

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA PROFESIONAL DE ANTROPOLOGÍA



TESIS

**VISIÓN DEL USUARIO SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD CON
PERTINENCIA CULTURAL EN LA PROVINCIA DE PARURO - 2020**

PRESENTADA POR:

Bach. Katherin Aguilar Salinas

Para optar al título profesional de
Licenciada en Antropología.

ASESOR:

Dr. William Edward Pino Ticona

CUSCO - PERU

2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

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

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada: Visión del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural en la provincia de Paruro - 2020 presentado por: Katherin Aguilar Salinas con DNI Nro.: 48177129 presentado por: con DNI Nro.: para optar el título profesional/grado académico de Licenciada en Antropología Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6º del *Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC* y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 09 %.

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 la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 13 de setiembre de 2023

Firma

Post firma William Edward Piro Ticona

Nro. de DNI 24660865

ORCID del Asesor 0000-0001-5111-2553

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid:27259:229287084

NOMBRE DEL TRABAJO

Visión del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural en la provincia de Paru

AUTOR

Katherin Aguilar Salinas

RECUENTO DE PALABRAS

23162 Words

RECUENTO DE CARACTERES

132522 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

134 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

2.4MB

FECHA DE ENTREGA

May 1, 2023 1:36 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

May 1, 2023 1:38 PM GMT-5

● **9% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 11 palabras)

ÍNDICE

INDICE DE TABLAS	v
INDICE DE FIGURAS	vi
FOTOGRAFIAS	vii
DEDICATORIA	xi
AGRADECIMIENTO.....	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCION.....	xv
CAPITULO I	1
ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1.1. Pregunta General	4
1.1.2. Preguntas Especificas.....	4
1.2.JUSTIFICACIÓN.....	4
1.2.1. Justificación teórica:	4
1.2.2. Justificación práctica:	5
1.3.OBJETIVOS	6
1.3.1. Objetivo General	6
1.3.2. Objetivos Específicos.....	6
1.4. HIPOTESIS.....	6
1.4.1. Hipótesis General	6

1.4.2. Hipótesis Específicas	7
1.5. DISEÑO METODOLOGICO	8
1.5.1. Enfoque de investigación	8
1.5.2. Nivel de investigación	9
1.5.3. Método de investigación.....	10
1.5.4. Unidad de análisis y de observación	11
1.5.5. Población y muestra	12
1.5.6. Método de análisis	15
1.5.7. Técnicas e instrumentos	15
1.5.8. Operacionalización de variables	16
1.6. MARCO TEÓRICO.....	17
1.6.1. Teoría del relativismo cultural.....	17
1.6.2. Teoría de la diversidad cultural	22
1.6.3. Competencia cultural - la interculturalidad en salud	27
1.6.5. Etnocentrismo cultural	32
1.6.6. Teoría de la competencia comunicativa	36
1.6.2. Antecedentes de la investigación	39
1.6.3. Base Legal	48
1.6.4. Marco conceptual	51
CAPITULO II.....	54
AMBITO DE ESTUDIO	54
2.1. Localización Política Y Geográfica	54

2.2. Locación Geográfica.....	55
2.3. Educación	58
2.4. Servicios Municipales	62
2.5. Aspectos Institucionales	62
2.6. Ámbito Socio - Culturales.....	67
2.7. Características Culturales de la Provincia de Paruro.....	68
2.7.1. Organización Administrativa Comunal	68
2.7.2. Religión.....	71
2.8. Salud	76
CAPITULO III:	91
VISIÓN DEL USUARIO ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL EN EL CENTRO DE SALUD SANTA GEMA GALGANI EN LA PROVINCIA DE PARURO, PERIODO 2020.	91
3.1. Percepción del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural libres de discriminación presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.....	92
3.1.1. Discriminación - Lingüística	92
3.1.2. Discriminación - Género.....	95
3.1.3. Discriminación - Edad	98
3.2. Percepción del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural relacionado a la comunicación bilingüe presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.	105

3.2.1. Comunicación Bilingüe – Nivel de conocimiento del quechua.....	105
3.2.2. Comunicación Bilingüe – Comunicación Visual	112
3.2.3. Comunicación Bilingüe – Comunicación Escrita	115
3.2.4. Comunicación Bilingüe – Comunicación Verbal.....	117
CONCLUSIONES	129
RECOMENDACIONES	133
BIBLIOGRAFÍA	135
ANEXOS	148
ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA	149
ANEXO 2. REGISTRO FOTOGRÁFICO	151
ANEXO 3: GUIA PARA ENTREVISTA.....	156

