

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

INFLUENCIA DEL QUECHUA COMO BARRERA IDIOMÁTICA EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD RURAL, DISTRITO PAUCARTAMBO, 2025

PRESENTADO POR:

Br. MARLENY QUISPE VITORINO

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

ASESOR:

DR. SANTIAGO MÁXIMO SACO MÉNDEZ

CUSCO - PERÚ

2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesistitulada: INFLUENCIA DEL
QUECHUA COMO BARRERA IDIOMÁTICA EN EL ACCESO A
SERVICIOS DE SALUD RURAL, DISTRITO PAUCARTAMBO, 2025

Presentado por: MARLENY QUISPE VITORINO DNI N° 76543486

presentado por: DNI N°:

Para optar el título profesional/grado académico de MÉDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 1 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 3 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** las primeras páginas del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 25 de Junio de 2025

Santiago

DR. SANTIAGO SACO MENDEZ

(C.P. 11518)

MEDICO ESPECIALISTA RNE (C.O.)

Firma

Post firma Santiago Saco Méndez

Nro. de DNI 23964070

ORCID del Asesor 0000-0002-6095-3298

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: **oid:** 27259469700819

MARLENY QUISPE VITORINO

INFLUENCIA DEL IDIOMA QUECHUA EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD - TURNITIN.pdf

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:469700819

89 Páginas

Fecha de entrega

25 jun 2025, 11:44 a.m. GMT-5

20.620 Palabras

Fecha de descarga

25 jun 2025, 11:51 a.m. GMT-5

110.824 Caracteres

Nombre de archivo

INFLUENCIA DEL IDIOMA QUECHUA EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD - TURNITIN.pdf

Tamaño de archivo

1.8 MB

Susana
DR. SANTIAGO BACCO MENDEZ
CMP: 11518
MEDICO INTERNISTA RNE: 6260
MSC. EN SALUD PUBLICA
DR. EN MEDICINA

3% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 3%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

S. Saco
DR. SANTIAGO SACO MENDEZ
CMP: 11518
MÉDICO INTERNISTA RNE: 6260
MSc. EN SALUD PÚBLICA
DR. EN MEDICINA

DEDICATORIA

Con profundo agradecimiento a Dios, por su infinita sabiduría, quien ha forjado mi camino, ser mi protector en todo momento, haberme dado una hermosa familia y permitirme conocer a excelentes personas, quienes me apoyan a cumplir mis metas.

Con infinito amor a mis padres, Ricardo y Andrea Avelina, quienes confiaron en mí, siempre me brindaron mucho amor y apoyo incondicional, su esfuerzo y sacrificio constante durante mi formación académica fueron mi fortaleza para perseverar y poder lograr este sueño. Espero poder retribuir todo su esfuerzo en el futuro.

Con mucho cariño a mis hermanos Elvis, Yemi y Alfredo, a mis sobrinos Analy y Jhael, a mis queridas tías Victoria, Marlene, Clotilde y mis tíos Jesús y Julio, a mis primos Sarita, John, Mauro, Jose y Carlos, quienes siempre están presentes en cada logro y fracaso, por sus consejos y palabras de aliento que me motivan a seguir adelante.

A mi compañero de vida Rusbert, quien estuvo presente desde los primeros semestres de esta hermosa carrera, su apoyo incondicional, paciencia y mucho amor me impulsa a ser mejor; a sus papás Sr. Serapio y Sra. Genara, a su hermana Luz por su apoyo durante la realización de esta tesis.

A mis amigas, Lucero y Obdulia por las risas y los momentos de desconexión que me permitieron recargar energías. Vuestra amistad y consejos fueron un pilar fundamental en este proceso. A todos mis maestros y compañeros de mi querida facultad.

Por último, de manera muy especial honro la memoria de mis dos guías desde el cielo, a mi querido tío Máximo Vitorino y madrina Gladys, quienes siempre estarán presentes en mi corazón.

JURADOS A

MGT. SAMUEL CRUZ PAREDES CALCINA

MGT. FRANK FRED CARRILLO PINO

JURADOS B

MGT. SAMUEL CRUZ PAREDES CALCINA

M.C. TOMAS VELASCO CABALA

M.C. OSCAR FILIPO NIÑO DE GUZMÁN VELARDE

CONTENIDO

RESUMEN.....	5
1.1. Fundamentación del problema.....	7
1.2. Antecedentes teóricos	10
1.2.1. Antecedentes internacionales:.....	10
1.2.2. Antecedentes nacionales:.....	16
1.2.3. Antecedentes locales:	19
1.3. Problema de la investigación	20
1.3.1. Problema General:	20
1.3.2. Problemas Específicos:	20
1.4. Objetivos de la investigación:.....	21
1.4.1. Objetivo general:	21
1.4.2. Objetivos específicos:.....	21
1.5. Justificación de la investigación	21
1.6. Limitaciones de la investigación.....	22
1.7. Aspectos éticos.....	23
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	24
2.1. Marco teórico:	24
2.1.1. Acceso a los servicios de salud.....	24
2.1.2. Idioma quechua	32
2.1.3. Características del distrito de Paucartambo:	33
2.1.4. Asociación del acceso a servicios de salud e idioma concordante.	34
2.1.5. Descripción del instrumento.	35
2.2. Definición de términos básicos.....	37
2.3. Hipótesis de la investigación	39
2.3.1. Hipótesis general.....	39
2.3.2. Hipótesis específica	39
2.4. Variables	40
2.5. Definiciones operacionales:	41
CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.1. Tipo de investigación	44
3.2. Diseño de la investigación:	44
3.3. Población y muestra	45
3.3.1. Descripción de la población.....	45

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión:	46
3.3.3. Tamaño de muestra y método de muestreo	46
3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos:	48
3.5. Plan de análisis de datos	49
CAPITULO IV	51
4.1. Resultados de la investigación	51
4.2. Discusión.....	64
4.3. Conclusiones.....	69
4.4. Sugerencias	69
PRESUPUESTO.....	71
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS.....	81
ANEXO 01. Matriz de consistencia.....	81
ANEXO 02: consentimiento informado	83
ANEXO 03: Instrumento de investigación.....	84
ANEXO 04: Validez y confiabilidad del instrumento de investigación	86
ANEXO 05: Solicitud para el desarrollo del instrumento	87

INTRODUCCIÓN

El idioma quechua llega a ser una de las lenguas más representativas de las 47 lenguas originarias que existe en el Perú(1). Se calcula que hay un aproximado de 13 millones de personas quechua hablantes que forman parte de una gran comunidad, distribuidos en varios países tales como Perú, Bolivia, y otros. De estos, en el Perú, los quechua hablantes alcanzan los cuatro millones, el cual plasma el 14% de la población peruana en general, según el último censo del INEI; que además no solo está distribuido en el medio rural, sino también en el medio urbana debido al factor migratorio(2).

En una revisión sistemática sobre la “depresión en quechua hablantes”, se observó que debido a dificultades del dominio del idioma y déficit de aculturación de parte del profesional de salud en una población quechua hablante se da una reducida accesibilidad a los servicios de salud(3). La disponibilidad a las instalaciones de salud confiere una valoración integral y sigue siendo un tema de interés en el Perú y demás países, donde existen millones de personas con un deficiente acceso a las instalaciones de salud integrales, por lo que se pone en riesgo sobre todo la atención primaria de salud(4). Según la OMS la accesibilidad sanitaria y la cobertura global compromete que la población acceda con equidad a los servicios sin distinción, ya sea por su idioma, cultura u otros, lo que involucra generar acciones y políticas que permitan ofertar una atención de calidad.

El presente estudio procura analizar la asociación entre el idioma quechua y la accesibilidad a la salud en la población rural, con los hallazgos conseguidos propondremos soluciones estratégicas para aminorar los problemas de interculturalidad en la región de Cusco.

RESUMEN

“Influencia del quechua como barrera idiomática en el acceso a servicios de salud rural, distrito Paucartambo, 2025”

Objetivo: Determinar la relación entre el manejo del idioma quechua y el acceso a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025

Métodos: El estudio es de tipo observacional, analítico, de corte transversal, con un tamaño muestral de 262 pobladores rurales mayores de 18 años, realizado los Centros de Salud de Paucartambo y Mollamarca.

Resultados: Se muestra una percepción baja de acceso a servicios de salud del 95.03%, respecto a sus dimensiones se determina: Aceptabilidad mala en el 82.44% y se asocia significativamente con el idioma quechua (OR=3.929; IC95%[1.683-9.169]), $p = 0.001$, disponibilidad mala en un 82.06%, se asocia significativamente con el idioma quechua (OR=3.800; [1.631-8.854]), $p=0.001$; por otro lado se percibió una mala de accesibilidad en un 86.26% y un bajo contacto el 92.37%, sin embargo ambos no se asociaron con el idioma quechua (OR=1.952;[0.729- 5.227]) y (OR=2.380; [0.734-7.723]) $p>0.05$ respectivamente. En el análisis multivariados la etnia quechua muestra asociación estadísticamente significativa con 3 dimensiones del servicio: aceptabilidad (OR = 4.602), accesibilidad (OR = 5.235) y contacto (OR = 9.676), y la dimensión disponibilidad mostró una asociación significativa con la edad y el nivel del idioma quechua (OR=6.69).

Conclusión: Existe una relación significativa entre el dominio del idioma quechua y el acceso a los servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo.

Palabras clave: Acceso a servicios de salud, barrera lingüística, lengua materna, rural.

ABSTRACT

“Influence of Quechua as a language barrier in access to rural health services,
Paucartambo district, 2025”

Quispe M

Objective: To determine the relationship between Quechua language proficiency and access to health services in the rural population of the Paucartambo district – 2025

Methods: The study is observational, analytical, cross-sectional, with a sample size of 262 rural residents over 18 years of age, conducted at the Paucartambo and Mollamarca Health Centers.

Results: It shows a low perception of access to health services of 95.03%, regarding its dimensions it is determined: Poor acceptability in 82.44% and it is significantly associated with the Quechua language (OR = 3.929; CI95% [1.683-9.169]), $p = 0.001$, poor availability in 82.06%, it is significantly associated with the Quechua language (OR = 3.800; [1,631-8,854]), $p = 0.001$; on the other hand, poor accessibility was perceived in 86.26% and low contact in 92.37%, however both were not associated with the Quechua language (OR = 1.952; [0.729- 5.227]) and (OR = 2.380; [0.734-7.723]) $p > 0.05$ respectively. In the multivariate analysis, the Quechua ethnicity shows a statistically significant association with three dimensions of the service: acceptability (OR = 4.602), accessibility (OR = 5.235) and contact (OR = 9.676), and the availability dimension showed a significant association with age and level of the Quechua language (OR = 6.69).

Conclusion: There is a significant relationship between proficiency in the Quechua language and access to health services in the rural population of the Paucartambo district.

Keywords: Access to health services, language barrier, native language, rural.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema.

Para todos los seres humanos la salud tiene una importancia vital(5). El derecho a la salud promueve la accesibilidad universal a los servicios de salud y atención integral de salud(6), lo que indica un acceso a los servicios de salud sin discriminación, ya sea por una condición socioeconómica, ubicación geográfica, organizacional o situación de salud, que obstaculice que cualquier ser humano tenga una atención de calidad, eficaz, equitativo y oportuno de acuerdo a la exigencia de cada comunidad promoviendo un estilo de vida saludable(7).

Para promover un acceso universal a la atención sanitaria y la vitalidad de la población se requiere la instauración de política multisectoriales del gobierno e incentivar el compromiso de toda la sociedad(8).

Para el 2021, Según OMS, alrededor de la mitad de los seres humanos de la población global escasea de la accesibilidad integral a las instalaciones sanitarias básicas(9). Conforme a la OPS, en la inauguración de la tercera Convención Internacional Cuba-Salud del 2018, afirmó que se produjeron más de 1,2 millones de muertes en las Américas entre 2013 y 2014, lo cuales pudieron haberse evitado con servicios accesibles en el sistema de salud(10). Según la OPS, es un tema complejo que involucra a varios países, por ejemplo en América, aproximadamente un tercio de las personas (29,3%) no buscaban asistencia sanitaria cuando lo necesitaron, esto debido a numerosos impedimentos de accesibilidad, dentro de ellos se considera las barreras de aceptabilidad como por ejemplo los impedimentos lingüísticos, carencia de confianza en

el personal sanitario o maltrato por parte del personal, y la poca inclinación hacia la medicina tradicional e indígena(7,8)

En un estudio realizado por (Santos A.) en las zonas de difícil acceso a la salud como las comunidades indígenas, en países como África y América Latina, así como en el territorio amazónico de Brasil, Perú y Colombia hubo incremento de enfermedades como la malaria por tener sistemas sanitarios empobrecidos, por lo que se elevan los índices de vulnerabilidad(11); por lo que es importantes implementar políticas multisectoriales e indígenas en el sistema de salud para asegurar una cobertura de salud integral a los pueblos indígenas, considerando sus cosmovisiones y prácticas tradicionales.

En el año 2013, el estado Peruano empezó una remodelación sanitaria para mejorar los determinantes sociales(15). Sin embargo en el Perú aún existen brechas para la accesibilidad a servicios de salud, siendo este problema más en el área rural(16). Que existan características culturales y lingüísticamente diferenciadas como el quechua, asimismo; un personal de salud con falta de interculturalidad, convierte a una población con barreras para el acceso a los servicios de salud; por otro lado, generalmente cuando se les presenta un episodio de “llaqui” (preocupación) o “unquy” (enfermedad) suelen acudir al Yachaqtayta (persona dedicada a curar con plantas y/o rituales) por la confianza y la cercanía a sus comunidades, más que a un profesional de salud formado para dicho fin(3). De acuerdo con Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2020, según el domicilio donde viven, existe en mayor población en las áreas rurales en un 83,2% comparado al 73,5% de las áreas urbanas(17). En el último Censo Nacional del 2017, de las 48 lenguas indígenas, en su mayoría son quechua hablantes, siendo aproximadamente 4 millones de individuos que lo poseen como lengua natal (13,9%) de

la población peruana(18). En el Departamento de Cusco de un total de 1 147 188 de habitantes; 426 455 poseen como lengua natal o materna el Quechua, siendo una de las provincias con más quechua hablantes desde su niñez la Provincia de Canas (91,35%), Paruro (91,33%), Paucartambo (88,67%), Chumbivilcas (88,59%) y Acomayo (85,78%), así mismo existe un 26,9% de analfabetismo en la Provincia de Paucartambo(19).

La provincia de Paucartambo de un total de 42 504 de población, 36 273 son del área rural, de los cuales 32 618 tienen como idioma el quechua y solo 3 187 hablan castellano, siendo una de las provincias de Cusco con un porcentaje superior de quechua hablantes(19). Paucartambo presenta indicadores sanitarios decrecientes en los últimos años; es así que, según la GERESA Cusco hasta la semana epidemiológica (S.E) N°52 – 2024, de los 2091 casos de neumonías en personas de tercera edad en la región de Cusco, Paucartambo tuvo incidencia acumulada de 102.92 por 10000 adultos mayores, con una tasa de mortalidad 45.03%, siendo este la más alta respecto a otras provincias; Así mismo, para la S.E.42 Paucartambo ha presentado una mayor incidencia de sífilis materna con 4.72 por 1000 habitantes.

Además; en la situación epidemiológica de la muerte perinatal por provincias de la Región Cusco, 2021 – 2024, la provincia de Paucartambo tuvo un total de 7 muertes perinatales para el 2022; sin embargo este tuvo un incremento a 10, para el 2024(20), cifras que alertan sobre una inadecuada accesibilidad equitativa a la atención médica.

En un análisis del nivel de dominio, importancia y uso del idioma quechua por parte de los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, se observó que los alumnos que hablan, leen y comprender quechua son sólo

un 10,1% y de estos el 76,5% sí lo usan(21); otro estudio efectuado por los estudiantes de odontología de Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, sobre el dominio de la lengua quechua, se concluyó que el 52,9% tienen un dominio con un nivel básico, el 29,4% tiene un nivel intermedio y alcanzaron un nivel avanzado solo el 17,6%, estas cifras siguen siendo bajas teniendo en cuenta que la gran mayoría de los recién egresados realizara el SERUMS, donde se interactúa con pacientes que solo hablan quechua(22). Dentro del Centro de Salud de Paucartambo e instituciones de educación superior en Cusco, la formación sobre interculturalidad es insuficiente; lo cual, afecta inmensamente calidad de atención de salud(23).

Muchos indígenas de origen latinoamericanos, que tienen idioma materno nativo diferente al castellano cada día confrontan una exclusión lingüística, el cual influencia en el tema de salud(24), así mismo los encuentros con idiomas incompatibles dentro del sistema de salud aumentan el riesgo de comunicaciones inadecuadas, diagnósticos erróneos, errores de medicación y complicaciones, e incluso la muerte(25).

