud. Estas acciones son necesarias, aunque no se haya encontrado relación estadísticamente significativa entre competencia cultural y satisfacción, debido a que forman parte de una atención ética, humanizada y culturalmente pertinente.

- Se recomienda fortalecer la comunicación intercultural en los establecimientos de la Microred San José–Yarinacocha, especialmente en la atención a usuarios que pertenecen a comunidades nativas o emplean una lengua originaria. Para ello, resulta pertinente promover el uso de lenguaje claro, verificar la comprensión del usuario y, cuando corresponda, recurrir al apoyo de personal capacitado, intérpretes o acompañantes de confianza, sin afectar la autonomía del usuario.
- Se recomienda a la gestión de los establecimientos de salud evaluar de manera continua los factores organizacionales que podrían influir en la satisfacción del usuario, tales como tiempos de espera, disponibilidad de recursos, accesibilidad, continuidad de la atención, condiciones de comunicación y capacidad resolutiva percibida. Esto permitirá identificar aspectos del servicio que pueden influir en la experiencia del usuario más allá de la competencia cultural individual del profesional.
- Se recomienda incorporar mecanismos de seguimiento y retroalimentación sobre la aplicación práctica de la competencia cultural en la atención cotidiana. Para ello, podrían emplearse observaciones supervisadas, reuniones de análisis de casos, autoevaluaciones periódicas y espacios de mejora continua, con el fin de que la formación intercultural se traduzca en prácticas sostenidas dentro del servicio.
- Se recomienda que futuras investigaciones incorporen enfoques mixtos o cualitativos, mediante entrevistas, grupos focales u observación de la atención, con el propósito de explorar con mayor profundidad cómo los usuarios perciben la pertinencia cultural del servicio y cómo los profesionales aplican la competencia cultural en situaciones reales de atención.
- Se recomienda que futuros estudios midan la competencia cultural no solo desde el autorreporte del profesional, sino también desde la percepción del usuario. Asimismo, sería conveniente incluir variables institucionales y contextuales, como tiempos de espera, disponibilidad de recursos, carga laboral, barreras lingüísticas y experiencia previa del usuario, para analizar con mayor precisión los factores asociados a la satisfacción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Dimenstein M, Silva BÍB de M, Simoni ACR, Belarmino VH, Gomes RWS, Martins LF, et al. Competência cultural, interseccionalidade e equidade em saúde. Estud Psicol (Campinas). 2025;42:e14749. https://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202542e14749pt
2) Ortiz-Melgar AP. Diversidad cultural peruana: ¿aliado o enemigo de la salud mental? Rev Fac Med Hum [Internet]. 2022 Oct [citado 2025 Dic 20];22(4):912-913. https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v22i4.5251.
3) Perú Sostenible. Diversidad cultural: ¿cuánto se valora realmente en el Perú? [Internet]. Lima: El Comercio; 2021 [citado 2023 nov 20]. Disponible en: https://especial.elcomercio.pe/perusostenible/diversidad-cultural-cuanto-se-valora-realmente-en-el-peru
4) Llanos-Zavalaga LF, Arenas-Siles D, Valcarcel B, Huapaya-Huertas O. Historia de la atención primaria de salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. Rev Med Hered. 2020;31(4):266-273. https://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i4.3861.
5) Ferrer-Lues MP, Jaramillo M, Chepo M, Muñoz-Lizana N, Ambiado-Cortés C, Tijoux-Merino ME. Desafíos del enfoque de competencias culturales para atender la salud de personas migrantes en Chile. Migraciones Internacionales. 2024 Jan 1;15:07. https://dx.doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2726
6) Beltrán-Véliz J, Tereucán-Angulo J, Alarcón AM, Gálvez-Nieto JL, Vera-Gajardo N. Competencias interculturales desde un enfoque ético intercultural en la formación inicial de profesionales en ciencias de la salud: un desafío ineludible. Acta Bioeth. 2023;29(2):177-183. https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2023000200177
7) Torres Belma A. Interculturalidad en salud en los currículos de formación médica y de profesionales sanitarios para un desempeño profesional efectivo. Educ Med. 2025;26(5):101060. https://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2025.101060
8) Cabrera Reyes L de la C, Pérez Cabrera CL, Hernández Sánchez JE, García Martí IO. Resultados iniciales para un estudio sobre competencia comunicativa en el contexto de la relación personal de salud-paciente. Humanid Med [Internet]. 2023

Apr 10 [citado 2026 Ene 19];23(1):e2452. Disponible en: https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/2452

9) Argyriadis A, Patelarou E, Paoullis P, Patelarou A, Dimitrakopoulos I, Zisi V, et al. Self-assessment of health professionals' cultural competence: knowledge, skills, and mental health concepts for optimal health care. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(18):11282. https://dx.doi.org/10.3390/ijerph191811282
10) Ministerio de Cultura del Perú. Ucayali: cartilla informativa sobre pueblos indígenas u originarios [Internet]. Lima: Ministerio de Cultura; 2024 [citado 2025 dic 02]. Disponible en: https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Cartilla%20PPIIOO%20Ucayali_vf_IV%C3%81N.OCII__0.pdf
11) Quiñones-Laveriano DM. La importancia de la interculturalidad en salud en el Perú. Rev Per Med Integr [Internet]. 2025 [citado 2026 May 12];25(1):7-8. Disponible en: https://doi.org/10.26722/rpmi.2025.v10n1.832
12) Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. Cad Saúde Pública. 2019;35(1):e00120818. https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00120818
13) Cabieses B, Obach A, Urrutia C, editoras. Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales [Internet]. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2021 [citado 2026 Ene 15]. 378 p. Disponible en: http://hdl.handle.net/11447/4357
14) Álvarez-Cruces DJ, Nocetti-de-la-Barra A, Burdiles-Fernández G. Competencia cultural de profesionales sanitarios en la atención a inmigrantes a la luz del modelo de Terry Cross. Index Enferm. 2021;30(3):179-183. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200006&lng=es
15) Pedrero V, Bernales M, Chepo M, Manzi J, Pérez M, Fernández P. Desarrollo de un instrumento para medir competencia cultural en trabajadores de salud. Rev Saude Publica [Internet]. 2020 Mar 16 [citado 2026 May 12];54:29. Disponible en: https://revistas.usp.br/rsp/article/view/167779