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro de Unidad de Análisis y Observación.....	11
Tabla 2. Creación de distritos de la provincia de Paruro	54
Tabla 3. Población Femenina y Masculina de la provincia de Paruro.....	55
Tabla 4. Crecimiento poblacional según censos en la provincia de Paruro.....	57
Tabla 5. Total de Instituciones Educativas por Modalidad y Nivel Educativo en la provincia de Paruro.....	58
Tabla 6. Población de educación Básico Regular en la provincia de Paruro	59
Tabla 7. Idioma o Lengua con la que aprendió hablar el poblador de la provincia de Paruro	60
Tabla 8. Idioma por sus costumbres y sus antepasados presentes en la provincia de Paruro	61
Tabla 9. Instituciones del Estado de la provincia de Paruro.....	63
Tabla 10. Instituciones de Gestión Pública en la provincia de Paruro	64
Tabla 11. Instituciones de Gestión Privada o Mixta en la provincia de Paruro.....	64
Tabla 12. Instituciones Eclesiásticas en la provincia de Paruro	65
Tabla 13. Organizaciones No Gubernamentales en la Provincia de Paruro.....	65
Tabla 14. Organizaciones de base en la Provincia de Paruro	66
Tabla 15. Religiones identificadas en la provincia de Paruro	72
Tabla 16. Festividades Patronales de la provincia de Paruro	74
Tabla 17. Clasificación de Establecimientos de Salud en la provincia de Paruro.....	76
Tabla 18. Seguros de Salud en la provincia de Paruro	80
Tabla 19. Género de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.	81

Tabla 20. Edad de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.	83
Tabla 21. Lugar de procedencia de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.	84
Tabla 22. Nivel de estudios de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.	86
Tabla 23. Oficio de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro	87
Tabla 24. Periodicidad de visita de los usuarios o pacientes al Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.	89

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Mapa de localización de la provincia de Paruro	56
Figura 2. Género de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro	82
Figura 3. Edad de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.....	83
Figura 4. Lugar de procedencia de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.....	85
Figura 5. Nivel de estudios de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.	86
Figura 6. Oficio de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro	88
Figura 7. Periodicidad de visita de los usuarios o pacientes al Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.....	89
Figura 8. Conversación abierta con los trabajadores del Centro de Salud	92
Figura 9. Bromas de mal gusto como formas de discriminación	95
Figura 10. Actos de discriminación por el personal de salud.....	98
Figura 11. Atención inadecuada por parte del personal de la salud	101
Figura 12. Incomodidad de los pacientes en las instalaciones del Centro de Salud....	103
Figura 13. Lengua que practican los pacientes entrevistados.....	105
Figura 14. Lengua Materna de los entrevistados.....	107
Figura 15. Lengua que usan para hablar en el centro de salud.....	109
Figura 16. Existencia de símbolos, carteles, laminas o cartillas en quechua	112
Figura 17. Entendimiento de las láminas o cartillas de información	115
Figura 18. Importancia del dominio del idioma quechua por el personal de la salud.	117

Figura 19. Calificación de la atención del Personal de Salud	120
Figura 20. Existencia de razones para la inasistencia al Centro de Salud de Paruro ..	123
Figura 21. Presentación de quejas o denuncias sobre la atención de los Profesionales de la Salud	125

FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1. Entrevista a usuaria del Centro de Salud - Paruro	151
Fotografía 2. Entrevista a familia usuaria del Centro de Salud.....	151
Fotografía 3. Entrevista a usuaria saliendo del Centro de Salud.....	152
Fotografía 4. Usuaris del Centro de Salud en espera.	152
Fotografía 5. Centro de Salud - Paruro (Circuito no Covid -19)	153
Fotografía 6. Entrada principal del Centro de Salud – Paruro	153
Fotografía 7. Consultorio de niño sano en el Centro de Salud – Paruro	154
Fotografía 8. Paneles informativos en el Centro de Salud - Paruro	154
Fotografía 9. Banners informativos y promocionales en el Centro de Salud de Paruro	155
Fotografía 10. Panel informativo sobre la Microred del Centro de Salud de Paruro..	155

DEDICATORIA

Dedico este logro a mis padres por
convertirme en la persona que soy hoy y
por motivarme constantemente para lograr
mis metas.