1.2. Antecedentes teóricos

1.2.1. Antecedentes internacionales:

Squires A, Ma Ch, et.al (Nueva York-EE.UU, 2022) en su estudio cuyo título es “Evaluación de la influencia de la preferencia lingüística del paciente en el riesgo de reingreso hospitalario a los 30 días desde la atención médica domiciliaria: un análisis retrospectivo”, cuyo objetivo fue Estimar la relación de la preferencia del idioma y el riesgo de readmisión hospitalaria de la atención médica domiciliaria entre los primeros 30 días posteriores al alta hospitalaria. Este estudio transversal retrospectivo, realizado a pacientes poshospitalizados entre el 2010 - 2015, donde

se incluyeron 90.221 y 6,5 millones de visitas de atención médica domiciliaria. Se utilizó una prueba estadística de Chi-cuadrado para evaluar si había distinción significativa en las tasas brutas de reingreso según el grupo de idioma, en los resultados la variable asociada a un aumento de las tasas de reingreso hospitalario desde la atención médica domiciliaria fue el dominio limitado del inglés fue de 20,4% con un (OR=1.011; IC95% [1.004 – 1.018]) con un ($p = 0,001$), finalmente se concluyó que las personas con una preferencia de idioma diferente al inglés tienen una tasa de readmisión más alta de la atención médica domiciliaria(26)

Manuel SP, Nguyen K, et.al (EE.UU, 2022) en su estudio cuyo título es “Asociación del dominio del idioma inglés con el costo de hospitalización, la duración de la estadía, el lugar de destino y la readmisión después de una artroplastia total de articulación”, cuyo objetivo fue examinar los resultados de los pacientes después de la artroplastia total de la articulación para evaluar su asociación con el dominio limitado del inglés. Este estudio de cohorte, utilizó datos de salud electrónicos de personas de 18 años o más que se sometieron a artroplastia articular total (TJA) de 2015 a 2019 en un centro médico académico urbano. Se realizó las pruebas de Chi-cuadrado bilateral, de Fisher, la suma de rangos de Wilcoxon y las pruebas t, así mismo se usó una técnica estadística univariada y multivariado. Se obtuvo como resultado que la clasificación de casos electivos versus urgentes, duración del caso quirúrgico, pérdida estimada de sangre y disposición al alta, dominio limitado de inglés (LEP) se asoció con la duración de la estadía (LOS) más prolongados (OR=1.15; IC95% [1,07-1,25]),

costos de hospitalización más altos (OR=1.08; IC95% [1.04-1.12]), mayor alta a atención especializada (OR=1.41; IC95% [1.03-1.93]), pero no con reingreso a los 30 días (OR=0.80; IC95% [0.49-1.28]), finalmente se concluyó que las barreras de comunicación son mediadoras de las diferencias en los resultados del proceso de TJA para los pacientes con LEP(27).

Núñez M, Sánchez L, Et.al (Colombia, 2021) en su estudio cuyo título es “Accesibilidad a la salud rural materna del municipio de Lourdes, Colombia, 2021-2022”, cuyo objetivo fue evaluar las barreras de acceso servicios de salud en mujeres rurales del municipio Lourdes. Este estudio es transversal, cuantitativo, no experimental, observacional, donde se incluyó 25 gestantes, en el resultado se encontró que el 60% de las encuestadas tuvieron menos de 3 controles prenatales o ninguno. La principal barrera asociada al acceso a servicios de salud en la población rural fue la barrera geográfica en un 36%, el 72% enfrenta dificultad en encontrar movilidad hacia el centro de atención, un 44% de las gestantes recorre más de 10 km para llegar al Centro de Salud; también se asoció a limitaciones económicas en un 24%, y un 12% de barrera médica. Finalmente se concluye que la barrera geográfica y económica se relacionaron con las dificultades que enfrentan las gestantes para el acceso a la salud(28).

Torres JL, Santos SA, Et.al (Ecuador, 2021) en su estudio cuyo título es “Factores interculturales que incurren en la atención de salud, Venus de Valdivia”, cuyo objetivo fue encontrar los factores interculturales que repercute en la atención de salud. Este es un estudio observacional, transversal, cualitativo y cuantitativo, de tipo descriptivo, donde participaron 280 pacientes, se obtuvo como

resultados que el 48,69% percibe una atención eficaz; el 59 % perciben ser discriminados por su forma de hablar, tener idioma nativo como el quechua o aymara; el 50% de los usuarios considera que es vulnerada sus creencias, cultura y tradiciones por parte del personal de enfermería. Finalmente se concluye que los factores culturales como el idioma, comunicación de los usuarios influyen en el acceso y calidad de atención de salud(29)

Huacario JP, (Bolivia, 2022), en su estudio cuyo título es “Barreras de acceso para la toma de Papanicolaou en pacientes rurales, La Paz Bolivia, 2022”, cuyo objetivo fue evaluar las barreras de acceso a la toma de Papanicolaou. Es un estudio cuantitativo de corte transversal, donde participaron 89 mujeres de entre 25 a 64 años, en los resultados se tuvo que las mujeres no se realizaron la prueba de Papanicolau fue de 61%, la principal barrera asociada fue la limitación cultural en un 67%, también se relacionó con el nivel bajo de información sobre el cáncer cervicouterino 52.3%, barreras de accesibilidad al centro de salud en un 33.7%. Finalmente se concluyó que la principal limitación para la toma de Papanicolaou fue la barrera cultural(30).

Salmerón AG, SalmerónK, et. al (Europa, 2021) en su estudio cuyo título es “Acceso hacia la evaluación médica en personas migrantes en Europa: Marginación en establecimientos médicos y servicios de traducción”, cuyo objetivo fue evaluar la disponibilidad de servicios de traducción y determinar la marginación en la atención médica recibida por los usuarios migrantes en la atención sanitaria de Europa. Este estudio transversal, realizado en 10 países de la Unión Europea a los inmigrantes; donde se incluyeron a 1294 participantes, se realizó estadísticas

descriptivas y análisis de regresión multivariable. En los resultado se asoció que los inmigrantes en Grecia presentaban mayores necesidades y no tenían accesibilidad a los servicios de salud comparado a España (OR=0,293; IC95 % [0,166-0,516]), las mujeres inmigrantes comparados a los varones, requerían un 60% más atención médica y no tenían acceso a los servicios de salud (OR=1,613; IC95 % [1,183-2,199]), los inmigrantes con enfermedades crónicas requerían de mayor probabilidad de necesitar y no poder acceder a servicios de salud comparado a demás enfermedades de salud (OR=3,292; IC95 % [1,585, 6,837]), finalmente se concluyó que el desarrollo de servicios de salud culturalmente sensibles y lingüísticamente diversos debe ser el principal objetivo para mejorar la calidad de atención(31).

Tianyi L, Myerson R (EE.UU, 2020) en su estudio titulado: “Diferencia en la cobertura del seguro médico y la accesibilidad a la atención según el dominio de la lengua inglés en los EE. UU., 2006-2016”, cuyo objetivo fue describir los cambios en la cobertura de seguro y la accesibilidad a la atención médica según dominio del idioma inglés durante 2006-2016, el estudio es transversal, analítico, se realizó un análisis de regresión logística multivariable, se incluyó a pacientes entre los 18 a 64 años de edad, con dominio alto (n = 174,214) o limitado (n = 16,484) del idioma inglés. En los resultados se encontró que tuvieron accesibilidad a servicios de salud solo el 45,3 % de pacientes con un nivel limitado de inglés, comparado con los pacientes con buen dominio de inglés que tuvieron el 73,8% a un acceso a salud, sin embargo después de la implementación de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) en el 2010 la cobertura del seguro

aumentó ($p < 0,001$) y así mismo la accesibilidad a la atención médica aumentó, ya que los pacientes con dominio limitado de inglés redujeron sus impedimentos de acceso a la salud ($p < 0,006$), finalmente se concluyó que las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria según el nivel de dominio del inglés se redujeron después de la implementación de la nueva ley(32).

Jaeger FN, Pellaud N, Laville B, et.al (Suiza, 2019) en su estudio cuyo título es “La barrera del idioma relacionada con la migración y el uso de traductores profesionales en la atención primaria de salud en Suiza”, cuyo objetivo fue investigar la barrera del idioma en la atención primaria pediátrica y de adultos. Este es un estudio transversal, donde participaron 599 médicos de atención primaria de la salud, quienes respondieron un cuestionario en línea sobre las barreras del idioma que enfrentan y el uso de intérpretes. El 45,2% de los médicos trabaja en la ciudad, más del 90% se enfrentan a barreras idiomáticas (que dificultan una comunicación directa de calidad) con $p < 0,001$ al menos una vez al año, cuentan con apoyo del intérprete solo el 23% con un $p = 0,003$, debido a la barreras lingüísticas el 28,9 % de los médicos solicitaron exámenes adicionales extras, el 55% renuncian capacitaciones preventivas, 62,3% no brindan un informe sobre la enfermedad y tratamiento, 1 de cada 5 médicos dijo que podría haberse evitado complicaciones de haber contado con un intérprete, el 9% menciono que mandaron por emergencia a pacientes por falta de comunicación asertiva, 90% demoran más en las atenciones, finalmente se concluye que las barreras de comunicación son importantes en la atención primaria(33).

Loftus J, Allen EM, et.al (Minnesota–EE.UU, 2018) en su investigación cuyo título es “Diferencias rural-urbanas en la accesibilidad a la atención sanitaria preventiva entre los habitantes de Minnesota con seguro público”, cuyo objetivo fue determinar las barreras relacionadas con el uso de la atención preventiva en una población de afiliados al Programa de Atención Médica de Minnesota. Este estudio transversal, realizado a través de una encuesta durante el 2008, de adultos y niños con seguro público, donde se incluyeron 4388 participantes, de los cuales 2432 fueron niños y 2194 fueron adultos. Se usaron herramientas estadísticas de chi-cuadrado para examinar los factores demográficos y socioeconómicos entre los participantes rurales y urbanos, y una regresión logística bivariados, en los hallazgos se tuvo que las variables asociadas con el bajo uso de la atención preventiva entre los afiliados rurales incluyeron la discriminación basada en el estado del seguro público (OR= 2.26; IC95%[1.34 – 2.38]), preocupaciones sobre el costo de la atención (OR=1.72; IC95%[1.03-2.89]) e incertidumbre sobre la atención cubierta por el seguro (OR=1.70; IC95%[1.01-2.85]), Barreras del idioma (OR 1,13; IC95%[(0,45–2,80)]). Finalmente se concluyó que la discriminación, el costo de la atención y la incertidumbre sobre la cobertura del seguro inhiben el acceso tanto en las muestras rurales como urbanas(34).

1.2.2. Antecedentes nacionales:

Caira B, Fernández D, Meza A, Et.al (Perú, 2023) en su estudio cuyo título es “Prevalencia y variables relacionadas a la gestación adolescente en aquellas pacientes peruanas sexualmente activas del 2015-2019”, cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia y determinar las variables vinculadas del embarazo en

adolescente sexualmente activas. Este estudio fue transversal analítico, con recolección de datos agrupados de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) del Perú, 2015-2019, donde se incluyeron a 8850 mujeres adolescentes sexualmente activas de 12 a 19 años, se realizó un análisis multivariable, en los resultados se halló que el embarazo adolescente en Perú tuvo una prevalencia de 30,9% (IC95%: 29,4–32,4%), al análisis regresión logística multivariable, en los resultados se asociaron con una mayor prevalencia algunos factores como, estar casado (OR= 4,01; IC95%[3,48–4,61]), una edad de 17 y 19 años (OR=1,48; IC95%[1,33–1,64]), y ser parte de una etnia quechua (OR: 1,16; IC95%[1,07–1,25]), Finalmente se concluyó que estar entre 17 y 19 años, tener pareja y ser de etnia quechua se asociaron de forma independiente con una mayor prevalencia de embarazo adolescente(35).

Fernández D, Caira B, Tsoh JY, Calderón PM, Et.al (Perú, 2023) en su estudio cuyo título es “Variables socio-demográficos vinculados a los conocimientos y actitudes en la prevención del dengue en Peruanos”, donde el objetivo fue determinar la asociación entre las variables sociodemográficas y la prevención del dengue entre la población peruana, así como nivel de conocimiento. Este estudio transversal, basado en ENAPRES del Perú, 2019; donde participaron 57 829 peruanos, mayores de 14 años, se ejecutó un análisis de regresión multivariable, en los resultados se tuvo que del total de encuestados, con buenos conocimientos sobre el dengue fue 36,2% y tuvieron actitudes preventivas el 11,6%; pertenecer a la etnia quechua (para conocimientos: OR= 0,93; IC95%[0,91-0,94]); y para (actitud: OR=0,98; IC95%[0,97-0,99]) se asoció con una menor proporción de

conocimientos adecuados y menos actitudes preventivas. Finalmente se concluye que hay una alta proporción de bajas actitudes preventivas y poco conocimiento frente al dengue en la población peruana(36).

Gonzales A, Choque D, Carbajal PM (Perú, 2022) en su estudio cuyo título es “Factores relacionados a la culminación de la vacuna contra la difteria en menores de cinco años en Perú 2010-2019”, donde el objetivo fue encontrar los factores asociados a la vacunación completa y estimar la cobertura de DPT con sus tres dosis en Perú entre 2010 y 2019. Este estudio fue observacional, analítico, transversal secundario utilizando la encuesta ENDES, donde se incluyeron datos de 133,884 mujeres de 15 a 49 años con al menos un hijo nacido vivo e información completa sobre su esquema de vacunación, en los resultados se obtuvo que 72,4% tiene una cobertura vacunación contra DPT, se asociaron con la finalización del esquema DPT el tener idioma español en un 78,5% (OR=1,39, IC95%[1,31-1,48]) y el quechua en un 17,8% con (OR=1,34, IC del 95%:[1,25-1,43]) y demás idioma como lengua materna en un 3,7%, así mismo el tener accesibilidad geográfica (OR= 1,09, IC95% [1,06-1,13]), menor distancia al centro de salud (OR=1,07, IC95%[1,03-1,11]) y contar con transporte (OR=1,06, IC95%[1,02-1,09]) se asoció a completar el esquema de vacunación; por otro lado se relacionó con menor probabilidad de completar la vacunación en aquellas con capacidad financiera para acudir a la atención médica con (ORa = 0,95, IC95%[0,92-0,97]), así mismo. Finalmente se concluyó que la deficiente cobertura de vacunación contra DTP en el Perú, se asocia a varios factores culturales, económicos, geográficos y sociodemográficas(37).

Díaz AL, Castillo GY, Cordova AA, Et.al (Perú, 2022) en su estudio cuyo título es “Factores relacionados con la desigualdad de distribución de los modernos métodos anticonceptivos en mujeres peruanas con madurez sexual”, cuyo el objetivo fue determinar las variables relacionadas al uso de modernos métodos anticonceptivos, así como la distribución espacial y la existencia de desigualdades en mujeres de 15 a 49 años en el año 2019. Este estudio transversal probabilístico, bietápico, balanceado, estratificado, independiente y autoponderado , donde se incluyeron a 33.311 mujeres con criterio de inclusión en edad reproductiva, se obtuvo como resultados que las mujeres que vivían en la sierra tenían 13% menos probabilidades (OR=0,87; IC95%[0,82-0,93]) de usar MCM que aquellas que vivían en Lima; así mismo, los hablantes de quechua o aymara tenían 13% menos probabilidades (OR=0,87; IC 95%[0,79–0,95] de usar MCM en comparación con los que hablan español. Finalmente se concluyó que hablar quechua u otro idioma nativo y no tener hijos se vincularon de forma inversa con el uso de modernos anticonceptivos(38).

1.2.3. Antecedentes locales:

Contreras, JM (Cusco - Santiago, 2017) en su estudio cuyo título es “Asociación de prevalencia de las enfermedades respiratorias y la comunicación intercultural en pobladores de dos Comunidades Campesinas de la Provincia Del Cusco, 2017”, cuyo el objetivo evaluar la asociación de la comunicación intercultural con la prevalencia de IRAS en pacientes quechua hablantes y rurales. Es un estudio observacional, analítico de caso control, cuantitativos y cualitativos, donde se participaron 70 familias hispanohablante y 50 familias quechua hablante, en los

resultados se tuvo que el aumento de IRAS se asoció significativamente con la forma en que percibieron ser tratados los quechua hablantes fue mal y muy mal en un 62.5%, por el contrario los hispanohablante refieren ser bien y muy bien tratados en un 77%, con un (OR=2.7; IC95% [1,489 – 5,180]), los pobladores quechua hablantes mencionaron no entender nada o poco el mensaje de quien los atendió con un (OR= 13,33; IC95%[4,490 – 39,591]), finalmente se concluyó que los pobladores quechua hablantes de los hispanohablantes con problemas de IRAS, no entienden los diagnósticos que les indica el personal de salud y tampoco existe una conversación fluida(39).

1.3. Problema de la investigación

1.3.1. Problema General:

¿Cuál es la relación entre el manejo del idioma quechua y el acceso a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?

1.3.2. Problemas Específicos:

1. ¿Cuál es nivel de acceso a los servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?
2. ¿Cómo influye el idioma quechua en la aceptabilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?
3. ¿Cuál es la influencia del idioma quechua en la accesibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?
4. ¿Cómo incide el idioma quechua en el contacto a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?

5. ¿Cómo repercute el idioma quechua en la disponibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?

1.4. Objetivos de la investigación:

1.4.1. Objetivo general:

Determinar la relación entre el idioma quechua y el acceso a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025

1.4.2. Objetivos específicos:

1. Establecer el nivel de acceso a los servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.
2. Evaluar la influencia del idioma quechua en la aceptabilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.
3. Analizar la influencia del idioma quechua en la accesibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.
4. Identificar la influencia del idioma quechua en el contacto a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.
5. Precisar la influencia del idioma quechua en la disponibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.

1.5. Justificación de la investigación

Este estudio tiene trascendencia porque el acceso a servicios de salud en una población rural quechua hablante y la falta de interculturalidad sigue siendo un problema de salud pública, por otro lado existe un porcentaje significativo del personal de salud que entiende deficientemente un idioma nativo, generando una barrera lingüística, afectando así los protocolos de prevención y promoción en la

salud. Entonces; los habitantes de una población alto andina se sienten desamparados por el estado y tienen desconfianza de la medicina convencional.