16) Robaina Castillo JI. Cultural competence in medical and health education: an approach to the topic. Seminars in Medical Writing and Education [Internet]. 2022 Oct 22 [citado 2026 Ene 18];1:13. Disponible en: https://mw.ageditor.ar/index.php/mw/article/view/4
17) Brunett M, Shingles RR. Does having a culturally competent health care provider affect the patients' experience or satisfaction? A critically appraised topic. J Sport Rehabil. 2018;27(3):284-288. https://dx.doi.org/10.1123/jsr.2016-0123
18) Pettersson S, Holstein J, Jirwe M, Jaarsma T, Klompstra L. Cultural competence in healthcare professionals, specialised in diabetes, working in primary healthcare: a descriptive study. Health Soc Care Community. 2022;30(3):e717-e726. https://dx.doi.org/10.1111/hsc.13442
19) Schenk L, Sonntag PT, Beck P, Khan Z, Peppler L, Schouler-Ocak M. Organisational and staff-related effects on cultural competence in the hospital setting: a cross-sectional online survey of nursing and medical staff. BMC Health Serv Res. 2022;22:644. https://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-07947-x
20) Agrazal García J, McLaughlin de Anderson M, Gordón de Isaacs L. Beneficios del cuidado de enfermería con congruencia cultural en el bienestar y satisfacción del paciente. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2022 Jun 14 [citado 2026 Ene 18];38(2). Disponible en: https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4218
21) Vandecasteele R, Robijn L, Willems S, De Maesschalck S, Stevens PAJ. Barriers and facilitators to culturally sensitive care in general practice: a reflexive thematic analysis. BMC Prim Care. 2024;25:381. https://dx.doi.org/10.1186/s12875-024-02630-y
22) León Izquierdo RP, Chávarry Ysla PR. Competencias interculturales del personal obstetra en la Red II Cajamarca 2016. TZHOECOEN [Internet]. 2019 Mar 29 [cited 2025 Nov 26];11(1):93-106. Disponible en: https://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/1036
23) Abanto Cusihuaman M. Pertinencia cultural del personal sanitario en la atención primaria de salud de la Micro Red Livitaca, 2018 [tesis de maestría]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2021. Disponible en:

https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/6016/253T20211039_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

24) Chávez Agurto P. Competencias interculturales del profesional de salud serumista en 3 distritos de la provincia de Puerto Inca, Región Huánuco [tesis de maestría en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2022 [citado 2025 Dic 15]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12672/18986
25) Huamán Velazco FM. Competencia cultural del profesional de enfermería en la percepción de la calidad del cuidado del paciente con quimioterapia en la consulta externa del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en Lima, 2021 [tesis de maestría]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2022 [citado 2025 Dic 20]. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12840/6213
26) Márquez Carreño JC, Puente Hospina CD. Competencias del personal sanitario en atención primaria de salud —APS renovada— en poblaciones indígenas: una revisión sistemática cualitativa [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas; 2022 [citado 2025 Dic 12]. Disponible en: http://hdl.handle.net/10757/659434
27) Izquierdo Hernandez ME. Percepción de competencias interculturales y nivel de satisfacción de usuarios afrodescendientes en establecimientos de salud de atención primaria de Lima y Callao, 2023 [tesis de maestría]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2025. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/dfda031f-39d0-4fb2-b019-56e52c343a7f/content
28) Gouveia EAH, Silva R de O, Pessoa BHS. Competência cultural: uma resposta necessária para superar as barreiras de acesso à saúde para populações minorizadas. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2019 [citado 2025 Dic 10];43(1 Suppl 1):82-90. Disponible en: https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066
29) Hincapié-Carvajal JA, Cedeño-Camaño Z, Igualá-González N, Martínez-Salazar AL, Martínez-Sandoya A, Arias-Murcia SE. The cultural competence of health professionals in the care of cancer patients: a scoping review. Rev Gaúcha Enferm

[Internet]. 2025 [citado 2025 Nov 28];46:e20240253. Disponible en: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240253.en

30) Pérez Acuña CV, Medina JL. Formación de profesionales de la salud que incorpora la competencia intercultural: una necesidad actual. Educ Med Super. 2023;37(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412023000400001&lng=es

31) Álvarez San Martín R, Catalán Obando SS, Morales Aldea MS, Wolfgang Schifferli Montre HR. Competencias culturales en la gestión del cuidado en pacientes culturalmente diversos: revisión de alcance. RUE [Internet]. 2025 Feb 28 [citado 2026 Feb 18];20(1):e402. Disponible en: https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/436

32) Alodhialah AM, Almutairi AA, Almutairi M. Key predictors of patient satisfaction and loyalty in Saudi healthcare facilities: a cross-sectional analysis. Healthcare. 2024;12(20):2050. https://dx.doi.org/10.3390/healthcare12202050

33) Niu Z, Huang L, He H, Chen L, Wang Y, Yang X, et al. The revised patient satisfaction questionnaire (PSQ-R): validity, reliability, equivalence, and network analysis among hospitalized patients in the Chinese population. BMC Health Serv Res [Internet]. 2024 [cited 2026 Feb 05];24:1289. Available from: https://doi.org/10.1186/s12913-024-11788-1