Katherin Aguilar Salinas

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis formadores, que me han ayudado a llegar al punto en el que me encuentro y especialmente a mi asesor que con su conocimiento y sabiduría he logrado culminar mi tesis.

Katherin Aguilar Salinas

RESUMEN

El estudio intitulado “Visión del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural en el distrito de Paruro. Periodo 2020” tuvo como objetivo describir la visión del usuario relacionado a los servicios de salud con pertinencia cultural presente en la provincia de Paruro periodo 2020. Asimismo, la metodología utilizada fue de nivel descriptivo, con diseño no experimental de enfoque mixto cuantitativo y cualitativo con método de estudio hipotético-deductivo. La población de estudio estuvo conformada por 500 usuarios del Centro de Salud de la provincia de Paruro cuya muestra estuvo enfocada a 70 usuarios del Centro de Salud ya mencionado, a quienes se le aplicó la entrevista compuesta por un cuestionario de 14 ítems con preguntas semi estructuradas. Llegando con el estudio a la siguiente conclusión: respecto a la visión del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020. Los resultados revelaron que la percepción de los usuarios está relacionada a la presencia de discriminación, identificando casos de discriminación lingüística, de género, con un trato diferenciado hacia las mujeres, evidenciando una falta de atención óptima hacia las personas de tercera edad y los jóvenes. Por otro lado, respecto a la comunicación bilingüe, se encontró que la percepción de los usuarios está influenciada por el idioma que hablan el médico y el paciente. Debido a la urgencia de recibir atención médica, se prioriza el uso del castellano, lo que dificulta la comunicación efectiva.

Palabras claves: *Pertinencia Cultural, percepción del enfoque intercultural, discriminación, comunicación bilingüe.*

ABSTRACT

The study entitled "User vision about health services with cultural relevance in the district of Paruro. Period 2020" aimed to describe the vision of the user related to health services with cultural relevance present in the province of Paruro period 2020. Likewise, the methodology used was descriptive, with a non-experimental design of a mixed quantitative and qualitative approach with method of hypothetical-deductive study. The study population consisted of 500 users of the Health Center of the province of Paruro whose sample was focused on 70 users of the aforementioned Health Center, to whom the interview consisting of a 14-item questionnaire with semi-structured questions was applied. . Reaching the following conclusion with the study: regarding the user's vision about health services with cultural relevance in the Santa Gema Galgani Health Center in the province of Paruro, period 2020. The results revealed that the perception of the users it is related to the presence of discrimination, identifying cases of linguistic and gender discrimination, with a differential treatment towards women, evidencing a lack of optimal attention towards the elderly and young people. On the other hand, regarding bilingual communication, it was found that the perception of users is influenced by the language spoken by the doctor and the patient. Due to the urgency of receiving medical attention, the use of Spanish is prioritized, which makes effective communication difficult.

Keywords: *Cultural relevance, perception of the intercultural approach, discrimination, bilingual communication.*

INTRODUCCION

La prestación de servicios de salud es un aspecto fundamental en la vida de los seres humanos, dado que su disposición impacta directamente en su bienestar y calidad de vida. Sin embargo, la experiencia del usuario en la atención médica puede ser influenciada por su contexto cultural, ya que la cultura influye en la forma en que las personas perciben la salud, las enfermedades, los tratamientos y los profesionales. En este sentido, la visión del usuario en pertinencia cultural en servicios de salud se ha convertido en un tema relevante para entender cómo las diferencias culturales pueden afectar la relación entre el paciente y el proveedor de atención médica.

La adaptación cultural en la atención médica busca garantizar una atención más sensible y segura, enfocada en satisfacer las expectativas culturales de los usuarios, mejorando la calidad de la atención médica, promoviendo la equidad en el acceso y la calidad de los servicios de salud. La pertinencia cultural implica reconocer, respetar y apreciar la diversidad cultural de los usuarios, lo que puede generar una asociación más cercana y empática tanto en el paciente como en el profesional de la salud, lo que a su vez puede mejorar la consistencia en el tratamiento y el agrado del usuario.