Este estudio es factible porque se cuenta con un buen número de pacientes que viven en la zona rural y quechua hablante en el distrito de Paucartambo. Es interesante y novedoso porque la asociación del idioma quechua en el acceso a la atención de salud, proporcionara información actualizada a cerca de las variables de estudio, los cuales, servirán como antecedente para futuras investigaciones y ayudara a concientizar al personal de salud en aprender mejor el idioma, crear aplicativos como traductores, de esta manera mejorar la comunicación y la relación médico – paciente.

Así mismo, este estudio motivará a seguir explorando e intervenir en poblaciones de riesgo, de esta manera estaríamos siendo empáticos, respetuosos y comprometidos con la salud del paciente. Es relevante porque los resultados de este estudio nos mostraran un panorama de la problemática y nos ayudaran a tomar mejores decisiones tanto en el sistema de salud en las diferentes micro redes, así como en los gobiernos locales, regionales y/o nacionales.

1.6. Limitaciones de la investigación

Este estudio se realizó en el Centros de Salud de Paucartambo y Mollamarca; uno de los obstáculos fue la ubicación de los establecimientos de salud, distante en zonas rurales; y el desinterés de algunos pacientes para formar parte de nuestro estudio, podrían influir en la veracidad y fidelidad de los datos suministrados.

1.7. Aspectos éticos

El desarrollo de la presente investigación se realizó siguiendo los principios y normas que guían a los investigadores y garantizan que se realice de manera ética responsable, tales como la declaración de Helsinki, el cual se basa en un conjunto de principios éticos como el en respeto a la dignidad, confidencialidad de información y autonomía(40). También se respetó los fundamentos básicos el código de Nuremberg y se garantizó que los resultados del estudio no pueden ser obtenidos para otros fines fuera de los objetivos de la investigación, del mismo modo el resultado del estudio será benéfico para la sociedad, y que se evitara todo daño físico, mental y sufrimiento innecesario al paciente(41). Así mismo se respetó el reporte de Belmont conservando ciertos principios de respeto, donde se protegerá su autonomía y su decisión de ser participe o no en la investigación; el estudio se realizó respetando la justicia y beneficencia, donde se buscó incrementar los beneficios y disminuir los riesgos que pueda sufrir el paciente(42).

Los datos obtenidos en la presente investigación solo son utilizados para fines de la investigación, para lo cual previamente los participantes firmaron el consentimiento informado, en el que se detalló la finalidad del estudio y su beneficio, brindando seguridad y el anonimato de los participantes.

CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico:

2.1.1. Acceso a los servicios de salud

El acceso a servicio de sanidad implica la capacidad de las personas en forma global para gozar de una atención médica, sin marginación alguna, seguros, eficaces y accesibles de alta calidad a servicios de salud integrales y de calidad, según la necesidad de cada población a nivel nacional, garantizando que las comunidades más vulnerables superen las dificultades de costos de los servicios de salud, mejoren sus infraestructuras sanitarias, se genere programas de salud comunitarias. La cobertura y acceso universal de la salud con un enfoque multidisciplinario, son esenciales para un sistema de salud equitativo, es importante identificar e implementar planes de acción política para abordar las determinantes sociales de la salud y se promueva el bienestar en toda la sociedad. Con una deficiente accesibilidad sanitaria universal, oportuna y efectiva, la salud para todos se convierte en una meta casi inalcanzable. Ambos son indispensables para alcanzar la salud y bienestar(8).

La diversidad lingüística, en un país multicultural como el Perú, hace que las barreras lingüísticas entre el paciente y personal de salud durante la atención de la salud sean más frecuentes(43).

2.1.1.1. Equidad, acceso y políticas de salud

La accesibilidad y equidad están relacionados con el análisis y las acciones políticas sociales, ambos forman parte de un proceso de interacción, que permiten el desarrollo de la sociedad.

Un adecuado acceso no solo a los servicios de salud, sino también a la educación, información, libertad de expresión, empleo y decisiones políticas, etc. Debido a que las cualidades de la sociedad se van conformando en comunidades, con diferentes estilos de actuación y expresión. Entonces, existe una sociedad mejor o menos desarrollada, por lo que el acceso no viene a ser lineal, sino más bien de forma equitativa.

Un acceso de salud equitativa no solo implica brindar recursos básicos, si no también haber cubierto las necesidades una población de acorde a las condiciones sociales, culturales, económicos, políticos, etc. La equidad es un término multidimensional que abarca la oportunidad de alcanzar su máximo potencial de salud, independientemente de su origen social, económico o geográfico(44).

Un componente fundamental de la justicia social es la equidad en salud que indica que las diferencias pueden ser evitadas, o remediadas entre grupos de personas ya sea por sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas(45).

2.1.1.2. El acceso: una forma de evaluar la equidad

En salud se puede decir que hay diferentes formas de evaluar la equidad, ya sea en cobertura, asignación de recursos, situación médica, económico, por ultimo equidad de recursos y servicios de salud; en este estudio se dará más énfasis en el último término porque explica la demanda y atención médica. Se debe comprender que el acceso es una puerta de ingreso a un servicio de salud, y debe tomar en cuenta los factores determinantes de una población y

de los recursos disponibles; es así que, el término acceso se ajusta a partir de sus condiciones socioculturales, económicas y demográficas; y que difiere del término accesibilidad que está más relacionado a la noción de demanda por servicios de salud enlazado al precio, tiempo y medio de transporte y tiempo de espera, así la accesibilidad se define como es el grado de relación entre características de los recursos de atención a la salud y las de la población, en un contexto de búsqueda y obtención de la atención(44).

El término equidad al acceso a salud no significa que todas las personas reciban los mismos servicios, si no de acuerdo a las necesidades y característica de una población; una oferta que implica oportunidad, calidad, eficiencia de servicio, pero ello requiere recursos humanos, presupuesto, tecnología alcanzada de los servicios de salud(44).

2.1.1.3. Determinantes del acceso a los servicios de salud

Los determinantes de la accesibilidad a los servicios sanitarios están incluidos en la historia humana, tales como los determinantes sociales, factores biológicos, culturales, económicos, conductuales, incluyendo los servicios de salud que promueven una respuesta especializada y organizada para promoción de salud y prevención de enfermedades(46).

2.1.1.3.1. Determinantes sociales de la salud

De acuerdo al Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida, los determinantes sociales se definen como las circunstancias en que las personas pasan su curso de vida, también se incluye el sistema sanitario, y representan un gran porcentaje de las desigualdades en la salud, las

desigualdades arbitrarias y prevenibles observadas en diferentes regiones y países lo que respecta a la condición de salud(47):

a. Los determinantes estructurales: ingresos, nivel educativo, ocupación, clase social, género, etnia(47).

b. Los determinantes intermedios: incluyen los factores conductuales como los estilos de vida, factores psicosociales, biológicos; y el propio sistema de salud como determinantes sociales(47).

- **Los estilos y hábitos de vida:**

Es un conjunto de modelos de comportamiento, actitudes y hábitos cotidianos que están constantemente relacionado con la salud, que está determinado por la elección de las personas, con opciones disponibles se usan de acuerdo con las oportunidades que ofrecen su situación social de una persona y sus condiciones de vida; por lo tanto los estilos de vida es una determinante en la promoción de salud(48).

- **Factores psicosociales:**

Son condiciones o situación relacionado con la mente y emoción los cuales influyen en el bienestar de la salud(47).

- **El sistema sanitario:**

El objetivo principal del Sistema de Salud es consolidar los sistemas de salud fundamentados en la atención primaria, mejorar la cobertura y acceso universal de la salud, mejorar la capacidad del país para generar y utilizar la investigación en salud, asegurando que los hallazgos científicos se apliquen para mejorar la atención a los pacientes(49).

- **La biología humana:**

En ingeniería genética, los factores hereditarios tienen una gran importancia, además en los últimos años ha logrado grandes avances, lo que brinda más oportunidades para poder prevenir enfermedades genéticamente conocidas; sin embargo, en el ámbito bioético se cuestionan las desigualdades en acceso a estos servicios sobre todo por los costos que se requieren en estas prácticas(46).

2.1.1.3.2. Políticas en salud:

Se refiere a las decisiones, objetivos y acciones que los gobiernos y otras instituciones establecen para abordar las necesidades de salud de la población. La política de salud del MINSA en el Perú, conocida como la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 (PNMS), tiene como objetivo principal "Perú, País Saludable"(50)

2.1.1.4. Dimensiones del acceso a salud

De acuerdo a Tanahashi, el acceso a servicios de salud se agrupa en cuatro dimensiones. Estas dimensiones hacen referencia a si los servicios están disponibles, si son fáciles de alcanzar, si son accesibles, si se adaptan a las necesidades individuales y si son aceptables para la persona(51).

Del mismo modo el Comité de Derechos de Económicos, Sociales y Culturales (IDEHPUCP) señala que el derecho a la salud contiene 4 dimensiones: accesibilidad, disponibilidad, contacto y aceptabilidad(52).

2.1.1.4.1. Accesibilidad

Se ha identificado una serie de problemas de accesibilidad geográfica que enfrentan las personas que acceden a los servicios de salud, particularmente debido a la baja cantidad de mano de obra, la falta de servicios y la infraestructura deficiente(53).

La accesibilidad geográfica a los servicios de salud es un problema multifacético, ya que el transporte para cubrir la distancia geográfica a los servicios de salud plantea múltiples barreras sobre todo para las personas mayores(54), la transición demográfica, epidemiológica y nutricional están influidos por la geografía de la población, y a su vez por los aspectos políticos y económicos, por lo que las desigualdades en acceso a salud continúan(12).

Las personas mayores sin transporte dependen de los miembros de la familia u otras formas de transporte para acceder a los servicios o de un transporte público poco fiable y/o inexistente en muchas áreas limita el acceso a los servicios(55). Otro obstáculo para una adecuada accesibilidad a los servicios de salud son los horarios de los profesionales de la salud que deberían cubrir una atención de las 24 horas y resolver la necesidad de la población; sin embargo muchas veces esto es un problema por el insuficiente recurso humano especializado que presenta el centro de salud, lo que sobrelleva a una verdadera negligencia del estado para con la población(12).

2.1.1.4.2. Disponibilidad:

La disponibilidad de los servicios de salud es una distribución desigual de los servicios de salud no sólo en términos de distribución espacial, sino también con respecto al tipo de servicios ofrecidos para la continuidad de la atención(53).

La disponibilidad de los servicios de salud también deben incluir la infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluyendo medicamentos) y financiamiento(44).

En los países del tercer mundo, aquellos con medianos o deficientes recursos, existen un aproximado de 75 comunidades andinas que no cuentan con un acceso libre a los servicios de salud, debido a que existen limitantes para llegar a estas comunidades. En repercusión, en los últimos años la prevalencia de enfermedades y su morbimortalidad fue incrementando dentro de las comunidades andinas(12).

2.1.1.4.3. Aceptabilidad

La aceptabilidad se define como la relación entre las actitudes de los pacientes sobre las prácticas de los proveedores, está influida por las características personales, por ejemplo la edad, el sexo, religión, la ubicación y el tipo de establecimiento, así como las actitudes del proveedor sobre las características personales del paciente, incluida la etnia.(56)

Existen factores que influyen en la aceptabilidad como son factores sociales, culturales, económicos, la forma de vestirse, el idioma que se habla y su pronunciación dentro de la comunidad, factores como la religión,

que en algunos casos no se culmina un tratamiento u no aceptan consejerías de prevención, etc, debido a su ética religiosa; sin embargo estos factores se deben respetar y llegar a un acuerdo en el tratamiento, aunque eso implique limitación en el acceso a servicios de salud(12).

La aceptabilidad de los servicios de sanidad muy frecuentemente se estudian mediante la satisfacción y confianza que manifiestan los pacientes(57).

2.1.1.4.4. Contacto

La Atención Primaria de Salud debe estar brindada por personal médico, de enfermería, personal técnico, etc, capacitado para resolver las demandas de una población a nivel primario, generalmente los países industriales cuentan con sistemas de salud basados en la Atención Primaria donde se incluye médicos especializados en medicina familiar, lo cual da buenos resultados en la atención a nivel primario(12).

En el Perú, en los centros de Atención Primaria, a menudo se cuenta con médicos especialistas del nivel secundario, sin embargo esto trae inconvenientes para el personal de sanidad y usuarios, ya que presentan limitaciones para realizar el uso pleno de todas sus habilidades y competencias en provecho del paciente; por otro lado el personal médico especializado, quien tiene una formación académica en un centro de tercer nivel, donde manejan enfermedades no tan comunes, inclinan a sobrevalorar las patologías y tratan en forma desmedida, pensando en sólo a un agente específico y no toma en cuenta el entorno en el que aparece y

vive el paciente. El termino contacto inicia desde brindar las citas, acceso a servicio social de no contar con un seguro gratuito o de trabajador, que los limita a una atención sanitaria(58,59).

2.1.2. Idioma quechua

El Perú es el producto de la evolución histórica de la gran diversidad geográfica y cultural. El quechua es una familia lingüística, con distintas variedades compartidas en siete países de América del Sur (Perú, Ecuador, Colombia, Bolivia, Argentina, Chile y Brasil) de acuerdo a datos del Ministerio de Educación(60).

El quechua dentro de los peruanos es considerado un idioma importante, además posee bastantes variedades que en realidad pueden estar en peligro; Pero en términos absolutos, del total de la población en el censo del 2007 hubo un 13.02% de quechua hablantes; diez años después, para en 2017 este porcentaje se siguió manteniendo en un 13.6%(60).

En el departamento de Cusco de un total de 1 147 188 de habitantes; el 55.25% de 5 años a más, poseen como lengua natal o materna el Quechua, siendo una de las provincias con más quechua hablantes desde su niñez las siguientes Provincias de Canas (91,35%), Paruro (91,33%), Paucartambo (88,67%), Chumbivilcas (88,59%) y Acomayo (85,78%)(19).

Tabla 1. Población censada, por idioma o lengua materna

CUADRO N° 2.16
CUSCO: POBLACIÓN CENSADA DE 5 Y MÁS AÑOS DE EDAD, POR IDIOMA O LENGUA MATERNA CON
EL QUE APRENDIÓ A HABLAR EN SU NIÑEZ, SEGÚN PROVINCIA, 2017
 (Porcentaje)

Provincia	Total		Idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez							No sabe/ No responde	
	Absoluto	%	Caste- llano	Quechua	Aimara	Ashaninka	Otra lengua nativa u originaria ^{1/}	Otra lengua extranjera ^{2/}	Lenguas de señas peruanas		No escucha / Ni habla
Total	1 103 635	100,0	41,83	55,25	0,24	0,17	0,35	0,20	0,03	0,08	1,85
Cusco	410 788	100,0	66,63	31,74	0,39	0,01	0,04	0,43	0,03	0,06	0,67
Acomayo	21 191	100,0	10,90	85,78	0,09	0,00	0,00	0,01	0,02	0,06	3,14
Anta	51 265	100,0	30,07	68,22	0,13	-	0,01	0,11	0,06	0,09	1,31
Calca	57 616	100,0	25,94	72,63	0,11	0,01	0,12	0,27	0,02	0,12	0,78
Canas	30 032	100,0	5,66	91,35	0,05	-	-	0,01	0,02	0,05	2,86
Canchis	88 028	100,0	32,80	65,93	0,19	0,00	0,01	0,02	0,04	0,09	0,92
Chumbivilcas	61 091	100,0	9,97	88,59	0,16	0,00	0,00	0,02	0,02	0,06	1,18
Espinar	52 319	100,0	27,50	70,83	0,29	-	0,01	0,01	0,03	0,09	1,24
La Convención	135 451	100,0	43,30	43,88	0,14	1,34	2,56	0,04	0,06	0,11	8,57
Paruro	23 649	100,0	6,20	91,33	0,09	-	-	0,00	0,02	0,11	2,25
Paucartambo	38 041	100,0	9,96	88,67	0,14	0,01	0,41	0,06	0,02	0,09	0,64
Quispicanchi	78 789	100,0	22,98	76,41	0,12	0,01	0,01	0,03	0,03	0,07	0,34
Urubamba	55 375	100,0	40,12	58,98	0,17	-	0,02	0,24	0,02	0,08	0,37

^{1/} Incluye: Achuar, Awajún/Aguaruna, Matsigenka/Machiguenga, Shipibo - Konibo, Shawi/Chayahuita.

^{2/} Incluye: Portugués, inglés, chino, italiano, francés, alemán, japonés, entre otros.

Fuente: INEI - Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas

Se debe poseer por parte de los estudiantes la idoneidad de aplicar lo teórico a la práctica, y de esa manera permitir la comunicación entre el futuro profesional de salud y los pacientes de una comunidad, mejorando el marco de los derechos de los usuarios y la calidad de la atención fomentando la promoción y prevención de la salud. emplear el quechua como medio de comunicación con los pacientes debe favorecer el entendimiento de los diagnósticos y tratamientos en la comunidad(21).

2.1.3. Características del distrito de Paucartambo:

El distrito de Paucartambo es uno de los 7 distritos de la provincia de Paucartambo, está ubicada en el departamento del Cusco.