34) Iglesias-Puzas Á, de Miguel-Abildúa E, Conde-Taboada A, Iglesias-Bayo L, López-Bran E. Validación y adaptación transcultural del cuestionario de satisfacción en dermatología (PSQ-18). J Healthc Qual Res [Internet]. 2021 Sep-Oct [citado 2026 Feb 18];36(5):269-274. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.04.004

35) Padilla-Florian M, Pozo-Olivera M. Percepción de calidad y satisfacción del paciente en hospitales especializados del centro del Perú. Rev Peru Cienc Salud [Internet]. 2023 Nov 2 [citado 2026 May 12];5(4):305-311. Disponible en: https://revistas.udh.edu.pe/RPCS/article/view/434e

36) Valladares-Garrido MJ, Quiñones-Villegas A, Sánchez-Quispe JM, Basurto-Ayala P, Inga-Berrospi F. Factores asociados a satisfacción en el primer nivel de atención en cuatro establecimientos de salud peruanos. Rev Cuerpo Med HNAAA [Internet].

2020 Feb 25 [citado 2026 Jan 20];12(4):258-266. Disponible en: https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/557

37) Domínguez-Samamés R, Romero-Albino Z, Cuba-Fuentes MS. Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana, Perú. Rev Med Hered [Internet]. 2022 Jan [citado 2026 Ene 12];33(1):35-40. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2022000100035&lng=es

38) Fariño-Cortez J, Cercado-Mancero A, Vera-Lorenti E, Valle-Flores J, Ocaña-Ocaña A. Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria de salud. Espacios. 2018;39(32):22. Disponible en: https://www.revistaespacios.com/a18v39n32/a18v39n32p22.pdf

39) Pagkalinawan AAG, De Castro RDP, Lamoriza KCP, Pascual ARA, Tinamisan MME, Tosoc RM. Adapting Patient Satisfaction Questionnaire-18 (PSQ-18) for physical therapy patients undergoing telerehabilitation in National Capital Region (NCR), Philippines. Asia Pac J Allied Health Sci [Internet]. 2022 Sep [cited 2026 May 12];5(2):82-90. Available from: https://research.lpubatangas.edu.ph/wp-content/uploads/2022/09/12-APJAHS-2022-24.pdf

40) Microred San José–Yarinacocha. Reporte de producción de servicios: atenciones y atendidos por mes, 2025 (7 establecimientos de salud I-2/I-3 incluidos) [documento interno]. Pucallpa (PE): Microred San José–Yarinacocha; 2025.

41) Pedrero C V, Bernales S M, Chepo Ch M. Escala de Medición Competencia Cultural (EMCC-14): manual de aplicación [Internet]. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo; 2019 [citado 2026 May 12]. Disponible en: https://repositorio.udd.cl/server/api/core/bitstreams/694a793f-e2dc-4190-8f95-bb29b1050830/content

ANEXOS

Anexo N°01: Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores / Instrumentos	Método y diseño
Problema general ¿Cuál es la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026? **Problemas específicos** ¿Cuál es la relación entre el nivel de sensibilidad cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026? ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026? ¿Cuál es la relación entre el nivel de habilidades culturales de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en	**Objetivo general** Determinar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Objetivo específico 1** Identificar la relación entre el nivel de sensibilidad cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Objetivo específico 2** Identificar la relación entre el nivel de conocimiento cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Objetivo específico 3** Identificar la relación entre el nivel de habilidades culturales de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del	**Hipótesis general** Ha: Existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Hipótesis específica 1** Ha1: Existe relación entre el nivel de sensibilidad cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Hipótesis específica 2** Ha2: Existe relación entre el nivel de conocimiento cultural de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Hipótesis específica 3** Ha3: Existe relación entre el nivel de habilidades culturales de los profesionales de la salud con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del	**Variable independiente:** Competencia cultural de los profesionales de la salud	Sensibilidad cultural Conocimiento cultural Habilidades culturales	**Instrumento:** EMCC-14 Ítems 1–4 (sensibilidad) Ítems 5–8 (conocimiento) Ítems 9–14 (habilidades) Escala Likert (1–5)	**Enfoque:** Cuantitativo **Tipo:** Básico **Método:** Hipotético-deductivo **Nivel:** Relacional **Diseño:** No experimental, transversal, descriptivo-correlacional **Población:** Profesionales de la salud - médicos, licenciadas/os en enfermería y obstetras – que laboran en consulta externa en los establecimientos del primer nivel de atención seleccionados de la Microred San José – Yarinacocha; y usuarios, personas adultas de 18 años a más que culminaron una atención en consulta externa. En las atenciones de enfermería en el servicio de crecimiento y desarrollo, también se incluyó a padres, madres o cuidadores adultos que interactuaron

establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026? ¿Cuál es la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión comunicación de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026? ¿Cuál es la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión trato interpersonal de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026? ¿Cuál es la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión tiempo dedicado por el profesional de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026?	primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Objetivo específico 4** Identificar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión comunicación de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Objetivo específico 5** Identificar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión trato interpersonal de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Objetivo específico 6** Identificar la relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión tiempo dedicado por el profesional de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.	primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Hipótesis específica 4** Ha4: Existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión comunicación de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Hipótesis específica 5** Ha5: Existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión trato interpersonal de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026. **Hipótesis específica 6** Ha6: Existe relación entre la competencia cultural de los profesionales de la salud con la dimensión tiempo dedicado por el profesional de la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención, Yarinacocha-2026.	**Variable dependiente:** Satisfacción del usuario	Satisfacción general Calidad técnica Comunicación Trato interpersonal Accesibilidad y conveniencia Aspectos financieros Tiempo dedicado por el profesional	**Instrumento:** PSQ-18 adaptado Ítems distribuidos en 7 dimensiones Escala Likert (1–5), con recodificación de ítems negativos	directamente con el profesional y pudieron valorar la atención recibida. **Muestra:** 70 profesionales de la salud y 350 encuestas válidas de usuarios, distribuidas a razón de cinco usuarios por cada profesional. Para el análisis descriptivo de la satisfacción se consideraron las 350 encuestas individuales. Para el análisis correlacional se utilizó una base agregada de 70 registros, correspondiente al promedio de satisfacción de los cinco usuarios vinculados con cada profesional de la salud. **Muestreo:** Profesional de salud (muestreo censal) Usuarios (muestreo no probabilístico consecutivo) **Prueba estadística:** Rho de Spearman α = 0,05