En este sentido, es importante analizar cómo la atención médica puede adaptarse a las necesidades culturales de los usuarios, entendiendo que la cultura influye en aspectos como la comunicación, las creencias y prácticas de salud, las expectativas hacia los profesionales de la salud, entre otros. La inclusión de elementos culturales en la atención médica puede ser una herramienta valiosa para optimizar los servicios de salud y la satisfacción del usuario, ya que implica una atención más sensible y efectiva, acorde a las necesidades de los usuarios.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que la pertinencia cultural no se limita solo a reconocer y respetar las diferencias culturales de los usuarios, sino también a identificar y abordar los sesgos culturales en la atención médica. Los sesgos culturales pueden manifestarse en forma de prejuicios, estereotipos, falta de conocimiento sobre otras culturas, entre otros, y pueden afectar negativamente la atención médica y la satisfacción del usuario. Por lo tanto, es crucial que los especialistas se capaciten en temas de diversidad cultural y en cómo abordar los sesgos culturales en la atención médica

Además, la pertinencia cultural en la atención médica también puede contribuir a mejorar la salud de las comunidades culturalmente diversas, ya que puede aumentar la confianza y la comunicación entre los usuarios y los profesionales de la salud, lo que puede fomentar una mayor participación en la prevención y el tratamiento de enfermedades. En resumen, se puede considerar que la visión del usuario sobre la pertinencia cultural en los servicios de salud es un tema crucial para entender cómo las diferencias culturales pueden afectar la atención médica y cómo la adaptación cultural puede contribuir a una atención médica más inclusiva, sensible y efectiva. La inclusión de elementos culturales en la atención médica puede optimizar la disposición de los servicios de salud, promoviendo un vínculo más cercano y empático entre el paciente y el profesional de la salud, lo que puede tener un impacto positivo en la adherencia al tratamiento y en la satisfacción del usuario.

Por esta razón, el objetivo de este estudio se enfoca en describir la visión del usuario con respecto a los servicios de salud con pertinencia cultural en la provincia de Paruro durante el periodo 2020. Se tomarán en consideración diversos factores, como la discriminación y la comunicación bilingüe, para analizar la percepción del usuario en relación a este tema. Se considera que esta información resultará una herramienta valiosa para optimizar la eficacia de los servicios de salud y la satisfacción del usuario.

CAPITULO I

ASPECTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pertinencia cultural en la atención de la salud es un tema relevante en la actualidad, ya que puede influir en la precisión y optimización de los servicios de salud, adaptados a la cosmovisión y valores culturales de los distintos grupos poblacionales. Es fundamental tener en cuenta la visión del usuario en la atención de la salud, para garantizar una atención de calidad y un trato respetuoso que promueva el bienestar de los pacientes.

En este sentido, las diferencias culturales pueden influir en la forma en que una persona se acerca a la atención médica y en cómo entiende las enfermedades y los tratamientos. Por ejemplo, en algunas culturas, la enfermedad puede ser vista como un castigo divino o un resultado de un desequilibrio espiritual, mientras que en otras puede ser considerada como una condición física que se puede tratar con medicamentos. Estas diferencias pueden llevar a barreras en la comunicación entre el paciente y el médico, y a la falta de confianza en el tratamiento.

Además, la pertenencia cultural también puede afectar la forma en que una persona percibe y busca la atención médica. Si una persona no se siente cómoda o familiarizada con la cultura de los médicos o los servicios de salud en su área, puede ser menos probable que busque atención médica cuando la necesite. Esto puede llevar a problemas de salud sin tratar y a una peor calidad de vida.

Es importante destacar que el Perú es un país diverso y multicultural, con una población que habla distintas lenguas y tiene diferentes cosmovisiones y costumbres. El último censo de 2017 reportó que el 25,8% de la población del país pertenece a grupos indígenas u originarios, mientras que el 3,6% de la población se autoidentifica como afroperuana. La inclusión social y el reconocimiento de la diversidad cultural son temas importantes en Perú, y se han llevado a cabo políticas y programas para promover la salud intercultural y la pertinencia cultural en la atención médica. (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2016)