Su nombre proviene de la palabra quechua 'Pawqartampu' lo que significa 'tambo colorido'(61)

Ubicación geográfica: El distrito de Paucartambo se ubica al Sur Este de la Cordillera de los Andes peruanos, en el Departamento del Cusco, a una altura 3,017 m.s.n.m. y a una distancia 110 Km. de la ciudad del Cusco. Así mismo el distrito de Paucartambo se encuentra en un valle, por donde confluyen el río Mapacho con el Río Qenqomayu. Tiene una altura de: 2.906 m y una superficie: 1.079 km²(61)

2.1.4. Asociación del acceso a servicios de salud e idioma concordante (Quechua).

En un estudio realizado por Diamond L, Izquierdo K, y colaboradores, cuyo título es "Una revisión sistemática del impacto de la concordancia entre pacientes y médicos en idiomas diferentes al inglés en la calidad de la atención", es una revisión sistemática durante el 2017, de los 33 estudios revisados se obtuvo un resultado que el 76% de las investigaciones argumentaron que la atención medica fue mejor para los pacientes que tuvieron atención correlativo con su lengua dominante, sin embargo el 15% de las investigaciones no hubo discrepancia en sus resultados y solo el 9% mostro un pésimo resultado en los usuarios que percibieron atención en su misma lengua. En un estudio por Eamranod (EE.UU, 2009) se vio que pacientes con médicos de idiomas concordantes: Es más probable que se le asesore sobre Dieta (OR = 2.2; IC95% [1.3–3.7]), Actividad física (OR = 2.3, IC95% [1,4–3,8]), en otro estudio realizado por Eamranod (EE.UU, 2011) se halló que los usuarios en el grupo de lenguaje disconcordante tuvieron menos probabilidades de someterse a pruebas de detección de cáncer

colorrectal comparado con el grupo con idioma concordante (OR=0.78; IC95% [0,61–0,99]), así mismo en otro estudio realizado por Jaramillo (EE.UU, 2016) tuvo resultados que en comparación con el grupo de habla inglesa, el grupo de lengua española concordante: Los participantes con concordancia lingüística calificaron puntuaciones más altas de comunicación ($p=0,03$), Los hispanohablantes en grupos de idiomas concordantes y discordantes en el idioma tienen una confianza significativamente mayor y puntuaciones de discriminación percibida más bajas en comparación con las familias de habla inglesa ($p < 0,001$; $p=0,001$)(62).

En otro estudio realizado por Huaranca G. sobre el dominio del idioma quechua de los Serumistas relacionado con el cuidado del usuario quechua hablante en Chincheros del 2024, se tuvo como se evidencio que a mayor dominio la lengua quechua, los cuidados de salud son buenos, sin embargo a menos dominio de la lengua quechua la conducta de cuidado son malos(63).

2.1.5. Descripción del instrumento.

El “Modelo de Cobertura Efectiva” es una noción que fue agregado por Tanahashi, quien lo describe como una cobertura positiva para las personas que recibe atención eficiente (donde la rentabilidad del servicio brindado se acepta como apropiado o suficiente en la medida que alcanza una respuesta específica). Además expone que existe una asociación entre la comunidad y las características específicas de abastecimiento de servicios, que a su vez es condicionada por las particularidades del sistema de salud. Este prototipo es práctico para examinar el acceso de la población a la atención médica, ya que

permite reconocer aquel grupo especial con atenciones no cómodas y asocia obstáculos y coordinadores que previenen o promueven un recubrimiento efectivo en cada grupo (51).

La Cobertura de los servicios de salud fue determinada bajo el modelo de cobertura eficaz descrito por Tanahashi en 1978. Este modelo considera:

2.1.5.1. Cobertura de disponibilidad:

La disponibilidad de los recursos ya sea humanos, materiales o financieros y la cantidad que está libre para brindar una determinada atención(51).

2.1.5.2. Cobertura de accesibilidad:

Los recursos accesibles a la comunidad están en forma física, económica y administrativa. Evaluará el porcentaje de pacientes que posee una verdadera accesibilidad a los sistemas sanitarios; la forma física vincula la distancia, tiempo de transporte, conectividad; lo organizacional se correlaciona con los temas administrativo como son los horarios de atención; los recursos económicos, implica el costo y tiempo de traslado, gastos extras del bolsillo necesarios para la atención médica(51).

2.1.5.3. Cobertura de aceptabilidad: Proporción de los pacientes que están satisfechos con la atención, está influenciada por circunstancias socioculturales, económicos, la religión , mitos, respeto y empatía(51).

2.1.5.4. Contacto con el servicio:

Interacción entre pacientes y los personales de salud ya sea de forma presencial o telefónica(64).

Esta es una herramienta para evaluar la cobertura y accesibilidad sanitaria, el cual está plasmado en el formulario de cobertura de servicios de salud en diferentes contextos establecido por Tanahashi en el año 1978, sin embargo en el año 2016 en el Perú este cuestionario fue reproducido por Mancilla con un coeficiente estadístico de Alpha de Cronbach de 0.738, lo cual indica de una moderada a alta consistencia del instrumento de medición. Esta herramienta se constituye de 25 cuestionarios con respuestas según la herramienta de escala likert, este cuestionario está repartido en 4 factores de la siguiente forma: Del cuestionario 1 a 7 comprende la cobertura de aceptabilidad, del 8 al 14 el factor accesibilidad, del 15 al 19 evalúa el contacto y finalmente del 20 al 25 determina la disponibilidad, La escala de Likert es una herramienta de medición útil y ampliamente utilizada, donde se mide las respuestas en una puntuación del 0 a 4, desglosado en nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre; así mismo la puntuación final es clasificada por baremación en dos partes BAJO de 0 a 50 puntos y ALTO de 0 a 100 puntos(65).

2.2. Definición de términos básicos

2.2.1. Acceso a servicios de salud:

El grado en que las personas tienen la oportunidad o impedimento para ingresar y recibir atención médica y demás(66).

2.2.2. Barrera lingüística

los factores como el idioma y su relación sociocultural que impiden una comunicación fluida, que obstaculiza la interpretación de conceptos entre el médico y paciente(67).

2.2.3. Equidad en salud:

Es la competencia de las instalaciones de salud para ofrecer alternativas a las personas que tienen más dificultades para ingresar y usar la atención médica en una región geográfica particular. Según la región, el estilo de vida y la necesidad de vivir. Estas diferencias deben considerarse para ofrecer más dificultades en dificultad y reducir la desigualdad(66).

2.2.4. Desigualdades en salud:

La desigualdad de salud se puede definir como diferencias en la salud o la distribución de las decisiones de la salud en distintas poblaciones. Se puede atribuir cierta desigualdad en la salud a las variaciones biológicas, el entorno y las condiciones externas(68).

2.2.5. Salud rural:

Atención médica y demás servicios en áreas rurales que presentan limitación a los servicios sanitarios ya sea por la distancia, escases del personal de salud u deficiencia en infraestructura(69).

2.2.6. Seguro público de salud:

Es un sistema que brinda cobertura de salud a los ciudadanos peruanos que no tienen acceso a seguros privados, el cual es económico, cooperativos con la finalidad de mejorar la cobertura universal de la población(70).

2.2.7. Relaciones médico-paciente:

La relación médico – paciente es un aspecto fundamental donde se incluye la confianza, comunicación afectiva, empatía y respeto(71).

2.2.8. Lengua Materna:

Es la primera lengua que una persona aprende a hablar durante su infancia(72).

2.3. Hipótesis de la investigación

2.3.1. Hipótesis general

El manejo nativo del idioma quechua limita el acceso a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.

2.3.2. Hipótesis específica

1. El nivel de accesibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025 es bajo.
2. Existe una asociación significativa entre el manejo del idioma quechua y la aceptabilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.
3. Existe una asociación significativa entre el manejo del idioma quechua y la accesibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.
4. Existe una asociación significativa entre el manejo del idioma quechua y el contacto a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.
5. Existe una asociación significativa entre el manejo del idioma quechua y la disponibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.

2.4. Variables

Variable dependiente	{	<ul style="list-style-type: none">• Acceso a servicios de salud
Variable independiente	{	<ul style="list-style-type: none">• Idioma quechua
Variables intervinientes:	{	<ul style="list-style-type: none">• Características demográficas: Edad, sexo, grado de instrucción• Factores socioculturales: Etnia, lengua materna, religión

2.5. Definiciones operacionales:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	NATURAL EZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ESCALA	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
VARIABLE DEPENDIENTE: ACCESO A SERVICIOS DE SALUD										
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	Se refiere a la capacidad de las personas de acceder a atención médica y servicios de salud necesarios de manera oportuna, de calidad y sin discriminación. Este acceso es un derecho fundamental y se ve influenciado por factores agrupados en 4 dimensiones: aceptabilidad, accesibilidad, contacto, disponibilidad((73)	ACEPTABILIDAD	Temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Siente temor en un centro de salud? ¿Siente vergüenza por atenderse en el centro de salud?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	1,2	Se define como: La acción de no acudir al centro de salud, ya sea por vergüenza o temor.
			Creencias y mitos	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Ha sentido que sus creencias han sido maltratadas en el centro de salud donde se atiende?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	3	Se define como: temer a ser maltratados por su cultura, lo cual impide el acceso a servicios de salud
			Incompatibilidad cultural entre el paciente y personal de salud	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Existe incompatibilidad entre su cultura y aquellos que le informan en el centro de salud?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	4	Se define como: Presencia de diferencias significativas en valores, creencias, entre el paciente y personal de salud, que resultan en dificultades para la comunicación, lo cual afecta la aceptabilidad.
			Desconfianza en el personal de salud y tratamiento prescrito	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Está conforme con las indicaciones del médico que lo trata? ¿El personal que lo atiende no está preparado? ¿La receta que le han dado es la adecuada?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	5,6 ,7	Se define como: La percepción negativa o duda por parte del paciente respecto a la competencia, eficiencia, seguridad del personal de salud, lo cual afecta en la aceptabilidad.
		ACCESIBILIDAD	Costos de medicamento, consultas médicas y exámenes.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Los exámenes médicos que le solicitan están muy caros? ¿El tratamiento médico que le indica esta fuera de su alcance? ¿La consulta médica tiene costo elevado?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	8,9 ,10	Se define como: Efectuar gastos extras de bolsillo asociada a la atención de salud, que limita la accesibilidad.
			Horarios de atención inadecuados	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Los horarios de atención no son los adecuados?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	11	Se define como: Horarios de atención que no cumplen con las necesidades de los usuarios, o que interfieren con la prestación eficiente y accesible de servicios de salud.
			Distancias largas entre la residencia del usuario y el lugar de atención.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿El centro de salud queda muy lejos de su domicilio?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	12	Se define como: La distancia larga de la vivienda de usuario al centro de salud, puede dificultar el acceso a servicios, generando barreras que impactan negativamente en la calidad de vida de los usuarios.
			Escasez y dificultad del transporte.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Tiene dificultad para conseguir transporte que lo lleve al centro de salud?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	13	Se define como: Las barreras de transporte para acudir a un centro de salud.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	NATURAL EZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ESCALA	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
			Largas listas y tiempo de espera excesivos.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Las colas y el tiempo de espera para la atención los desaniman para acudir a un centro de salud?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	14	Se define como: La lista de pacientes que esperan un procedimiento o consulta médica, y el tiempo promedio que estos pacientes han estado esperando son largas.
		CONTACTO	Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Usted siente que la atención es de mala calidad?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	15	Se define como: La evaluación subjetiva de un cliente que considera que la atención recibida no cumple con sus expectativas, mostrando una falta de calidad en la prestación del servicio.
			Falta de conciencia de la enfermedad en los usuarios.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Los dolores o malestar no constituyen un peligro?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	16	Se define como: La incapacidad de un paciente para reconocer las consecuencias de una condición médica, mostrando una falta de contacto del paciente hacia el personal de salud.
			Efectos secundarios de los medicamentos	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Ha sentido efectos no deseados luego de tomar su medicamento? ¿Las dosis prescritas no son las adecuadas?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	17, 18	Se define como: Cualquier efecto no deseado de un producto farmacéutico que se produzca con dosis normales utilizadas.
			Sensación de bienestar que lleva a dejar el tratamiento y controles al sentir mejoría	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Cuándo siente mejora deja el tratamiento aun cuando no se completa la dosis?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	19	Se define como: Un estado subjetivo de calma, a pesar de la presencia de síntomas y cree que se ha recuperado completamente y ya no necesita seguir las indicaciones médicas.
			Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención y medicamentos.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿El centro de salud no cuenta con buen equipo médico? ¿El local del centro de salud no es adecuado para atender a los usuarios? ¿No existen muchos turnos de atención? ¿En la farmacia del centro de salud no se encuentran disponibles todos los medicamentos que le han recetado?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	20, 21, 22, 23	Se define como: Falta o limitación de recursos disponibles para el funcionamiento adecuado de un sistema de salud, lo cual limita el acceso a servicios de salud.
		DISPONIBILIDAD	Escasez de información.	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿No existe buen servicio de información?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	24	Se define como: La situación donde la información brindada es insuficiente para la toma de decisiones de un individuo o población.
			Falta de formación y capacitación de los equipos médicos	Cualitativa	Nominal	Cuestionario "Cobertura de servicios de salud" cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738	¿Falta de formación y capacitación de los equipos médicos?	0.Nunca 1.Casi nunca 2.A veces 3.Casi siempre 4.Siempre	25	Se define como la ausencia o insuficiencia de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para el manejo o uso adecuado y seguro de los equipos médicos.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	NATURAL EZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	ESCALA	ITEM	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
VARIABLE INDEPENDIENTE: IDIOMA QUECHUA										
Idioma quechua	Los pacientes muestran las habilidades de la interacción oral con el idioma quechua.	Directa	Idioma que habla el poblador rural	Cualitativa	Nominal	Por medio del cuadro de evaluación sobre dominio de la expresión oral del idioma quechua.	De acuerdo al sobre dominio de la expresión oral del idioma quechua. ¿Qué idiomas habla actualmente?	- Nivel básico y avanzado	7-11	Según el cuadro de evaluación, se clasificará al paciente en el dominio oral como: - Nivel básico - Nivel avanzado
VARIABLES INTERVINIENTES										
Edad	Tiempo que ha vivido una persona	Directa	Edad cumplida en años	Cualitativa	De razón	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo.	Edad cumplida en años	_____ años cumplidos	1	Se define como: La cantidad de años que vivió el paciente
Sexo	Condición orgánica de una persona, ya sea como masculino o femenino.	Directo	Sexo al Nacimiento	Cualitativa	Nominal	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo.	Sexo al Nacimiento	- Femenino - Masculino	2	Se define como: La condición de masculino o femenino que consta en el DNI del paciente.
Grado de	Es el nivel de educación alcanzado por un individuo	Directa	Grado de instrucción alcanzado	Cualitativa	Ordinal	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo.	Grado de instrucción alcanzado	- Ninguno - Primaria - Secundaria - Superior	3	Se define como: El nivel de educación alcanzado por el paciente.
Etnia	Grupo de personas que comparten la misma herencia cultural.	Directo	Etnia con la que se identifica	Cualitativa	Nominal	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo.	¿Con cuál etnia se identifica?	- Quechua - Mestizo - Aimara - Blanco - Otro	4	Se define como: El origen racial del poblador.
Lengua materna	Sistema de comunicación verbal propio de una comunidad humana, que es aprendido en la primera infancia	Directo	Idioma que hablo durante su niñez	Cualitativa	Nominal	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo	¿Qué idioma aprendió en la niñez?	-Quechua -Español (castellano) - Ambos idiomas	5	Se define como: El primer idioma que aprendió el poblador durante la infancia.
Religión	Conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella.	Directo		Cualitativa	Nominal	Por medio de una ficha para recolección de datos elaborada con ese objetivo	¿A qué religión pertenece?	- Católica - Cristiano - Otro.....	6	Se define como: la creencias o dogmas que el poblador sigue

CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

Se efectuará un estudio correlacional - analítico, Según Sampieri un estudio correlacional analítico que busca analizar 2 o más variables, identificar patrones entre sí, su coeficiente de correlación y tendencias en la asociación de las variables en un ambiente particular. Para evaluar el grado de apego entre las dos o más variables, cada una se mide y luego se analiza y determina por los enlaces. La herramienta incluye saber cómo un concepto o una variable puede comportarse cuando conoce la estructura de otras variables interconectadas(74).

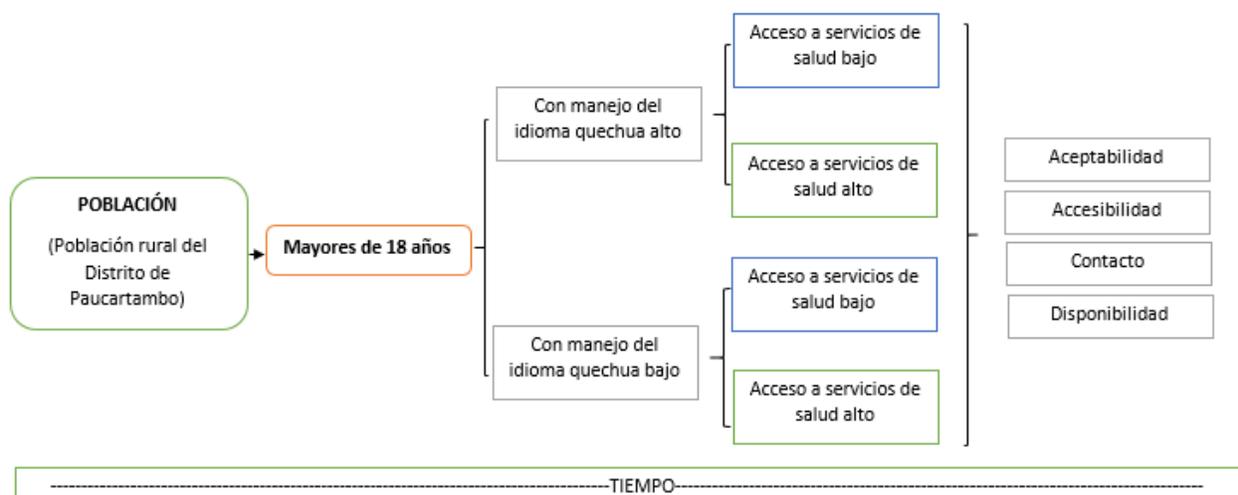
El presente estudio será correlacional porque indagara establecer el grado de asociación entre el idioma quechua y el acceso a servicios de salud.