Anexo N°02: Instrumentos de recolección de datos

A. CUESTIONARIO SOBRE COMPETENCIA CULTURAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA MICRORED SAN JOSÉ–YARINACOCHA, 2026

Estimado(a) profesional de la salud:

Se le invita a participar en un estudio de investigación que tiene como finalidad evaluar el nivel de competencia cultural de los profesionales de la salud que laboran en establecimientos del primer nivel de atención. Su participación es voluntaria y la información que proporcione será tratada de manera confidencial y anónima, utilizándose exclusivamente con fines académicos.

Agradecemos de antemano su colaboración y el tiempo brindado para el desarrollo del presente estudio.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque con un aspa (X) la alternativa que mejor represente su opinión. Seleccione una sola respuesta por pregunta. En caso de que algún enunciado no sea claro, podrá solicitar la aclaración correspondiente a la persona encargada de la aplicación del cuestionario.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL

1) Edad: _____

2) Sexo:

   Masculino ( )
   Femenino ( )

3) Tipo de profesión

   Médico (a) ( )
   Enfermero (a) ( )
   Obstetra ( )

4) Tipo de vínculo laboral

   Nombrado
   CAS
   Tercero
   SERUMS
   Otro

5) ¿Cuánto tiempo total ha laborado (en meses o años) en el primer nivel de atención (centros o puestos de salud), sumando todos los establecimientos donde ha trabajado?

_____

6) Procedencia:

Ucayali ( )
Otra región ( ): _____

7) Establecimiento donde labora:

C.S. San José de Yarinacocha ( )
P.S. San Pablo de Tushmo ( )
P.S. Esperanza de Panaillo ( )
P.S. Bellavista de Yarinacocha ( )
P.S. San Francisco de Yarinacocha ( )
P.S. Huitococha ( )
P.S. San Juan de Yarinacocha ( )

8) ¿Cuál ha sido su nivel de contacto profesional con comunidades indígenas en los últimos meses?

a) Ninguno
b) Espóradico (menos de una vez al mes)
c) Mensual
d) Semanal
e) Frecuente (diario o casi diario)

9) ¿Domina usted alguna lengua adicional al español?

a) Sí, especificar: _____
b) No

SECCIÓN 2: COMPETENCIA CULTURAL

A continuación, se presenta una serie de enunciados a los que deberá Ud. Responder marcando con un aspa (X) en las casillas. Solo elegir una respuesta.

El cuestionario cuenta con 5 ítems (Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo), las cuales están valorizadas en una escala de 1 a 5 puntos.

1 = Totalmente en desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4 = De acuerdo
5 = Totalmente de acuerdo

Asegúrese de contestar todas las preguntas, y en caso de duda, consultar al encuestador o encuestadora.

Pensando en su práctica clínica habitual, frente a cada pregunta, indique qué tan de acuerdo o desacuerdo se encuentra usted	**Totalmente en desacuerdo (1 puntos)**	**En desacuerdo (2 puntos)**	**Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos)**	**De acuerdo (4 puntos)**	**Totalmente de acuerdo (5 puntos)**
1. Creo que los pacientes con diferentes creencias y costumbres tienen distintas expectativas y/o necesidades en la atención en salud.					
2. Creo que las creencias, valores y costumbres de los pacientes afectan su salud.					
3. Creo que mi contexto cultural influye sobre mis actitudes y creencias acerca de otros grupos culturales.					
4. Soy consciente de que mis creencias acerca de los pacientes influyen en las recomendaciones terapéuticas que les entrego.					
5. Las creencias, valores y costumbres de los pacientes deben ser valorados en la atención en salud.					
6. Considero que conocer mejor las creencias y costumbres de los pacientes me ayudará a plantear un tratamiento más adecuado.					
7. Considero que cada paciente tiene su propio concepto de salud y enfermedad.					
8. Considero que los problemas de salud del paciente deben ser comprendidos dentro de su contexto cultural (creencias, valores y costumbres).					

9. Les pido al paciente y a su familia que manifiesten las expectativas que tienen con respecto al cuidado y atención en salud.					
10. Soy capaz de reconocer barreras potenciales para acceder a servicios de salud a las que se pueden ver enfrentados los diferentes pacientes.					
11. Soy capaz de establecer metas y/o objetivos terapéuticos considerando el contexto cultural (creencias y costumbres) de mis pacientes y sus necesidades.					
12. Registro en la ficha clínica los datos sobre creencias y costumbres recogidos en la valoración del paciente.					
13. Me esfuerzo por explicar al paciente su tratamiento médico, incluso si él cree que la causa de su enfermedad es sobrenatural.					
14. Estoy atento a posibles dificultades que puedan surgir durante la atención en salud debido a las diferencias culturales entre el paciente y yo.					

Puntaje total	
Dimensión sensibilidad (Preguntas de la 1 a la 4)	
Dimensión conocimiento (Preguntas de la 5 a la 8)	
Dimensión habilidades (Preguntas de la 9 a la 14)	

¡Gracias por su participación!

B. CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA MICRORED SAN JOSÉ–YARINACOCHA, 2026

Estimado(a) usuario(a):

Se le invita a participar en un estudio de investigación que tiene como finalidad conocer el nivel de satisfacción de los usuarios que reciben atención en los establecimientos del primer nivel de atención. Su participación es voluntaria y la información que proporcione será tratada de manera confidencial y anónima, utilizándose exclusivamente con fines académicos.

La participación en este estudio no afectará de ninguna manera la atención que recibe en el establecimiento de salud. Agradecemos de antemano su colaboración y el tiempo brindado para responder el cuestionario.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada enunciado y marque con un aspa (X) la alternativa que mejor represente su opinión sobre la atención recibida. Seleccione una sola respuesta por pregunta. Si algún enunciado no resulta claro, podrá solicitar apoyo a la persona encargada de la aplicación del cuestionario para su adecuada comprensión, sin que ello influya en sus respuestas.

Código del profesional (uso del investigador): _____

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN GENERAL DE LOS USUARIOS

1) Edad: _____

2) Sexo:

   Masculino ( )
   Femenino ( )

3) Pertenece a alguna comunidad nativa

   Sí
   No

   Si pertenece, indique su comunidad de origen:

   _____

4) Lengua empleada durante la atención:

Español ( )
Shipibo ( )
Otro ( ): _____
Español + lengua originaria ( )

5) Procedencia

Ucayali ( )
Otra región ( ): _____

6) Profesional que lo (a) atendió

Médico (a) ( )
Licenciada (o) en enfermería ( )
Obstetra ( )

7) Establecimiento en donde se atendió

C.S. San José de Yarinacocha ( )
P.S. San Pablo de Tushmo ( )
P.S. Esperanza de Panaillo ( )
P.S. Bellavista de Yarinacocha ( )
P.S. San Francisco de Yarinacocha ( )
P.S. Huitococha ( )
P.S. San Juan de Yarinacocha ( )

SECCIÓN 2: SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Instrucciones:

Marque una sola opción por cada afirmación:

1 = Totalmente en desacuerdo
2 = En desacuerdo
3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4 = De acuerdo
5 = Totalmente de acuerdo

Nº	**Ítem**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1	El profesional de salud me explicó claramente lo que necesitaba saber sobre mi atención.	☐	☐	☐	☐	☐
2	A veces dudo de la capacidad del profesional de salud que me atiende	☐	☐	☐	☐	☐
3	En general, estoy satisfecho(a) con la atención que recibí por parte del profesional de salud en este establecimiento.	☐	☐	☐	☐	☐
4	El profesional de salud fue cuidadoso y minucioso durante mi atención.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Me resulta difícil recibir atención de salud cuando la necesito	☐	☐	☐	☐	☐
6	El profesional de salud parece estar bien preparado para atender mis problemas de salud.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Tuve que esperar demasiado tiempo para ser atendido(a).	☐	☐	☐	☐	☐
8	Me preocupa tener que gastar dinero relacionado con mi atención de salud (por ejemplo, transporte, medicamentos u otros gastos).	☐	☐	☐	☐	☐
9	Considero que los gastos relacionados con mi atención de salud son razonables	☐	☐	☐	☐	☐
10	El profesional de salud me trató con respeto y amabilidad.	☐	☐	☐	☐	☐
11	El profesional de salud mostró interés y comprensión por mis preocupaciones.	☐	☐	☐	☐	☐
12	El establecimiento de salud está bien organizado para atender a los usuarios.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Las explicaciones que me dio el profesional de salud fueron fáciles de entender.	☐	☐	☐	☐	☐
14	A veces siento que el profesional de salud no hizo todo lo posible por ayudarme	☐	☐	☐	☐	☐
15	El profesional de salud dedicó el tiempo necesario para atenderme.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Es fácil acceder a los servicios de este establecimiento de salud.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Recomendaría este establecimiento de salud por la atención brindada por el profesional de salud.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Durante la atención, no sentí que el profesional de salud estuviera apurado.	☐	☐	☐	☐	☐

Anexo N°03: Puntuación de las variables y sus dimensiones

1) **PUNTUACIÓN DE VARIABLE COMPETENCIA CULTURAL Y SUS DIMENSIONES**

Transformación de puntajes de la EMCC-14 a escala de 0 a 100

Los puntajes de la Escala de Medición de Competencia Cultural (EMCC-14) fueron transformados a una escala estandarizada de 0 a 100 puntos, con la finalidad de facilitar su interpretación y permitir la comparación entre el puntaje total y sus dimensiones. En esta escala, los valores más cercanos a 100 indican mayor competencia cultural, mientras que los valores más cercanos a 0 indican menor competencia cultural.

La transformación se realizó considerando el puntaje mínimo y máximo posible de cada dimensión, mediante la siguiente fórmula:

Puntaje estandarizado = [(Puntaje obtenido − Puntaje mínimo posible) / (Puntaje máximo posible − Puntaje mínimo posible)] × 100

Dimensión	N° de ítems	Puntaje mínimo posible	Puntaje máximo posible	Escala transformada
Sensibilidad cultural	4	4	20	0–100
Conocimiento cultural	4	4	20	0–100
Habilidades culturales	6	6	30	0–100
Competencia cultural total	14	14	70	0–100

a) VARIABLE COMPETENCIA CULTURAL

Puntaje ítems	Puntaje final
14	0,0
15	1,8
16	3,6
17	5,4
18	7,1
19	8,9
20	10,7
21	12,5
22	14,3
23	16,1
24	17,9
25	19,6
26	21,4
27	23,2
28	25,0
29	26,8
30	28,6
31	30,4
32	32,1
33	33,9
34	35,7
35	37,5
36	39,3
37	41,1
38	42,9
39	44,6
40	46,4