A pesar de la importancia que adquiere este argumento en la atención de la salud, en el departamento del Cusco, provincia de Paruro, se ha identificado un problema relacionado con la prestación de servicios de salud que no están adaptados a las diferentes realidades culturales. Esto significa que los servicios de salud no están diseñados para satisfacer las necesidades de las diversas culturas presentes en la zona. Esto quizá se deba a factores que incluyen la ausencia de protocolos de protección y asistencia intercultural, lo cual dificulta el abordaje diferenciado y contextualizado del usuario en los servicios de salud en la provincia de Paruro, problemas que afectan directamente a la calidad de atención que recibe el usuario. Por ejemplo, si los profesionales de la salud no comprenden las prácticas culturales de los usuarios, pueden no ser capaces de entender y tratar sus problemas de salud de manera efectiva. Esto puede llevar a diagnósticos incorrectos, tratamientos inadecuados y una mala experiencia para el paciente.

Este problema podría conducir a que los beneficiarios se sientan excluidos y marginados en la atención de salud, lo que podría generar un desapego hacia el sistema de salud y reducir la calidad de atención. Además, se corre el riesgo de no

detectar enfermedades o condiciones médicas específicas de ciertos grupos poblacionales, lo que podría llevar a complicaciones de salud.

La necesidad de una atención médica culturalmente pertinente es importante para garantizar que todos los individuos, independientemente de su origen cultural, reciban la atención médica que necesitan. Por lo tanto, es significativo que los profesionales de la salud sean conscientes de las diferencias culturales y estén capacitados para brindar atención culturalmente competente. Esto implica ser sensibles a las creencias y valores culturales de los pacientes, y trabajar para adaptar la atención médica a las necesidades y preferencias culturales de cada individuo.

Para ello, será necesario desarrollar estrategias que promuevan la pertinencia cultural en la atención en el centro de salud de Paruro. Esto implica la capacitación del personal de salud en enfoques interculturales, la adecuación de dichos servicios a diferentes realidades culturales, la implementación de protocolos de protección y asistencia intercultural, y la promoción de la participación de los pacientes en la toma de decisiones sobre su propia salud. Es fundamental comprender y valorar las diferencias culturales para poder brindar una atención de calidad que promueva el bienestar de toda la población.

Para poder abordar un análisis más exhaustivo relacionado al tema se planteó las siguientes interrogantes:

1.1.1. Pregunta General

¿Cómo es la visión del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020?

1.1.2. Preguntas Especificas

- a) ¿Cuál es la percepción del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural libres de discriminación presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020?
- b) ¿Cuál es la percepción del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural relacionado a la comunicación bilingüe presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020?

1.2. JUSTIFICACIÓN

1.2.1. Justificación teórica:

La visión del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural es un tema de gran relevancia. La pertinencia cultural en los servicios de salud se refiere a la adaptación de la atención médica y los servicios de salud a las creencias, valores y prácticas culturales de la comunidad a la que se atiende. Para ello, es fundamental comprender la perspectiva de los usuarios en relación con estos servicios, ya que su percepción y experiencia influirán directamente en la calidad de la atención recibida y en los resultados de salud. Sin embargo, hasta la fecha, en la provincia de Paruro, no existen estudios específicos relacionados con este tema. La realización de esta investigación permitirá llenar este vacío de conocimiento y generar evidencia científica que contribuya a mejorar los servicios de salud en la provincia.

Además, al centrarse en la visión del usuario, se podrá identificar de manera precisa las necesidades, expectativas y demandas de la población local en relación con la pertinencia cultural de los servicios de salud.

1.2.2. Justificación práctica:

La presente investigación sobre la visión del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro durante el periodo 2020 tiene una relevancia práctica significativa. Esto se debe a que contribuirá a mejorar la calidad de los servicios de salud al comprender cómo los usuarios perciben y experimentan la atención médica culturalmente pertinente. Asimismo, permitirá identificar las fortalezas y debilidades del sistema de salud actual en relación con la satisfacción de las necesidades culturales de la población.

Asimismo, esta investigación será fundamental para tomar medidas concretas que mejoren la calidad de los servicios y garanticen una atención más efectiva y satisfactoria. Además, ayudará a reducir las barreras culturales en el acceso a la atención médica, fomentando la participación y empoderamiento de la comunidad. De esta manera, se involucrará a la comunidad en el proceso de identificación de necesidades y demandas en relación con la atención médica culturalmente pertinente.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

Conocer la visión del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.