3.2. Diseño de la investigación:

Este estudio pertenece a un enfoque observacional y se coleccionará los datos sin manipularlos. De acuerdo a Roberto Sampieri, un reconocido metodólogo de investigación un estudio de investigación no experimental es cuando el investigador observa y registra los comportamientos o fenómenos en su curso natural sin intervenir o manipular la variables, pero puede usar técnicas estadísticas(74).

Esta investigación tendrá el mencionado diseño porque solo se observara las características y su relación entre las variables utilizando técnicas estadísticas, mas no habrá manipulación sobre dichas variables que son la accesibilidad a servicios de salud y el idioma quechua.

El diseño de la presente investigación será transversal. Según Sampieri, un enfoque transversal implica que la recopilación de información es en un momento específico en el tiempo, no hay seguimiento, es rápido y económico, su objetivo es el análisis de la relación, identificación de patrones y relaciones entre variables en un momento único(74). Se eligió este tipo de diseño no experimental, porque se realizar las encuestas en momento determinado, sin realizar seguimiento a los participantes a lo largo del tiempo; y finalmente, este estudio es de tipo analítico explicativo porque permite constituir relaciones a nivel estadístico.



3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

- **Universo:** Según el censo nacional del INEI 2017, la provincia de Paucartambo de un total de 42 504 de población, 36 273 son del área rural, de los cuales 32 618 tienen como idioma el quechua y solo 3 187 el castellano, siendo una de las Provincias de Cusco con mayor porcentaje de quechua hablantes.

- **población de estudio:** El distrito de Paucartambo tiene una población rural de 7881(19).

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión:

- Se incluyeron:
 - o Paucartambinos del área rural (pacientes provenientes de las comunidades) de 18 años a más
 - o Individuos residentes en las comunidades del distrito de Paucartambo.
- Se excluyeron:
 - o Pacientes que sufren de una enfermedad mental o física que los limite a responder las preguntas
 - o Pacientes que no radiquen en Paucartambo o estén de visita
 - o Pacientes que no colaboren con el estudio o se nieguen a firmar el consentimiento informado

3.3.3. Tamaño de muestra y método de muestreo

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la aplicación Epidate 4.2, en el cual se consideró nivel de confianza de 95%, la potencia de 80%; así mismo nos basamos en el estudio de Huacario JP, (Bolivia, 2022), cuyo título fue “barreras para la toma de Papanicolaou en mujeres de 25 a 64 años de la comunidad rural en La Paz Bolivia, 2022”(30), donde se encontró que las mujeres del área rural que no disponían del acceso a servicios de salud fue del 52.3% y las que tenían un acceso a servicios de salud fue del 33.5%. Después de ingresar los datos mencionados al paquete estadístico se estimó un tamaño de muestra de 238

pacientes y considerando una pérdida del 10%, se aprecia un tamaño muestral total de 262 pacientes.

Tabla 2. Cálculo del tamaño muestral utilizando el programa Epidat 4.2

Tamaños de muestra. Comparación de proporciones independientes:

Datos:

Proporción esperada en:
 Población 1: 52,300%
 Población 2: 33,500%
 Razón entre tamaños muestrales: 1,00
 Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Potencia (%)	Tamaño de la muestra*		
	Población 1	Población 2	Total
80,0	119	119	238

*Tamaños de muestra para aplicar el test χ^2 con la corrección por continuidad de Yates (χ^2).

De acuerdo a los resultados del programa Epidat 4.2., la muestra para este estudio estuvo conformada por un total de 238 pobladores.

- $238 + 10\% =$ muestra total
- $238 + 23.8 = 261.8 = 262$

Se añadió el 10% por posibles pérdidas logrando de esta manera una muestra total de 262 pacientes para el estudio.

- **Método de muestreo**

Unidad de Análisis: Población rural del distrito de Paucartambo con edad mayor o igual a 18 años.

Técnica de muestreo: Probabilístico aleatorio simple. Se acudió a los Centro de Salud del distrito de Paucartambo (Centro de Salud de Paucartambo y Mollamarca)

Ubicación del Estudio: Distrito de Paucartambo, provincia de Paucartambo, departamento del Cusco.

Periodo del Estudio: abril y mayo del 2025

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos:

3.4.1. Técnicas de recolección de datos:

Con el propósito de recopilar información precisa y relevante para determinar la influencia del quechua como barrera idiomática en acceso a servicios de salud rural, distrito Paucartambo, 2025.

Se empleó como técnica la encuesta que consiste en la recolección de información mediante la aplicación del cuestionario sobre cobertura de salud, el cual fue respondido por los pacientes rurales (provenientes de las comunidades), que acudieron al Centro de Salud de Paucartambo y Mollamarca durante el mes de abril y mayo 2025.

3.4.2. Instrumento de estudio:

El instrumento para la recolección de datos constó de un cuestionario elaborado por Tanahashi en el año 1978, y replicado en el Perú por Mancilla en el 2016, el cual cuenta con una confiabilidad de modera a alta con un coeficiente estadístico de Alpha de Cronbach de 0.738 y validación por 3 expertos (Anexo 3 y 4). La ficha de recolección de datos consta de 4 secciones:

- Identificación
- Variables del acceso a servicios de salud

- Idioma quechua
- Variables intervinientes

El instrumento de estudio tiene una confiabilidad de moderada a alta, cuenta con un Alpha de Cronbach de 0.738, lo cual indica de una buena consistencia del instrumento de medición, así mismo cuenta con una validación por 3 expertos.

3.4.3. Procedimiento de recolección de datos:

Se solicitó la autorización del jefe del Centro de Salud de Paucartambo y Mollamarca para la aplicación de la encuesta a los pacientes rurales (pacientes provenientes de las comunidades del distrito de Paucartambo) que acuden a dichos centros, así mismo, se solicitó la autorización de la población en estudio mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 2) durante el mes de abril a mayo, 2025.

3.5. Plan de análisis de datos

- **ANÁLISIS UNIVARIADO:** Es un método estadístico que se usará para analizar y describir una sola variable de interés como es la lengua quechua, donde los datos estadísticos estarán representados por una tabla de frecuencia relativa, para las inconstantes numéricas es una medida de tendencia central y dispersión, finalmente para variable categórica una frecuencia absoluta, además se manejará la prueba no paramétrica.

- **ANÁLISIS BIVARIADO:** Es una técnica estadística donde se realizara un análisis de datos que involucra dos variables categóricas a partir de una base de datos en una hoja de cálculo Excel y se tendrá como medias de asociación a OR, todos los datos serán copiados un software Stata versión 17.0 para tabular y analizar los datos. Donde se utilizaran cuadros estadísticos que

	Con buen acceso a servicios de salud	Con mal acceso a servicios de salud	Total
Manejo de quechua			
Manejo de quechua			
Total			

OR = X. XX

p = X.XXX

IC=95% [X. XX-X. XX]

relacionen las variables de estudio. También se usara un análisis de regresión lineal multivariada en la que se predecirá el valor de la variable dependiente en función de las independientes ya sea numérica o categórica. Por último, los datos estadísticos registrados estarán representados en una tabla o gráfico.

- **ANÁLISIS MULTIVARIADO:** En el análisis multivariado se usara un modelo logístico flexible para encontrar el OR ajustado al IC del 95%, en la cual se incluirá la variable dependiente y las posibles variables intervinientes, se realizara un análisis mediante la aplicación Stata ® en su reléase 17.0

CAPITULO IV
RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados de la investigación

4.1.1. Análisis univariado descriptivo del estudio

Tabla 1. Características sociodemográficas de población rural que hace uso del servicio de salud, distrito Paucartambo, 2025.

Características demográficas		f	%
Procedencia	Mollamarca	82	31.30%
	Paucartambo	180	68.70%
Edad <i>45.2 +/- 17.32</i> <i>Mediana = 43.5</i> <i>Q1= 31, Q3=60</i> <i>Min=18, Max=82</i>	Menos de 25 años	35	13.36%
	De 25 a 35 años	46	17.56%
	De 35 a 45 años	56	21.37%
	De 45 a 55 años	41	15.65%
	De 55 a 65 años	32	12.21%
	De 65 a 75 años	43	16.41%
	Más de 75 años	9	3.44%
Sexo	Femenino	182	69.47%
	Masculino	80	30.53%
Grado instrucción	Ninguno	172	65.65%
	Primaria	37	14.12%
	Secundaria	35	13.36%
	Superior no universitario	14	5.34%
	Superior universitario	4	1.53%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

La tabla 1, presenta las características sociodemográficas de los pobladores rurales encuestados que acuden al centro de salud del distrito de Paucartambo. Se observa que la mayoría de los encuestados 68.70% provienen del Centro de Salud de Paucartambo, mientras que el 31.30% procede del Centro de Salud de Mollamarca.

En cuanto a la edad, el grupo más numeroso corresponde a personas entre 35 y 45 años (21.37%), seguido por los de 25 a 35 años (17.56%) y aquellos entre 65 y 75 años (16.41%). La edad promedio de los encuestados es de 45.2 años, con una mediana de 43.5 años, lo que sugiere una población mayoritariamente adulta, con una amplia dispersión en los rangos etarios (mínimo de 18 y máximo de 82 años).

Respecto al sexo, se evidencia un predominio de mujeres en la muestra, representando el 69.47%, mientras que los hombres constituyen el 30.53%.

En lo que refiere al nivel educativo, una gran mayoría de los encuestados (65.65%) no cuenta con ningún grado de instrucción formal. Solo el 14.12% ha cursado educación primaria, el 13.36% alcanzó la secundaria, y una pequeña fracción accedió a estudios superiores: 5.34% no universitarios y apenas 1.53% universitarios.

Estos datos reflejan una realidad preocupante en términos de acceso a la educación. La mayoría de los pobladores quechua hablantes se encuentra en condición de desventaja educativa, lo cual limita su capacidad para ejercer plenamente sus derechos, especialmente en contextos donde el idioma y el conocimiento son claves para la participación social y el acceso a servicios.

Tabla 2. Factores socioculturales de población quechua hablante que hace uso del servicio de salud rural, distrito Paucartambo, 2025.

Factores socioculturales		F	%
Etnia	Mestizo	36	13.74%
	Quechua	226	86.26%
Idioma nativo	Castellano	21	8.02%
	Quechua	241	91.98%
Idioma actual	Castellano y quechua	95	36.26%
	Solo quechua	167	63.74%
Religión	Adventista	9	3.44%
	Católico	144	54.96%
	Maranata	109	41.60%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

En la tabla 2, muestra los factores socioculturales de la población rural que acceden al centro del distrito de Paucartambo. Se observa que la gran mayoría de los encuestados (86.26%) se identifican con la etnia quechua, mientras que el 13.74% se reconocen como mestizos. Este dato evidencia la predominancia de la identidad indígena en la zona.

En relación con el idioma nativo, el 91.98% de los encuestados tienen al quechua como lengua materna, y solo un 8.02% son hablantes nativos del castellano. Este patrón se mantiene en el idioma de uso habitual: el 63.74% de los encuestados se comunican exclusivamente en quechua, y un 36.26% son bilingües, utilizando tanto el quechua como el castellano en su vida cotidiana.

En cuanto a la religión, más de la mitad de los pobladores (54.96%) se identifican como católicos, seguidos por un 41.60% que pertenecen a la iglesia Maranata y un 3.44% que profesan la religión adventista. Estos datos revelan una diversidad religiosa importante, aunque con predominio del catolicismo, lo cual también influye en la visión del mundo y las prácticas culturales de la población.

Esto pone de manifiesto la centralidad del idioma quechua en la identidad y la vida cotidiana de la población. A pesar de ello, las barreras lingüísticas y culturales continúan siendo una limitación para el acceso equitativo a servicios básicos, como la salud y la educación. La escasa presencia del castellano como lengua materna, sumada al hecho de que una mayoría significativa se comunica únicamente en quechua, resalta la necesidad urgente de implementar políticas públicas interculturales efectivas razón que hace imprescindible que los profesionales de salud y servidores públicos estén capacitados para brindar una atención inclusiva y sin discriminación.

Tabla 3. Percepción del acceso a servicios de salud por parte de la población rural que hace uso del servicio de salud, distrito Paucartambo, 2025.

Acceso a servicios de salud	F	%
Acceso Malo (0 a 49 puntos)	249	95.03%
Acceso Bueno (50 a 100 puntos)	13	4.96%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

En la tabla 3, respecto al acceso de los pobladores a los servicios de salud, en la que se muestra un lamentable 95.03% de acceso malo y 4.96% opinan un acceso bueno, en la

que claramente se refleja las múltiples barreras que los pobladores presentan para acceder a los servicios de salud, situación que constituye una alerta importante para las autoridades sanitarias, ya que refleja no solo deficiencias en la calidad y accesibilidad del servicio, sino también una posible desconexión entre los valores institucionales de equidad y el servicio que efectivamente reciben las comunidades indígenas.

Tabla 4. Percepción de las dimensiones del acceso a servicios de salud por parte de la población rural que hace uso del servicio de salud, distrito Paucartambo, 2025.

Acceso a servicios de salud		<i>F</i>	%
Aceptabilidad	Malo (0 a 14 puntos)	216	82.44%
	Bueno (15 a 28 puntos)	46	17.56%
Accesibilidad	Malo (0 a 14 puntos)	226	86.26%
	Bueno (15 a 28 puntos)	36	13.74%
Contacto	Malo (0 a 10 puntos)	242	92.37%
	Bueno (11 a 20 puntos)	20	7.63%
Disponibilidad	Malo (0 a 12 puntos)	215	82.06%
	Bueno (13 a 24 puntos)	47	17.93%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

La tabla 4, presenta la percepción de la población rural sobre las distintas dimensiones del acceso a los servicios de salud en el distrito de Paucartambo. Los resultados revelan una valoración predominantemente negativa en todos los aspectos evaluados, lo cual refleja una experiencia de atención deficiente desde la perspectiva del usuario.

En la dimensión de aceptabilidad, el 82.44% (n=216) de los encuestados considera que el acceso es malo, mientras solo el 17.56% (n=46) lo valora como bueno. Esta dimensión se relaciona con el respeto a su cultura y creencias, la empatía y el trato adecuado que debe ofrecer el personal de salud a los usuarios. La alta insatisfacción sugiere que aún persisten actitudes discriminatorias o una falta de sensibilidad cultural hacia la población quechua hablante.

En cuanto a la accesibilidad, el 86.26% (n=226) de los participantes manifiesta una percepción negativa y un 13.74% (n=36) lo considera positiva. Esto puede deberse a múltiples barreras que dificultan el ingreso al sistema de salud, como la distancia geográfica, los costos de traslado y medicamentos, los horarios de atención inadecuados. Esta dimensión es una de las más afectadas y representa una clara limitación para ejercer el derecho a la salud.

La dimensión de contacto obtuvo la peor evaluación: el 92.37% (n=242) considera que el acceso es malo y solo el 7.63% (n=20) menciona que es bueno. Esto evidencia graves problemas en el primer acercamiento entre el paciente y el sistema de salud, si un paciente está dispuesto a tener continuidad en la atención que recibe, lo cual está directamente impactado por su percepción de la calidad de la atención, y la capacidad del paciente para adaptarse al tratamiento brindado.

La dimensión de disponibilidad presenta una evaluación de la menos grave: el 82.06% (n=215) opina que el acceso es malo, mientras que el 17.93% (n=47) considera que es bueno. Esto indica que existe una carencia de algunos recursos como infraestructura, medicamentos o profesionales, la falta de información en idioma quechua o trámites

burocráticos poco comprensibles para la población indígena, están presentes en cierta medida.

La dimensión más crítica es el contacto, seguida por la accesibilidad y la aceptabilidad, lo cual evidencia que el problema no se limita a recursos materiales, sino que también está relacionado con el trato, la comprensión cultural y la comunicación.

Tabla 5. Nivel de comunicación el lenguaje quechua por parte del poblador rural que hace uso del servicio de salud, distrito Paucartambo, 2025.

Idioma quechua	<i>F</i>	%
Nivel bajo (0 a 3 puntos)	27	10.31%
Nivel alto (4 a 6 puntos)	235	89.69%

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

La tabla 5, muestra el nivel de comunicación en quechua de los pobladores que hacen uso del servicio de salud rural en el distrito de Paucartambo. Se observa que el 89.69% de los encuestados presenta un nivel alto de dominio del idioma quechua, mientras que solo el 10.31% manifiesta un nivel bajo.

Estos datos reflejan una fuerte presencia del quechua como lengua viva dentro de la comunidad, lo cual evidencia no solo su uso funcional en la vida cotidiana, sino también su valor cultural y simbólico. El hecho de que la gran mayoría de la población mantenga un dominio sólido del idioma demuestra un proceso activo de preservación y transmisión intergeneracional, lo que contribuye a la revalorización de las raíces culturales andinas.