Puntaje ítems	Puntaje final
41	48,2
42	50,0
43	51,8
44	53,6
45	55,4
46	57,1
47	58,9
48	60,7
49	62,5
50	64,3
51	66,1
52	67,9
53	69,6
54	71,4
55	73,2
56	75,0
57	76,8
58	78,6
59	80,4
60	82,1
61	83,9
62	85,7
63	87,5
64	89,3
65	91,1
66	92,9
67	94,6
68	96,4
69	98,2
70	100,0

Fuente: Escala de medición competencia cultural (EMCC – 14): manual de aplicación (41)

b) DIMENSIONES DE LA VARIABLE COMPETENCIA CULTURAL

Sensibilidad	
Puntaje ítems	Puntaje final
4	0,0
5	6,3
6	12,5
7	18,8
8	25,0
9	31,3
10	37,5
11	43,8
12	50,0
13	56,3
14	62,5
15	68,8
16	75,0
17	81,3
18	87,5
19	93,8
20	100,0

Conocimiento	
Puntaje ítems	Puntaje final
4	0,0
5	6,3
6	12,5
7	18,8
8	25,0
9	31,3
10	37,5
11	43,8
12	50,0
13	56,3
14	62,5
15	68,8
16	75,0
17	81,3
18	87,5
19	93,8
20	100,0

Habilidades	
Puntaje ítems	Puntaje final
6	0,0
7	4,2
8	8,3
9	12,5
10	16,7
11	20,8
12	25,0
13	29,2
14	33,3
15	37,5
16	41,7
17	45,8
18	50,0
19	54,2
20	58,3
21	62,5
22	66,7
23	70,8
24	75,0
25	79,2
26	83,3
27	87,5
28	91,7
29	95,8
30	100,0

Fuente: Escala de medición competencia cultural (EMCC – 14): manual de aplicación (41)

2) PUNTUACIÓN DE VARIABLE SATISFACCIÓN Y SUS DIMENSIONES

a) VARIABLE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Rango total	Interpretación global
18 – 41 puntos	Baja satisfacción
42 – 65 puntos	Satisfacción moderada
66 – 90 puntos	Alta satisfacción

Fuente: Elaboración propia

b) DIMENSIONES DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Dimensión	Ítems	Rango posible (puntos)	Interpretación
1. Comunicación	1, 13	2 – 10	2 – 4: Baja comunicación 5 – 7: Comunicación moderada 8 – 10: Alta comunicación
2. Calidad técnica	2, 4, 6, 14	4 – 20	4 – 9: Baja calidad técnica 10 – 14: Calidad técnica moderada 15 – 20: Alta calidad técnica
3. Trato interpersonal	10, 11	2 – 10	2 – 4: Bajo trato interpersonal 5 – 7: Trato interpersonal moderado 8 – 10: Alto trato interpersonal
4. Accesibilidad y conveniencia	5, 7, 12, 16	4 – 20	4 – 9: Baja accesibilidad 10 – 14: Accesibilidad moderada 15 – 20: Alta accesibilidad
5. Aspectos financieros	8, 9	2 – 10	2 – 4: Alta carga económica (baja satisfacción) 5 – 7: Carga económica moderada 8 – 10: Baja carga económica (alta satisfacción)
6. Tiempo dedicado por el profesional	15, 18	2 – 10	2 – 4: Tiempo insuficiente 5 – 7: Tiempo adecuado 8 – 10: Tiempo óptimo
7. Satisfacción general	3, 17	2 – 10	2 – 4: Baja satisfacción 5 – 7: Satisfacción moderada 8 – 10: Alta satisfacción

Fuente: Elaboración propia

Anexo N°04: Confiabilidad de los Instrumentos

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO – 2017

Estadístico de fiabilidad	
Alpha	Elementos
0,70	14

Confiabilidad del instrumento Escala de Medición de Competencia Cultural 14 (EMCC – 14), determinada por Pedrero, Bernales y Chepo en el año 2019. (41)

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO – PRUEBA PILOTO 2024

Estadístico de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,982	14

Confiabilidad del instrumento Escala de Medición de Competencia Cultural 14 (EMCC – 14) determinada por la prueba piloto realizada el día 20 de enero del 2024 al personal del Centro de Salud San José de Yarinacocha.

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO – 2021

Estadístico de fiabilidad	
Alpha	Elementos
0,834	18

Confiabilidad del instrumento Cuestionario de Satisfacción del Paciente (PSQ - 18), determinada por Iglesias Puzas, et al. en el año 2021

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO – PRUEBA PILOTO 2024

Estadístico de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,85	18

Confiabilidad del instrumento Satisfacción del usuario adaptado determinada por la prueba piloto realizada el día 20 de enero del 2024 a usuarios atendidos en Centro de Salud San José de Yarinacocha.

Anexo N°05: Prueba de normalidad de los puntajes utilizados en el análisis inferencial

Variable	Shapiro-Wilk	gl	p	Interpretación
Competencia cultural total	0,771	70	<0,001	No normal
Sensibilidad cultural	0,921	70	<0,001	No normal
Conocimiento cultural	0,789	70	<0,001	No normal
Habilidades culturales	0,804	70	<0,001	No normal
Comunicación	0,974	70	0,149	Normal
Calidad técnica	0,970	70	0,096	Normal
Trato interpersonal	0,965	70	0,049	No normal
Accesibilidad y conveniencia	0,979	70	0,273	Normal
Aspectos financieros	0,982	70	0,396	Normal
Tiempo dedicado por el profesional	0,980	70	0,317	Normal
Satisfacción general	0,975	70	0,181	Normal
Satisfacción total del usuario	0,976	70	0,205	Normal

Nota: Se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk considerando la base agregada de 70 registros correspondiente a los profesionales de salud. Se consideró ausencia de distribución normal cuando $p < 0,05$. Los resultados evidenciaron que la competencia cultural total y sus dimensiones no presentaron distribución normal; por ello, se justificó el uso del coeficiente Rho de Spearman para el análisis correlacional.