4.1.2. Análisis bivariado relación entre las dimensiones de la percepción de la atención de salud y el manejo de lenguaje quechua

Tabla 6. Relación del manejo de idioma quechua y percepción de aceptabilidad en servicios de salud por parte de la población rural que hace uso del servicio de salud, distrito Paucartambo, 2025.

		Aceptabilidad				Chi	Sig.	OR	L. I.	L. S.
		Mala		Bueno						
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%					
Nivel de idioma quechua	Alto	200	85.11%	35	14.89%	11.178	0.001	3.929	1.683	9.169
	Bajo	16	59.26%	11	40.74%					

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

En la tabla 6, se muestra el contraste del nivel de manejo del idioma quechua y la aceptabilidad, con el sig (0.001<0.05) existe asociación estadísticamente significativa de la aceptabilidad percibida en los centros de salud con el nivel de idioma quechua, siendo que mientras que el poblador presente un nivel alto de quechua menos aceptabilidad del servicio de salud tiene, en el caso del (OR=3.929; IC95%[1.683-9.169]) en la que se observa que tienen un 3.929 veces más de probabilidad de que el poblador que tiene un nivel alto de habla quechua, presenta una aceptabilidad mala.

Tabla 7. Relación manejo del idioma quechua y percepción de accesibilidad en servicios de salud por parte de la población rural que hace uso del servicio de salud, distrito Paucartambo, 2025.

		Accesibilidad				Chi	Sig.	OR	L. I.	L. S.
		Mala		Buena						
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%					
Nivel de idioma quechua	Alto	205	87.23%	30	12.77%	1.827	0.176	1.952	0.729	5.227
	Bajo	21	77.78%	6	22.22%					

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

En la parte se muestra el contraste del nivel de manejo del idioma quechua y la accesibilidad, con el sig (0.176>0.05) no existe diferencia significativa de la accesibilidad respecto al nivel de idioma quechua del poblador, en el caso del (OR = 1.952; [0.729-5.227]) en la que se muestran que los limites pasan por la unidad en la que no presenta relevancia estadística. Indicando que el ser admitido o tener accesibilidad al servicio de salud no es discriminado por el manejo del idioma quechua.

Tabla 8. Relación manejo del idioma quechua y percepción de contacto con el personal del servicio de salud por parte de la población rural que hace uso del servicio de salud, distrito Paucartambo, 2025.

		Contacto				Chi	Sig.	OR	L. I.	L. S.
		Malo		Bueno						
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%					
Nivel de idioma quechua	Alto	219	93.19%	16	6.81%	2.202	0.138	2.380	0.734	7.723
	Bajo	23	85.18%	4	14.81%					

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

En la parte se muestra el contraste del manejo del idioma quechua por parte del poblador y el contacto percibido con el personal de salud, con el sig (0.138>0.05) no existe diferencia significativa del contacto con el nivel de idioma quechua, en el caso del (OR=2.380; [0.734-7.723]) en la que se muestran que los limites pasan por la unidad en la que no presenta relevancia estadística.

Tabla 9. Relación manejo del idioma quechua y percepción de disponibilidad del servicio de salud por parte de la población quechua hablante que hace uso del servicio de salud rural, distrito Paucartambo, 2025.

			Disponibilidad				Chi	Sig.	OR	L. I.	L. S.
			Mala		Buena						
<i>F</i>	%		<i>f</i>	%							
Nivel de quechua	de Idioma	Alto	199	84.68%	36	15.32%	10.632	0.001	3.800	1.631	8.854
		Bajo	16	59.26%	11	40.74%					

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

En la parte se muestra el contraste del manejo del idioma quechua y la disponibilidad percibida del servicio de atención de salud, con el sig (0.001<0.05) existe diferencia significativa de la disponibilidad percibida por los hablantes de la lengua quechua de nivel alto y bajo en el caso del (OR=3.800; [1.631-8.854]) indicando que un manejo alto de quechua se aprecia una menor disponibilidad del servicio de salud

4.1.3. Análisis bivariado relación entre la percepción de la atención de salud y el manejo de lenguaje quechua

Tabla 10. Relación manejo del idioma quechua y percepción del servicio de salud por parte de la población rural que hace uso del servicio de salud, distrito Paucartambo, 2025.

		Acceso a servicios de salud				Chi	Sig.	OR	L. I.	L.S.	
		Malo		Bueno							
		<i>F</i>	%	<i>F</i>	%						
Nivel de idioma quechua	Alto	227	96.60%	8	3.40%	227	11.732	0.001	6.449	1.942	21.412
	Bajo	22	81.48%	5	18.52%	22					

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

En la parte se muestra el contraste del nivel de hablante del idioma quechua y la percepción de acceso a servicios de salud, con el sig ($0.001 < 0.05$) existe diferencia estadísticamente significativa del acceso al servicio de salud con el nivel de idioma quechua, siendo que mientras que el poblador presente un nivel alto de quechua menos acceso al servicio de salud tiene, en el caso del ($OR=6.449$; $[1.942 - 21.412]$) en la que se observa que tienen un 6.449 veces más de probabilidad de que el poblador que tiene un nivel alto en idioma quechua, presenta una acceso a servicios de salud mala.

De los datos recaudados por las opiniones de los pobladores se observa una vez más la gran importancia de la revaloración del idioma quechua en la cultura cusqueña y peruana ya que a pesar de la tecnología y sistematización el idioma sigue subsistiendo y esto es más un reto que un problema ya que estos pobladores tienen los mismos derechos a los accesos de salud como peruanos y ciudadanos por ello es una llamada de atención a las

autoridades para tomar en cuenta que se debe capacitar de mejor manera al personal para que tengan un mejor trato a los pacientes quechua hablantes.

4.1.4. Análisis multivariado relación entre la percepción de la atención de salud según características de los pobladores quechua hablantes

Tabla 11. Percepción del acceso a servicio de salud según las características de la población rural que hace uso del servicio de salud, distrito Paucartambo, 2025.

Fuente	Valor	Chi	Sig.	OR	L. I.	L. S.
Intercepción	-1.388	0.769	0.381			
Edad (años)	0.026	0.701	0.402	1.026	0.966	1.091
Sexo (ref=femenino)	.					
• Masculino	0.195	0.060	0.806	1.216	0.256	5.780
Grado instrucción (ref=ninguno)	.					
• Primaria	1.249	0.725	0.395	3.486	0.197	61.795
• Secundaria	-0.108	0.012	0.913	0.898	0.129	6.247
• Superior	0.942	0.424	0.515	2.565	0.150	43.759
Etnia (ref=mestizo)	.					
• Quechua	2.347	9.369	0.002	10.454	2.326	46.989
Lengua materna (ref=castellano)	.					
• Quechua	1.495	1.402	0.236	4.460	0.375	53.026
Idioma actual (ref=ambos)	.					
• Quechua	0.901	0.815	0.367	2.461	0.348	17.395
Nivel de habla quechua (ref=bajo)	.					
• Alto	-0.229	0.047	0.829	0.795	0.099	6.365

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

La tabla presenta los resultados de un análisis de regresión logística sobre la percepción del servicio de salud en función de distintas variables sociodemográficas y culturales.

Entre las variables analizadas, la etnia quechua es la única que muestra una asociación estadísticamente significativa con la percepción del acceso a servicio de salud ($p = 0.002$). Los resultados indican que las personas de etnia quechua tienen 10.454 veces más probabilidades ($OR = 10.454$) de tener una determinada percepción del servicio de

salud negativa. Este resultado refleja una clara desigualdad en la experiencia del sistema de salud para los pobladores indígenas.

VARIABLES COMO LA LENGUA MATERNA QUECHUA (OR = 4.460) E IDIOMA ACTUAL SOLO QUECHUA (OR = 2.461) MUESTRAN ASOCIACIONES CONSIDERABLES EN TÉRMINOS DE ODDS RATIOS, PERO SUS NIVELES DE SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA SON ALTOS POR LO QUE NO SE PUEDEN CONSIDERAR CONCLUYENTES.

Tabla 12. Percepción de las dimensiones del servicio de salud según las características de la población rural que hace uso del servicio de salud, distrito Paucartambo, 2025.

Fuente	Aceptabilidad	Accesibilidad	Contacto	Disponibilidad
Intercepción				
Edad (años)	1.021 (0.993 ; 1.05)	1.005 (0.976 ; 1.034)	1.012 (0.972 ; 1.053)	1.029 (1.003 ;1.056)
Sexo (ref=femenino)				
• Masculino	2.026 (0.798 ; 5.141)	1.506 (0.594 ; 3.821)	0.671 (0.211 ; 2.127)	0.616 (0.292 ;1.302)
Grado de instrucción (ref=ninguno)				
• Primaria	1.839 (0.382 ; 8.855)	0.677 (0.16 ; 2.867)	1.209 (0.172 ; 8.504)	4.319 (0.773 ;24.13)
• Secundaria	2.236 (0.477 ; 10.478)	0.785 (0.179 ; 3.449)	0.794 (0.122 ; 5.146)	0.888 (0.19 ;4.159)
• Superior	5.783 (0.706 ; 47.347)	0.816 (0.116 ; 5.759)	2.652 (0.162 ; 43.505)	0.889 (0.136 ;5.808)
Etnia (ref=mestizo)				
• Quechua	4.602 (1.711 ; 12.381)	5.235 (1.872 ; 14.64)	9.676 (2.683 ; 34.894)	1.139 (0.386 ;3.357)
Idioma nativo (ref=castellano)				
• Quechua	3.556 (0.936 ; 13.511)	0.889 (0.223 ; 3.542)	1.996 (0.336 ; 11.854)	0.218 (0.034 ;1.398)
Idioma actual (ref=ambos)				
• Quechua	3.263 (0.763 ; 13.947)	1.569 (0.398 ; 6.181)	0.749 (0.144 ; 3.899)	1.089 (0.246 ;4.823)
Nivel de habla quechua (ref=bajo)				
• Alto	0.612 (0.15 ; 2.49)	0.504 (0.108 ; 2.359)	1.77 (0.402 ; 7.797)	5.699 (1.257 ;25.852)

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta recolectada.

La tabla 12, presenta la percepción de las dimensiones del servicio de salud (aceptabilidad, accesibilidad, contacto y disponibilidad) según las características de la población rural del distrito de Paucartambo. .

Para la dimensión de disponibilidad la única variable con asociación estadísticamente significativa fue el nivel alto de quechua (OR = 5.699; IC: 1.257–25.852). Esto indica que quienes dominan fuertemente el quechua tienen más de 5 veces mayor probabilidad de percibir una baja disponibilidad de recursos (no existe un buen sistema de información, personal, medicamentos, atención).

4.2. Discusión

En este estudio se evaluó la relación entre el manejo del idioma quechua y el acceso a servicios de salud fue realizado en 262 pacientes procedentes del área rural del distrito de Paucartambo, quienes cumplieron con los criterios de selección, en quienes inicialmente se evaluaron las características demográficas, respecto al sexo, se evidencia un predominio de mujeres en la muestra, representando el 69.47%, mientras que los hombres constituyen el 30.53%; dicho resultado es concluyente con el estudio de Salmerón AG, et. al (Europa, 2021)(31), donde menciona que las mujeres comparados a los varones, requerían un 60% más atención médica y no tenían acceso a los servicios de salud.

La gran mayoría de los encuestados 65.65% no cuenta con ningún grado de instrucción formal, el 14.12% tiene primaria, el 13.36% alcanzó la secundaria y una pequeña fracción 5.34% estudios superiores, estos resultados son esperables ya que según la escueta

ENAH0 2017, menciona que la Provincia de Paucartambo cuenta con una tasa alta de analfabetismo en un 26.9%(19).

En cuanto a la percepción del acceso a servicios de salud, se muestra un lamentable 95.03% de acceso malo y 4.96% opinan un acceso bueno. Este hallazgo es consistente con el estudio de Tianyi L, et al. (EE.UU, 2020)(32), quienes encontraron que el 45,3% de pacientes con dominio limitado del idioma inglés tuvo un deficiente acceso a servicios de salud, mientras que, el 73,8% de los pacientes con buen dominio del inglés tuvieron un acceso adecuado a servicios de salud ($p < 0,001$).

Respecto a la percepción de las dimensiones del acceso a servicios de salud por parte de la población rural, en la dimensión de aceptabilidad, el 82.44% de los encuestados considera una aceptabilidad mala, mientras solo el 17.56% lo valora como bueno, este hallazgo es consistente con el estudio de Torres JL, et.al (Ecuador, 2021)(29), refirieron que 59% percibe que la población quechua y aimara es discriminada por su forma de hablar, vestimenta e idioma o lengua que habla y el 50% de los pacientes considera que nunca se respetan sus tradiciones y creencias en la atención recibida. Jaeger FN, et.al (Suiza, 2019)(33), quienes refirieron que de los médicos de atención primaria, más del 90% se enfrentan a barreras idiomáticas (que dificultan una comunicación directa de calidad) con $p < 0,001$ y el 90% demoran más en el tiempo de las atenciones. La alta insatisfacción de esta dimensión sugiere que aún persisten actitudes discriminatorias o una falta de sensibilidad cultural hacia la población quechua hablante.

En la dimensión a la accesibilidad, el 86.26% de los participantes manifiesta una percepción negativa y un 13.74% lo considera positiva, este hallazgo está respaldada por el estudio de Núñez M, et al.(Colombia, 2021)(28), quienes en su estudio

mencionaron que el 72% de las gestantes manifestó que existe carencia de movilidad hacia el Centro de Salud, un 44% de las mujeres mencionan que recorren más de 10 km para acudir a sus controles prenatales, lo que podría explicarse al contexto estudiado por en el Distrito de Paucartambo. Esto puede deberse a múltiples barreras que dificultan el ingreso al sistema de salud, como la distancia geográfica, los horarios de atención inadecuados. Esta dimensión es una de las más afectadas y representa una clara limitación para ejercer el derecho a la salud.

La dimensión de contacto se obtuvo la peor evaluación: el 92.37% considera que el acceso es malo y solo el 7.63% menciona que es bueno, en esta dimensión se evaluó la continuidad hacia el servicio de salud; estos resultados discrepan con el estudio de Squires A, et.al (Nueva York-EE.UU, 2022)(26), quienes asociaron el aumento de las tasas de reingreso hospitalario al dominio limitado del inglés en un 20,4% ($p = 0,001$), esto podría darse por la presencia de diversos factores en cada país e individuo, lo que conduce al poco acercamiento entre el paciente y el sistema de salud.

En la dimensión de disponibilidad se observó que el 82.06% opina que el acceso es malo, mientras que el 17.93% considera que es bueno, estos resultados tienen el respaldo con el estudio de Jaeger FN, et.al (Suiza, 2019)(33), quienes entrevistaron a los médicos de atención primaria y refirieron que el 62,3% no brindan un informe sobre la enfermedad y tratamiento, 55% renuncian capacitaciones preventivas ($p=0,003$) debido a barreras idiomáticas, así mismo existe otro estudio de Fernández D, et.al (Perú, 2023)(36), quienes mencionan que solo un 36,2% tuvo acceso a información sobre el dengue el cual se asoció con pertenecer a la etnia quechua. Estos resultados indican que existe

una carencia de algunos recursos como infraestructura, medicamentos o profesionales, la falta de información en idioma quechua.

Al respecto, en nuestro estudio se realizó el análisis bivariado mediante la prueba Chi cuadrado se muestra el contraste del nivel de manejo del idioma quechua y la aceptabilidad, con el sig ($0.001 < 0.05$), existe asociación estadísticamente significativa de la aceptabilidad percibida en los centros de salud con el nivel de idioma quechua con un (OR=3.929; IC95% [1.683-9.169]), este resultado tiene consistencia con el estudio de Contreras, JM (Cusco - Santiago, 2017)(39) quien menciona que la forma en que percibieron ser tratados los quechua hablantes fue mal y muy mal en un 62.5%, contrario a los hispanohablantes con un (OR=2.7; IC95% [1,489 – 5,180]); Gonzales A, et al. (Perú, 2022)(37) quienes relacionaron el deficiente acceso a la vacunación contra DTP en el Perú con factores culturales en un 82.2% con (OR=1,34, IC del 95%; [1,25-1,43]); Díaz AL, et.al (Perú, 2022), en su estudio menciona que los hablantes de quechua o aymara tenían 13% menos probabilidades (OR=0,87; IC 95% [0,79–0,95] de usar métodos anticonceptivos modernos en comparación con los que hablan español; lo que indica que pese a fomentación de salud intercultural, existe una deficiente aceptabilidad de los usuarios hacia los servicios de salud porque no se respeta sus creencias, idioma nativo y cultura por parte del personal de salud.

Con respecto al contraste del nivel de manejo del idioma quechua y la accesibilidad, con el sig ($0.176 > 0.05$) no existe diferencia significativa con un (OR = 1.952; [0.729- 5.227]); del mismo modo con el sig ($0.138 > 0.05$) no existe diferencia significativa del contacto con el nivel de idioma quechua, con un (OR=2.380; [0.734-7.723]), resultado que podría deberse a que la a que la accesibilidad y el contacto no solo dependen de la

comunicación, por consiguiente el idioma, sino también de otros factores como lejanía del centro de salud, dificultad en el transporte, factores económicos, largas colas de espera, adherencia al tratamiento(65); sin embargo en el estudio de Loftus J, et.al (Minnesota–EE.UU, 2018)(34), quienes estudiaron las diferencias rural-urbanas en la accesibilidad encontraron una asociación significativa entre el acceso a medidas preventivas en el idioma inglés y preocupaciones sobre el costo de la atención con un (OR=1.72; IC95%[1.03-2.89]); obtener dichos resultados también podrían obedecer a que los participantes rurales cuentan con SIS.

En relación al contraste del manejo del idioma quechua y la disponibilidad percibida del servicio de atención de salud, con el sig (0.001<0.05) existe diferencia significativa con un (OR=3.800; [1.631-8.854]), estos resultados son consistentes con los estudios de: Contreras, JM (Cusco - Santiago, 2017)(39), quien encontró una asociación significativa entre el acceso a un servicio de información (los pobladores de las comunidades mencionaron no entender nada o poco el mensaje de quien los atendió) sobre IRAS y ser quechua hablante con un (OR= 13,33; IC95%[4,490 – 39,591]), estos resultados nos indican que a pesar de la tecnología y sistematización el idioma sigue subsistiendo y enfrentan barreras de disponibilidad de información, medicamentos, infraestructura; y esto es más un reto que un problema ya que estos pobladores tienen los mismos derechos a los accesos de salud.

Finalmente en nuestro análisis de regresión logística multivariado, la etnia quechua muestra asociaciones estadísticamente significativas con tres dimensiones del servicio: aceptabilidad (OR = 4.602), accesibilidad (OR = 5.235) y especialmente contacto (OR = 9.676), Esta situación evidencia una brecha importante en la experiencia del servicio de

salud para la población indígena, probablemente asociada a barreras culturales, lingüísticas o actitudinales del personal de salud.

4.3. Conclusiones

- Existe una relación significativa entre el dominio del idioma quechua y el acceso a los servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo.
- El 95% de población rural del distrito de Paucartambo percibe un bajo acceso a los servicios de salud.
- Se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el idioma quechua y la dimensión de aceptabilidad.
- La dimensión de accesibilidad tuvo una percepción negativa, pero no se halló una diferencia estadísticamente significativa.
- El dominio del quechua no tuvo una asociación significativa con la dimensión de contacto aunque el odds ratio mostró una tendencia preocupante.
- La dimensión de disponibilidad mostro relación significativa con el nivel o manejo de lenguaje quechua, así mismo con la edad.

4.4. Sugerencias

- A las autoridades de la GERESA y MINSA, generar estrategias para el cumplimiento de la normativa sobre salud intercultural, implementando charlas educativas en el idioma quechua e incidiendo que los profesionales de la salud ya sea que laboren en hospitales y centros de salud de Cusco manejen el idioma quechua, así mismo se debe realizar capacitaciones al personal de salud que labora en la Atención Primaria sobre la implementación de actividades medicas integrales y comunitarias para fomentar de forma eficaz la promoción y

prevención en salud; Por otro lado se debe construir más Puestos de salud en áreas rurales y alejadas, así mismo mejorar la infraestructura y el equipamiento de las que ya existen para fortalecer las dimensiones de accesibilidad y contacto.

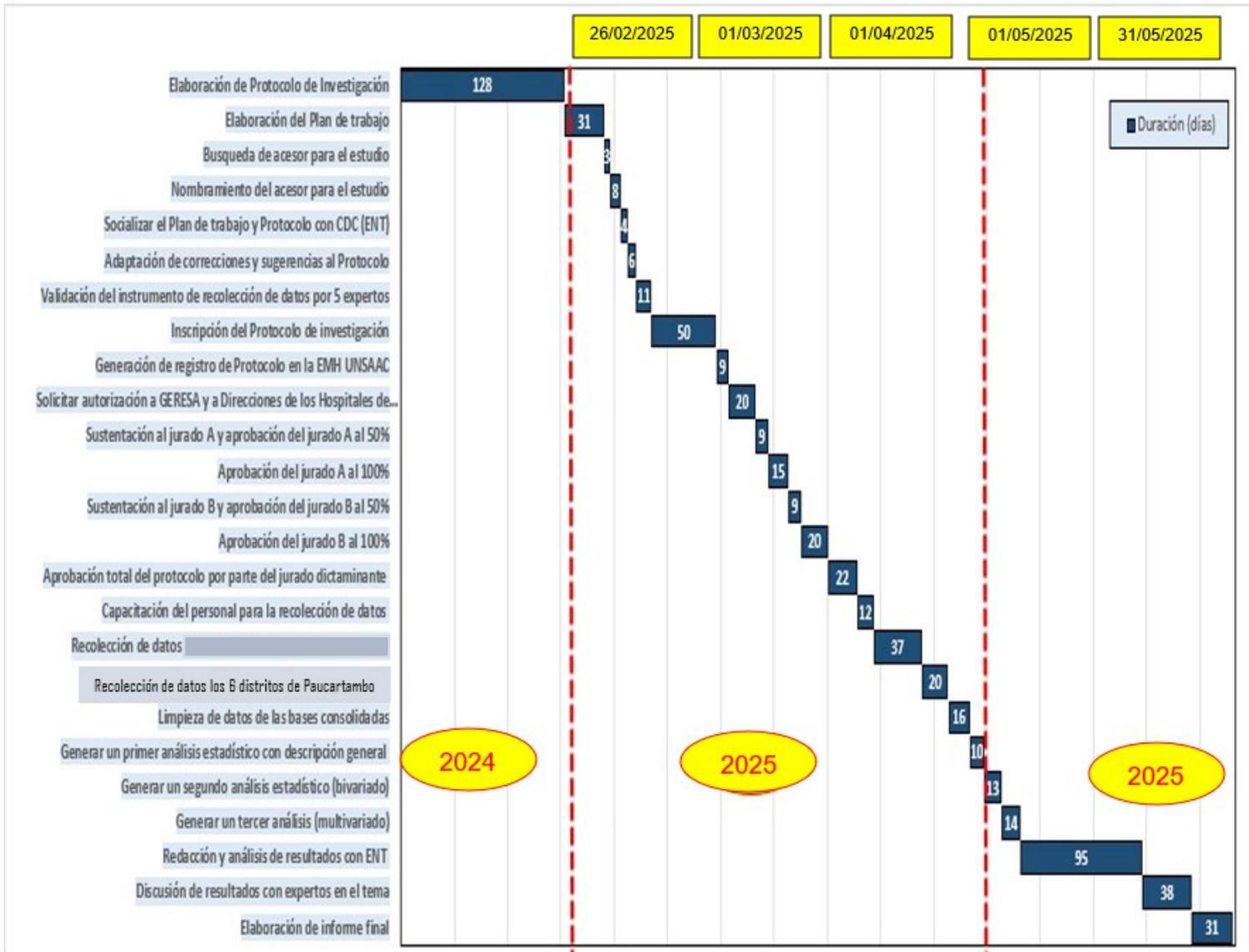
- Los Centro de Salud del Distrito de Paucartambo se debe ejecutar múltiples procesos de capacitación a todo el personal de salud que laboran en la institución para fortalecer el uso obligatorio del idioma Quechua y mejorar la aceptabilidad, comunicación y disponibilidad de acceso a información en el idioma nativo; dado que los pobladores del área rural del Distrito de Paucartambo en su mayoría son quechua hablantes y con un grados de instrucción básico o ninguno.
- A los estudiantes y docentes del área de salud de la Universidad Nacional de San Antonio Abab del Cusco, se debe seguir fomentando el aprendizaje y uso del idioma quechua, para mejorar la relación y el dialogo con la población quechua hablante, de esta forma fomentar promoción y prevención en la población rural durante el ejercicio de su carrera profesional; además de, usar como base para realizar futuras investigaciones relacionadas con el tema y abordar a las poblaciones más vulnerables.
- A la facultad de medicina humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, mejorar la malla curricular e integrar más el idioma quechua, se recomienda incorporar el certificado de un idioma nativo como requisito de graduación, para promover la diversidad cultural y educación intercultural, enfocándose en la comunicación asertiva.

PRESUPUESTO

	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
RECURSOS HUMANOS			
Autores y colaboradores	-	1	s/ 0.00
Asesor metodológico	-	1	s/ 0.00
Comité de ética	-	-	s/ 0.00
EQUIPOS Y DISPOSITIVOS			
Laptop	Propio de la alumna	1	s/ 0.00
Equipo de celular	Propio de la alumna	1	s/ 0.00
Conexión a internet	s/ 50	6	s/ 300.00
Licencia STATA	s/ 45	3	s/ 135.00
MATERIALES DE ESCRITORIO Y PAPELERA			
Servicio de impresión	s/0.10	1000	s/ 100.00
Empastado	s/ 8.00	5	s/ 40.00
Lapiceros	s/ 0.50	12	s/ 6.00
Tableros	s/ 8.00	2	s/ 16.00
RECURSOS MEDICOS			
Varios servicios	s/ 50.00	1	s/50.00
SERVICIO DE TRASNPORTE			
Transporte a Paucartambo	s/ 15.00	30	s/ 450.00
Transporte a Mollamarca	s/ 15.00	30	s/ 450.00
Transporte urbano	s/ 1.00	100	s/ 100.00
TOTAL			s/ 1647.00

La subvención es de s/. 2705 soles el cual será cubierto por la bachiller.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINEDU. En el Perú hay 47 lenguas originarias que son habladas por cuatro millones de personas [Internet]. [citado 25 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/n/noticia.php?id=42914>
2. Alarcón E. Día de las Lenguas Originarias del Perú: importancia del quechua [Internet]. PuntoEdu PUCP. 2023 [citado 22 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://puntoedu.pucp.edu.pe/voces-pucp/la-importancia-del-quechua-en-el-dia-de-las-lenguas-originarias-del-peru/>
3. Cjuno J, Figueroa-Quiñones J, Marca-Dueñas GG, Carranza-Esteban RF, Cjuno J, Figueroa-Quiñones J, et al. Producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes: Una revisión narrativa. *Ter Psicológica*. julio de 2021;39(2):163-74.
4. Fuentes Reverón S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Rev Cuba Salud Pública*. junio de 2017;43(2):272-86.
5. Gil A. Derecho a la Salud [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.humanium.org/es/derecho-salud/>
6. SALUDPOL. Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/10423-derechos-de-las-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud>
7. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Leveraging household survey data to measure barriers to health services access in the Americas. *Rev Panam Salud Pública*. 15 de agosto de 2020;44:1.
8. Salud Universal - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
9. OPS/OMS Organización Panamericana de la Salud. Cobertura sanitaria universal [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
10. Mitchell C, <https://www.facebook.com/pahowho>. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado 28 de junio de 2022]. OPS/OMS | OPS insta a mejorar el acceso a los servicios de salud para prevenir 600 mil muertes anuales en las Américas. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14284:ops-insta-a-mejorar-el-acceso-a-los-servicios-de-salud-para-prevenir-600-mil-muertes-anuales-en-las-americas&Itemid=135&lang=es

11. Santos A, Malek M. LA MALARIA DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. SITUACIÓN DE LOS PUEBLOS EN ZONAS DE DIFÍCIL ACCESO. SALUTA. 2021;(3):24-38.
12. Alzamora Sánchez AS, Ponce Martos DL. Factores asociados a la accesibilidad de los servicios de salud en pobladores del Asentamiento Humano San Francisco de Ñaña, 2020. Univ Peru Unión [Internet]. 11 de marzo de 2020 [citado 28 de junio de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/3021>
13. Valdrés A. El sistema sanitario de Cuba. La prevención como modelo. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-sistema-sanitario-de-cuba-la-prevencion-como-modelo/>
14. Valdrés L, Bruna I, Martínez L. Análisis del sistema sanitario de Estados Unidos de América, salud y negocio. [Internet]. ▷ RSI - Revista Sanitaria de Investigación. 2021 [citado 27 de abril de 2025]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/analisis-del-sistema-sanitario-de-estados-unidos-de-america-salud-y-negocio/>
15. Solís R, Sánchez SE, Carrión M, Samatelo E, Rodríguez-Zubiate R, Rodríguez M. Cobertura de seguros de salud en relación con el uso de servicios médicos, condiciones de vida y percepción de la salud en Lima, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. abril de 2009;26(2):136-44.
16. Tafur S. Accesibilidad a servicios de salud en el Perú: brechas y oportunidades en el contexto de crisis político-social y pandemia [Internet]. IDEHPUCP. 2022 [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/accesibilidad-a-servicios-de-salud-en-el-peru-brechas-y-oportunidades-en-el-contexto-de-crisis-politico-social-y-pandemia/>
17. INE Instituto Nacional de Estadística e Informática. PRINCIPALES INDICADORES MACROECONÓMICOS [Internet]. [citado 28 de junio de 2022]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-769-de-la-poblacion-accedio-a-algun-seguro-de-salud-12819/>
18. Chávez G. Sobre la atención a personas indígenas en los servicios de salud frente a la emergencia nacional del coronavirus [Internet]. IDEHPUCP. 2020 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/sobre-la-atencion-a-personas-indigenas-en-los-servicios-de-salud-frente-a-la-emergencia-nacional-del-coronavirus/>
19. PERÚ - INEI:: Cusco: Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017. Resultaos definitivos de; Censo Naconal 2017 [Internet]. 2017 [citado 30 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1559/

20. CDC. boletin epidemiologico 2024 - Buscar con Google [Internet]. [citado 20 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=boletin+epidemiologico+2024&aq=chrome.2.69i57j0i13i512i9.3045j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
21. Shimabuku Azato R, Martina Chávez M, Delgado Vásquez A, Angulo Poblete D, Salazar Salvatierra E. Nivel de conocimiento del idioma quechua, lengua indígena viva, en los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *An Fac Med.* julio de 2018;79(3):264-6.
22. Cosio H, Ricalde JN. Lingüística vol.40. 2024 [citado 20 de febrero de 2025]. IMPORTANCIA DEL DOMINIO DEL IDIOMA QUECHUA EN ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2079-312X2024000101210#B23
23. Sumeriski K, Moscoso D. Los Rompecabezas del Enfoque Intercultural: El estado actual, la integración de los sistemas de salud indígena y convencional y el estancamiento de la transversalización en el Centro de Salud de Huancarani.
24. Casma JC. World Bank. [citado 29 de junio de 2022]. Discriminados por hablar su idioma natal. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2014/04/16/discriminados-por-hablar-su-idioma-natal-peru-quechua>
25. Pandey M, Maina RG, Amoyaw J, Li Y, Kamrul R, Michaels CR, et al. Impacts of English language proficiency on healthcare access, use, and outcomes among immigrants: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 26 de julio de 2021;21:741.
26. Squires A, Ma C, Miner S, Feldman P, Jacobs EA, Jones SA. Assessing the influence of patient language preference on 30 day hospital readmission risk from home health care: A retrospective analysis. *Int J Nurs Stud.* enero de 2022;125:104093.
27. Manuel SP, Nguyen K, Karliner LS, Ward DT, Fernandez A. Association of English Language Proficiency With Hospitalization Cost, Length of Stay, Disposition Location, and Readmission Following Total Joint Arthroplasty. *JAMA Netw Open.* 10 de marzo de 2022;5(3):e221842.
28. Nuñez-Daza M, Ramírez LS, Nuñez-Rodríguez J de J, Sanchez-Frank JV. Accesibilidad en el ámbito de la salud materna de mujeres rurales del municipio Lourdes, Norte de Santander, Colombia, en el período 2021-2022. *Form Estratégica.* 2021;3(02):119-35.
29. Pantoja JET, Holguín SAS, Castillo VCA, Urrea HER. Factores interculturales que inciden en la atención de enfermería. Centro de salud tipo c venus de valdivia la libertad. *J Am Health.* 4 de enero de 2021;4(1):90-107.