Anexo N°06: Consentimientos informados

A. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Competencia cultural de los profesionales de la salud y su relación con la satisfacción de los usuarios atendidos en establecimientos del primer nivel de atención de la Microred San José–Yarinacocha, 2026.
Investigador principal: Zevallos Bustamante, Roger Jampier
Institución: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Ucayali
Contacto: 975617325; jampier.zb162907@gmail.com

Estimado(a) profesional de la salud:

Se le invita a participar en el estudio titulado "Competencia cultural de los profesionales de la salud y su relación con la satisfacción de los usuarios en establecimientos del primer nivel de atención de la Microred San José–Yarinacocha, 2026". Antes de decidir su participación, se le solicita leer detenidamente la información que se presenta a continuación. En caso de tener alguna consulta, podrá solicitar las aclaraciones correspondientes.

El objetivo del estudio es determinar la relación entre el nivel de competencia cultural de los profesionales de la salud y la satisfacción del usuario atendido en establecimientos del primer nivel de atención.

Si acepta participar, se le solicitará responder un cuestionario sobre competencia cultural. Las respuestas deberán brindarse de manera honesta y de acuerdo con su experiencia profesional. El cuestionario podrá ser completado de forma presencial, mediante un instrumento autoadministrado, o de manera virtual a través de un formulario digital. El tiempo estimado para completar el cuestionario es de aproximadamente 15 a 20 minutos.

La información proporcionada será tratada de forma confidencial y anónima. Los datos recolectados serán utilizados exclusivamente con fines académicos y de investigación, de acuerdo con la normativa vigente. Los resultados del estudio serán presentados de manera agregada, sin identificar individualmente a los participantes ni a los establecimientos de salud.

La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de retirarse en cualquier momento, sin necesidad de brindar explicaciones y sin que ello genere perjuicio alguno en su relación laboral, académica o institucional.

Al firmar el presente consentimiento, usted declara haber leído y comprendido la información proporcionada, haber tenido la oportunidad de formular preguntas y aceptar participar de manera libre y voluntaria en el estudio.

Nombre del participante: _____
Firma: _____
Fecha: ____ / ____ / _____

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USUARIOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Competencia cultural de los profesionales de la salud y su relación con la satisfacción de los usuarios atendidos en establecimientos del primer nivel de atención de la Microred San José–Yarinacocha, 2026.
Investigador principal: Zevallos Bustamante, Roger Jampier
Institución: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Ucayali
Contacto: 975617325; jampier.zb162907@gmail.com

Estimado(a) usuario(a):

Se le invita a participar en el estudio titulado "Competencia cultural de los profesionales de la salud y su relación con la satisfacción de los usuarios atendidos en establecimientos del primer nivel de atención de la Microred San José–Yarinacocha, 2026". Antes de decidir su participación, se le solicita leer con atención la siguiente información. Si alguna parte no resulta clara, podrá solicitar que se le explique.

El objetivo del estudio es conocer la relación entre la forma en que los profesionales de la salud respetan la cultura, costumbres, idioma y forma de comunicarse de las personas, y el nivel de satisfacción de los usuarios con la atención recibida en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Si usted acepta participar, se le solicitará responder un cuestionario sobre su satisfacción con la atención recibida luego de culminar su consulta. El tiempo aproximado para responder el cuestionario es de 15 a 20 minutos. En caso de que tenga alguna dificultad para comprender las preguntas, podrá recibir apoyo para su explicación, sin que ello influya en sus respuestas.

La información que usted proporcione será tratada de manera confidencial y anónima. Sus respuestas serán utilizadas únicamente con fines académicos y de investigación. En ningún caso se registrará su nombre ni datos que permitan identificarlo(a), y los resultados se presentarán de forma general.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted puede decidir no participar o retirarse en cualquier momento, sin necesidad de dar explicaciones y sin que ello afecte la atención que recibe en el establecimiento de salud ni su relación con el personal o con la institución.

Al aceptar este consentimiento, usted declara que ha leído o se le ha explicado la información presentada, que la ha comprendido y que acepta participar de manera libre y voluntaria en el estudio.

Nombre del participante: _____
Firma o huella digital: _____
Fecha: ____ / ____ / _____

Anexo N°07: Aprobación por Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina Humana – Universidad Nacional de Ucayali

"Año de la recuperación y de la consolidación de la economía peruana"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COMISIÓN DE GRADOS Y TITULOS

Pucallpa, 15 de diciembre del 2025

OFICIO N°315-2025-UNU-FMH-CGyT

Señor:
ROGER JAMPIER ZEVALLOS BUSTAMANTE
Estudiante de la Facultad de Medicina Humana
Presente. -

ASUNTO : REMITO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN APROBADO

Ref. : Carta N° 018-2025-UNU-FMH-CEI

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y, en mérito al documento de la referencia el Presidente de la Comisión de Grados y Títulos, le hace llegar su Proyecto de Investigación **APROBADO** por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad, la misma que reúne las condiciones básicas para proceder con su ejecución **(Plataforma Pilar),** y así continuar con el normal trámite correspondiente.

Titulo del Proyecto: "COMPETENCIA CULTURAL DE LOS MÉDICOS Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE UCAYALI 2025".

Sin otro particular, me suscribo de usted reiterándole muestras de especial consideración y estima personal.