30. Huacario J. Universidad Mayor de San Andrés. 2022 [citado 27 de abril de 2025]. Barreras para la toma de pánico en mujeres de 25 a 64 años de la comunidad rural El Palomar – municipio Mecapaca, La Paz Bolivia, segundo trimestre 2022 | MED-FMENT Salud Pública en Acción. Disponible en: https://ojs.umsa.bo/ojs/index.php/med_spa/article/view/spav2n2ar2
31. Gil-Salmerón A, Katsas K, Riza E, Karnaki P, Linos A. Access to Healthcare for Migrant Patients in Europe: Healthcare Discrimination and Translation Services. *Int J Environ Res Public Health*. 26 de julio de 2021;18(15):7901.
32. Lu T, Myerson R. Disparities in Health Insurance Coverage and Access to Care by English Language Proficiency in the USA, 2006-2016. *J Gen Intern Med*. mayo de 2020;35(5):1490-7.
33. Jaeger FN, Pellaud N, Laville B, Klauser P. The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 27 de junio de 2019;19:429.
34. Loftus J, Allen EM, Thiede Call K, Everson-Rose SA. Rural-Urban Differences in Access to Preventive Health Care Among Publicly Insured Minnesotans. *J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc*. febrero de 2018;34(Suppl 1):s48-55.
35. Caira B, Fernandez D, Meza A, Luque BM, Medin SL, Mamani CS, et al. Prevalence and factors associated with adolescent pregnancy among sexually active adolescent girls in Peru: Evidence from Demographic and Family Health Survey, 2015-2019. *F1000Research*. 2 de octubre de 2023;11:566.
36. Fernández- D, Caira B, Calderón P. *BMJ open*. 2023 [citado 21 de febrero de 2025]. Factores sociodemográficos asociados a los conocimientos y actitudes hacia la prevención del dengue en la población peruana: hallazgos de una encuesta nacional - PMC. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10032396/#abstract1>
37. Gonzales A, Choque D, Marcos-Carbajal P, Salvatierra G. Factors associated with diphtheria vaccination completion among children under five years old in Peru 2010–2019: A cross-sectional population-based study. *Heliyon*. 2 de noviembre de 2022;8(11):e11370.
38. Díaz AL, Yrala G, Al-kassab A, Munayco CV. Associated factors, inequalities, and spatial distribution of the use of modern contraceptive methods among women of reproductive age in Peru: a population-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 5 de diciembre de 2022;22:2267.
39. Mayorga Contreras J. Asociación de la comunicación intercultural con la prevalencia de infecciones respiratorias agudas en pobladores de dos Comunidades Campesinas de la Provincia del Cusco, 2017. 2017 [citado 20 de mayo de 2025]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3125>

40. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. [citado 5 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
41. Herranz G. Unidad de Humanidades y Ética Médica. [citado 5 de enero de 2023]. “Código” de Nuremberg sobre ética de la investigación en seres humanos. Material de Bioética. Unidad de Humanidades y Ética Médica. Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-codigo-de-nuremberg>
42. Fernández N. El informe belmont y los principios éticos fundamentales [Internet]. [citado 5 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.inesem.es/revistadigital/juridico/informe-belmont/>
43. Gerchow L, Burka LR, Miner S, Squires A. Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient Educ Couns.* marzo de 2021;104(3):534-53.
44. MURILLO F. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). [citado 6 de noviembre de 2022]. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/est/lib0387/cap-021.htm>
45. OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud. Equidad en Salud [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>
46. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC, De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *J Negat No Posit Results.* enero de 2020;5(1):81-90.
47. modelo de cuidado integral de salud y determinantes - Buscar con Google [Internet]. [citado 28 de mayo de 2025]. Disponible en: https://www.google.com/search?q=modelo+de+cuidado+integral+de+salud+y+determinantes&sca_esv=f80c30592a28dc32&sxsrf=AE3TifNW1dhOp_yGVoJn8vszjgM7nJ5Jpg%3A1748439189556&ei=IRA3aMHbIYTZ1sQP0vCmYQ&ved=0ahUKEwiB-rfGo8aNAxWErJUCHVK4KQwQ4dUDCBA&uact=5&oq=modelo+de+cuidado+integral+de+salud+y+determinantes&gs_lp=Egxnd3Mtd2l6LXNlcniM21vZGVsbyBkZSBjdWlkeWYWRvIGludGVncmFslGRlIHhnbHVkIHkgZGV0ZXJtaW5hbnRlcziFECEYoeAeyBRAhGKABMgUQIRigAUjZS1D0BVjhSnABeAGQAQGYAZIGoAGHJ6oBDjAuMjAuMS4wLjEuMS4xuAEDyAEA-AEBmAIxoALAH8ICBxAjGLADGCfCAgoQABiwAxjWBBhHwgIKECMYgAQYJxiKBclCChAAGIAEGEMYigXCAgUQABiABMICCBAAGIAEGKIEwgIFECEYnwXCAgYQABgWGB6YAwCIBgQBgmSBwoxLjE4LjMuNS0xoAeRpgGyBwowLjE4LjMuNS0xuAeN8IHCTItMTAuMTluMcgH3gE&scient=gws-wiz-serp

48. OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud. HEARTS Paquete técnico - Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/heartts-paquete-tecnico-habitos-estilos-vida-saludables-asesoramiento-para-pacientes>
49. OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud. Sistemas y Servicios de Salud [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud>
50. Decreto Supremo N° 026-2020-SA — Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 - Perú, País Saludable. | FAOLEX [Internet]. [citado 28 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.fao.org/faolex/results/details/es/c/LEX-FAOC200656/>
51. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295-303.
52. Salmón E. Derecho a la salud y no discriminación [Internet]. IDEHPUCP. [citado 28 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/boletin-eventos/derecho-a-la-salud-y-no-discriminacion-22425/>
53. Giles LC, Halbert JA, Crotty M, Cameron ID, Gray LC. The distribution of health services for older people in Australia: where does transition care fit? Aust Health Rev. 2009;33(4):572-82.
54. Dellemain J, Warburton J. Case Management in Rural Australia: Arguments for Improved Practice Understandings. Aust Soc Work. 1 de junio de 2013;66(2):297-310.
55. Drummond PD, Mizan A. Atención sanitaria para mujeres internacional. 2011 [citado 20 de diciembre de 2022]. Barriers to Accessing Health Care Services for West African Refugee Women Living in Western Australia: Health Care for Women International: Vol 32, No 3. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2010.529216>
56. van Gaans D, Dent E. Issues of accessibility to health services by older Australians: a review. Public Health Rev. 16 de julio de 2018;39:20.
57. Wallace SP, Haass V. Revista Panamericana de Salud Pública. 2011 [citado 20 de diciembre de 2022]. (PDF) Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26378723_Disponibilidad_accesibilidad_y_aceptabilidad_en_el_sistema_de_atencion_medica_en_vias_de_cambio_para_los_adultos_mayores_en_los_Estados_Unidos
58. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención

de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública. marzo de 2013;33:223-9.

59. Rosas Prieto AM, Narciso Zarate V, Cuba Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta Médica Peru. enero de 2013;30(1):42-7.
60. BDPI Base de Datos de Pueblos Originarios. Ministerio de Cultura. 2013 [citado 20 de diciembre de 2022]. Quechua | BDPI. Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe/lenguas/quechua>
61. Mincetur. Pueblo De Paucartambo [Internet]. [citado 27 de abril de 2025]. Disponible en: https://consultasenlinea.mincetur.gob.pe/fichaInventario/index.aspx?cod_Ficha=12716
62. Diamond L, Izquierdo K, Canfield D, Matsoukas K, Gany F. A Systematic Review of the Impact of Patient–Physician Non-English Language Concordance on Quality of Care and Outcomes. J Gen Intern Med. agosto de 2019;34(8):1591-606.
63. Guerra Huarancca D. Alicia -Concytec. 2024 [citado 24 de febrero de 2025]. Descripción: Dominio del idioma quechua del personal SERUMS en los comportamientos de cuidado al paciente quechua hablante, Chincheros–2024. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_854f257170021e423cd54e6df8929b65
64. Pacheco J, Silva C, Urrutia O, Villagra M, Albagli A. EVALUACIÓN DE MITAD DE PERÍODO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 2010 - 2020 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. 2006;
65. Mancilla Ponce T del C. Barreras asociadas al Acceso de los Servicios de Salud en los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa 2016. Univ César Vallejo [Internet]. 2018 [citado 25 de abril de 2025]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/renati/1519480>
66. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud. [citado 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=33962&filter=this_termall&q=EQUIDAD%20EN%20SALUD
67. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. Barrera lingüística. [citado 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/this/resource/?id=3175&filter=this_termall&q=BARRERA%20LINGUISTICA
68. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. Disparidades en el Estado de Salud. [citado 5 de enero de 2023]. Disponible en:

https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=57451&filter=ths_termall&q=desigualdades

69. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. salud rural. [citado 6 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=6448&filter=ths_termall&q=Accesibilidad%20a%20servicios%20de%20salud
70. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. Seguros de Salud Comunitarios. [citado 5 de enero de 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=59060&filter=ths_termall&q=seguro%20publico
71. Alves B/ O/ OM. DeCS [Internet]. Relaciones Médico-Paciente. [citado 5 de enero de 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=32616&filter=ths_termall&q=salud%20rural
72. ASALE R, RAE. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 28 de abril de 2025]. lengua | Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/lengua>
73. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295.
74. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación 6a. ed. México D.F.: McGraw-Hill - Buscar con Google [Internet]. [citado 5 de enero de 2023]. Disponible en: [https://www.google.com/search?q=Hern%C3%A1ndez+Sampieri%2C+R.%2C+Fern%C3%A1ndez+Collado%2C+C.%2C+%26+Baptista+Lucio%2C+P.+\(2014\).+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n+6a.+ed.+M%C3%A9xico+D.F.%3A+McGraw-Hill&oq=Hern%C3%A1ndez+Sampieri%2C+R.%2C+Fern%C3%A1ndez+Collado%2C+C.%2C+%26+Baptista+Lucio%2C+P.+\(2014\).+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n+6a.+ed.+M%C3%A9xico+D.F.%3A+McGraw-Hill&aqs=chrome.0.69i59.853j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Hern%C3%A1ndez+Sampieri%2C+R.%2C+Fern%C3%A1ndez+Collado%2C+C.%2C+%26+Baptista+Lucio%2C+P.+(2014).+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n+6a.+ed.+M%C3%A9xico+D.F.%3A+McGraw-Hill&oq=Hern%C3%A1ndez+Sampieri%2C+R.%2C+Fern%C3%A1ndez+Collado%2C+C.%2C+%26+Baptista+Lucio%2C+P.+(2014).+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n+6a.+ed.+M%C3%A9xico+D.F.%3A+McGraw-Hill&aqs=chrome.0.69i59.853j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

ANEXOS

ANEXO 01. Matriz de consistencia

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “INFLUENCIA DEL QUECHUA COMO BARRERA IDIOMÁTICA EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD RURAL, DISTRITO PAUCARTAMBO, 2025”

PRESENTADO POR: Bach. Marleny Quispe Vitorino

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGIA
PG: ¿Cuál es la relación entre el idioma quechua y el acceso a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?	OG: Determinar la relación entre el manejo del idioma quechua y el acceso a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025	OE: La relación entre el manejo del idioma quechua y la accesibilidad a servicios de salud en la población rural de la Provincia de Paucartambo – 2025 es inversa	Variable dependiente: Acceso a servicios de salud (tiene 4 dimensiones): - Aceptabilidad - Accesibilidad - contacto - disponibilidad	ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: ACEPTABILIDAD: - Temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud. - Creencias y mitos. - Incompatibilidad cultural entre los usuarios y equipo de salud. - Desconfianza en los equipos de salud en el tratamiento prescripto ACCESIBILIDAD: - Costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes. - Horarios de atención inadecuados. - Distancias largas entre la residencia del usuario y el lugar de atención. - Escasez y dificultad del transporte. - Largas listas y tiempo de espera excesivos.	El estudio es de tipo observacional, analítico, de corte transversal. Población: Se incluyeron: • Habitantes Paucartambinos de 18 años a más. • Individuos residentes en la Provincia de Paucartambo. • Pacientes quechua hablantes mayores de 18 años, que cuenten con seguro integral de salud (sis) -Se excluyeron: • Pacientes que sufren de una enfermedad mental o física que los limite a responder las preguntas • Pacientes que no radiquen en Paucartambo o estén de visita • Pacientes que no colaboren con el
PG1: ¿Cuál es nivel de acceso a los servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?	OG1: Determinar el nivel de acceso a los servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.	OE1: El nivel de accesibilidad a servicios de salud en la población rural de la Provincia de Paucartambo – 2025 es bajo	Variable independiente: Idioma quechua Variables intervinientes: <input type="checkbox"/> Características demográficas: Edad, sexo, grado de instrucción <input type="checkbox"/> Características socioculturales: Etnia, lengua materna, religión, tipo de seguro	CONTACTO: - Percepción de la atención como impersonal y de mala calidad. - Falta de conciencia de la enfermedad en los usuarios. - Efectos secundarios de los medicamentos.	
PG2: 2. ¿Cómo influye el idioma quechua en la aceptabilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?	OG2: Evaluar la influencia del idioma quechua en la aceptabilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.	OE2: - Existe una asociación significativa entre el idioma quechua y la aceptabilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025			

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGIA
PG3: ¿Cómo influye el idioma quechua en la accesibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?	OG3: Determinar la influencia del idioma quechua en accesibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.	OE3: Existe una asociación significativa entre el idioma quechua y la accesibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.		<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de bienestar que llevar a dejar el tratamiento y controles <p>DISPONIBILIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención y medicamentos. - Escasez de información. - Falta de formación y capacitación de los equipos médicos <p>IDIOMA QUECHUA : dominio oral como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel básico - Nivel intermedio - Nivel avanzado 	estudio o se nieguen a firmar el consentimiento informado
PG4: ¿Cómo influye el idioma quechua en el contacto a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?	OG4: 4. Identificar la influencia del idioma quechua en el contacto a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.	OE4: Existe una asociación significativa entre el idioma quechua y el contacto a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.			
PG5: ¿Cómo influye el idioma quechua en la disponibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo - 2025?	OG5: Precisar la influencia del idioma quechua en la disponibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.	OE5: - Existe una asociación significativa entre el idioma quechua y la disponibilidad a servicios de salud en la población rural del distrito de Paucartambo – 2025.			

ANEXO 02: consentimiento informado

“INFLUENCIA DEL QUECHUA COMO BARRERA IDIOMÁTICA EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD RURAL, DISTRITO PAUCARTAMBO, 2025”

Buenos días/tardes, soy estudiante de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. Este cuestionario tiene como propósito Determinar la relación entre el idioma quechua y el acceso a servicios de salud en la población rural, distrito de Paucartambo - 2025. Dicha información será de mucha importancia para desarrollar el estudio. Su participación es totalmente voluntaria y no será obligatoria llenar dicha encuesta si es que no lo desea. Si decide participar en este estudio, por favor responda el cuestionario, así mismo puede dejar de llenar el cuestionario en cualquier momento, si así lo decide.

He leído los párrafos anteriores y reconozco que al llenar y entregar este cuestionario estoy dando mi consentimiento para participar en este estudio.

Firma

ANEXO 03: Instrumento de investigación

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“INFLUENCIA DEL QUECHUA COMO BARRERA IDIOMÁTICA EN EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD RURAL, DISTRITO PAUCARTAMBO, 2025”

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOCULTURALES

1	Edad:	_____ años cumplidos
2	Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
3	Grado de instrucción alcanzado	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior no universitario <input type="checkbox"/> Superior universitario
4	¿Con cuál etnia se identifica?	<input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Mestizo <input type="checkbox"/> Aimara <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro:.....
5	¿Qué idioma aprendió en la niñez?	<input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Español (castellano) <input type="checkbox"/> Ambos idiomas
6	¿A qué religión pertenece?	<input type="checkbox"/> Adventista <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Testigo de jehová <input type="checkbox"/> Otros:.....

CUADRO DE EVALUACIÓN SOBRE DOMINIO DE LA EXPRESIÓN ORAL DEL IDIOMA QUECHUA

		Si	No
7	A	¿Utiliza expresiones y frases sencillas para describir sus datos personales en el idioma quechua?	
8	A	¿Utiliza expresiones y frases en el idioma quechua para describir de forma sencilla su trabajo, a su familia y otras personas?	
9		¿Enlaza frases de forma sencilla en el idioma quechua con el fin de describir su motivo de consulta?	
10	B	¿Puede explicar y justificar brevemente su tiempo de enfermedad, signos y síntomas en el idioma quechua?	
11		¿Realiza descripciones poco detalladas y amplias del tiempo de enfermedad, signos y síntomas en el idioma quechua?	
12	C	¿Realiza argumentos de forma clara y fluida en el idioma sobre el relato de su enfermedad, signos y síntomas?	

CUESTIONARIO DE “COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD”

		Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
13	1. Siente temor al asistir a un centro de salud					
14	2. Siente vergüenza de atenderse en el centro de salud					
15	3. Ha sentido que sus creencias han sido vulneradas en el centro de salud donde se atendió					
16	4. Existe incompatibilidad entre sus creencias y aquellos que lo atienden en el centro de salud.					
17	5. Está conforme con las indicaciones del médico que lo trata					
18	6. El personal que lo atiende no está muy preparado					
19	7. La receta que le han dado es la adecuada					
20	8. Los exámenes médicos que le solicitan están muy caros					
21	9. El tratamiento médico que le indican está fuera de su alcance					
22	10. La consulta médica tiene costo elevado					
23	11. Los horarios de atención no son los adecuados					
24	12. El centro de salud queda muy lejos de su domicilio					
25	13. Tiene dificultad para conseguir transporte que los lleve al centro de salud					
26	14. Las colas para la atención lo(a) desaniman					

27	15. Usted siente que la atención es de mala calidad					
28	16. Los dolores o malestar no constituyen un peligro					
29	17. Ha sentido efectos no deseados luego de tomar su medicamento					
30	18. Las dosis pre-escritas no son las adecuadas					
31	19. Cuando siente mejorar deja el tratamiento aun cuando no se completa la dosis					
32	20. El centro de salud no cuenta con buen equipo médico					
33	21. El local del centro de salud no es el adecuado para atender a los usuarios					
34	22. No existen muchos turnos de atención					
35	23. En la farmacia del centro de salud no se encuentran disponibles todos los medicamentos que le han recetado					
36	24. No existe buen servicio de información					
37	25. El personal no está bien entrenado en el uso de los equipos médicos del centro de salud.					

ANEXO 04: Validez y confiabilidad del instrumento de investigación

Tabla 03: confiabilidad del cuestionario de “Cobertura de Servicios de Salud”:

<i>Confiabilidad de Instrumento</i>		
Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	N de elementos	
,738	25	
De -1 a 0	No es confiable	Escala para interpretar resultados de confiabilidad de Cronbrach
De 0,01 a 0,49	Baja confiabilidad	
De 0,5 a 0,75	Moderada confiabilidad	
De 0,76 a 0,89	Fuerte confiabilidad	
De 0,9 a 1	Alta confiabilidad	

Tabla 04: Validez del cuestionario de “Cobertura de Servicios de Salud”:

Juicio de expertos

Expertos	Instrumento 1
Dr. Luis Alberto Nuñez Lira	Aplicable
Dra. Juana Yris Díaz Mujica	Aplicable
Mg. Javier Quispe Martinez	Aplicable

Fuente: Mancilla, T., Barreras asociadas al Acceso de los Servicios de Salud en los Puestos de Salud Llanavilla y Vista Alegre de Villa 2016(65).

ANEXO 05: Solicitud para el desarrollo del instrumento