Atentamente;

M.C. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Presidente de la Comisión de Grados
y Títulos – FMH

c.c.
EAFV
Archivo

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Pucallpa 15 de diciembre del 2025

Carta 018-2025-UNU-FMH-CEI

M.C. Eugenio Alfredo Faustor Villajuan
Presidente de la Comisión de Grados y Títulos
Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional de Ucayali
Presente. –

Referencia: Respuesta a Oficio *N° 057-2025-UNU-FMH-CGyT*

Estimado presidente,

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y en atención al documento de referencia emitir la revisión y evaluación del Comité de Ética en Investigación.

Hemos revisado el proyecto titulado: **"COMPTETENCIA CULTURAL DE LOS MÉDICOS Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE UCAYALI 2025"** presentado por el alumno ROGER JAMPIER ZEVALLOS BUSTAMANTE. El tesista ha levantado satisfactoriamente todas las observaciones del proyecto, por lo que se considera reúne las condiciones básicas y se le otorga la aprobación código **CEI-FMH-2025-006** para proceder con su ejecución, valido por un año. Se recomienda al tesista completar la tesis, enviar una copia al CEI-FMH y los animamos enfaticamente a publicar los resultados en revista indexada.

Agradezco por adelantado la atención brindada y reitero las muestras de especial consideración y estima personal.

Atentamente.

Prof. Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
Presidente del Comité de Ética en Investigación
Facultad de Medicina Humana
Universidad Nacional de Ucayali

Anexo N°08: Solicitud de autorización para ejecución de proyecto de investigación

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

Yarinacocha, 29 de Enero del 2026.

29 ENE 2026

SEÑORA
OBST. YONA LIZA GARCÍA MARTÍN
Jefa de la Microred San José

Presente.

ASUNTO : SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO DE NVESTIGACIÓN

Por medio de la presente, reciba un cordial saludo. Me dirijo a usted, con el debido respeto, en mi calidad de estudiante de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali, con la finalidad de solicitar la autorización correspondiente para la ejecución de mi proyecto de investigación titulado:

"Competencia cultural de los médicos y satisfacción del usuario en establecimientos de salud del primer nivel de atención de Ucayali, 2025".

El mencionado proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética correspondiente, cumpliendo con los principios éticos y normativos vigentes para la investigación en salud. El estudio es de enfoque cuantitativo, diseño no experimental y de riesgo mínimo, por cuanto no implica intervención alguna ni modifica la atención habitual brindada en los establecimientos de salud.

La recolección de información se realizará mediante la aplicación de encuestas estructuradas, dirigidas tanto a los médicos que laboran en consulta externa como a los usuarios adultos atendidos, garantizando en todo momento la participación voluntaria, la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

El objetivo del estudio es determinar la relación entre la competencia cultural de los médicos y la satisfacción de los usuarios, con la finalidad de generar evidencia que contribuya al fortalecimiento de la calidad de la atención y al enfoque intercultural en los servicios de salud del primer nivel.

Solicito respetuosamente su autorización para ejecutar el estudio en los siguientes establecimientos pertenecientes a la Microred San José:

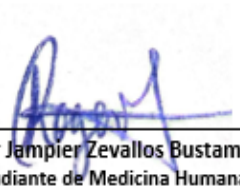
- Centro de Salud San José de Yarinacocha (I-3)
- Puesto de Salud San Pablo de Tushmo (I-2)
- Puesto de Salud Esperanza de Panaillo (I-2)
- Puesto de Salud Bellavista de Yarinacocha (I-2)
- Puesto de Salud San Francisco de Yarinacocha (I-2)
- Puesto de Salud Huitococha (I-2)
- Puesto de Salud San Juan de Yarinacocha (I-2)

Asimismo, me comprometo a coordinar previamente con los responsables de cada establecimiento, respetar los horarios y la dinámica de atención, no interferir con las actividades asistenciales y remitir los resultados finales del estudio a la Microred San José, de considerarlo pertinente.

Adjunto a la presente el proyecto de investigación aprobado por el Comité de Ética y quedo atento a cualquier información adicional que estime necesaria.

Sin otro particular, agradeciendo de antemano la atención brindada a la presente, me despido con las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Roger Jampier Zevallos Bustamante
Estudiante de Medicina Humana
Universidad Nacional de Ucayali
Teléfono: 975 617 325
Correo electrónico: jampier.zb162907@gmail.com

Anexo N°09: Acta de aprobación de proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA
Carretera Federico Basadre Km 6200 - Pucallpa - Ucayali

2026-004

ACTA DE APROBACION DE PROYECTO DE TESIS

En la Ciudad Universitaria, a los 23 dias del mes ENERO del 2026 siendo horas 13:50:17. Los miembros del Jurado, declaran APROBADO POR UNANIMIDAD el PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS titulado:

COMPETENCIA CULTURAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y SU RELACIÓN CON LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, YARINACOCHA-2026

Presentado por el(la) Bachiller:

ROGER JAMPIER ZEVALLOS BUSTAMANTE

De la Escuela Profesional de:

MEDICINA HUMANA

Siendo el Jurado Dictaminador, conformado por:

Presidente	: WALTER ROMAN LEVEAU BARTRA
Primer Miembro	: LUIS ALBERTO VICENTE YAYA
Segundo Miembro	: BEATRIZ MERCEDES LUJAN DIVIZZIA
Asesor	: LUIS ENRIQUE RUIZ SOLSOL

Para dar fe de este proceso electrónico, el Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Nacional de Ucayali - Pucallpa, mediante la Plataforma de Investigación se le asigna la presente acta y a partir de la presente fecha queda expedito para la ejecución de su PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE TESIS.

Pucallpa, ENERO de 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
M.C. Mag. Luis Alberto Vicente Yaya
DECANO (E)