1.3.2. Objetivos Específicos

- a) Describir la percepción del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural libres de discriminación presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.
- b) Comprender la percepción del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural relacionado a la comunicación bilingüe presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.

1.4. HIPOTESIS

1.4.1. Hipótesis General

La visión del usuario acerca los servicios de salud con pertinencia cultural ofrecidos en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro durante el periodo 2020, está relacionada a la presencia de discriminación y la calidad de comunicación bilingüe durante el proceso de atención.

1.4.2. Hipótesis Específicas

- a) La percepción del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural, libres de discriminación, presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro durante el periodo 2020, está relacionada a la discriminación lingüística, de género y de edad por parte del personal de salud durante el proceso de atención.

- b) La percepción del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural, relacionado a la comunicación bilingüe, presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro durante el periodo 2020, está asociada al nivel de conocimiento del quechua, así como a la calidad de la comunicación visual, escrita y verbal durante el proceso de atención.

1.5. DISEÑO METODOLOGICO

1.5.1. Enfoque de investigación

La presente investigación tuvo un enfoque mixto, tanto cuantitativo como cualitativo: Este método de investigación implica la unificación organizada de técnicas cuantitativas y cualitativas en un solo estudio. Este enfoque se aplica cuando se requiere un mayor entendimiento de un problema de investigación, con el fin de mejorar la eficiencia y la exactitud de la investigación (Cedeño , 2012).

Para el trabajo de investigación en el primer caso, se establecieron preguntas relacionadas con la identificación de datos estadísticos del perfil del usuario, como nombres, género, edad, lugar de procedencia, nivel educativo, ocupación y frecuencia de asistencia al centro de salud. Estas preguntas permitieron obtener información detallada sobre las características de los usuarios y relacionarlas con las categorías de estudio en el análisis de la investigación.

En el segundo caso, se plantearon preguntas relacionadas con las categorías de estudio, centrándose en aspectos como la discriminación y la comunicación bilingüe. Estas preguntas proporcionaron información específica que permitió realizar un análisis más detallado sobre la pertinencia cultural en los servicios de salud.

Es importante destacar que el diseño de las preguntas se realizó con el objetivo de recopilar datos relevantes y significativos para abordar el tema de la pertinencia cultural en los servicios de salud. De esta manera, se pudo obtener información precisa y detallada que contribuirá al análisis y

comprensión de la situación actual, y servirá de base para proponer mejoras y acciones concretas en la atención médica culturalmente pertinente.

1.5.2. Nivel de investigación

El presente estudio se enmarcó en un aspecto de investigación descriptivo, el cual permitió detallar características particulares de interés. La naturaleza de este tipo de investigación se centra en una metodología que permite examinar las características y cualidades de una población o manifestación sin necesidad de explorar la correspondencia en ellas. Esta investigación tiene como objetivo proporcionar un detalle de las características del fenómeno en estudio, y se enfoca en la recolección y análisis de datos tanto cuantitativos como cualitativos para lograr este fin (Guevara, Verdesoto, & Castro, 2020).

En este contexto, se exploraron aspectos como la discriminación y la comunicación bilingüe presentes en los servicios de salud en relación con la pertinencia cultural. A través de la recopilación de información detallada sobre las opiniones y experiencias de los usuarios, se logró obtener una visión general y comprensiva de la situación actual de la percepción del usuario con respecto a los servicios de salud con pertinencia cultural en la provincia de Paruro. Este nivel de investigación permitió analizar la visión y percepción de los usuarios, proporcionando información valiosa para comprender mejor los desafíos y oportunidades existentes en dicho contexto. La investigación se enfocó en recopilar datos específicos que reflejaran las experiencias de los usuarios en relación con la discriminación y la comunicación bilingüe en los servicios de salud. Esto permitió tener una comprensión más profunda de

cómo estos factores influyen en la percepción de los usuarios sobre la pertinencia cultural de los servicios de salud.

La información obtenida a través de este estudio proporciona una base sólida para identificar áreas de mejora y desarrollar estrategias que promuevan una atención médica culturalmente pertinente. Asimismo, permitirá abordar de manera más efectiva las barreras y desafíos que pueden surgir en la prestación de servicios de salud a comunidades culturalmente diversas en la provincia de Paruro.

1.5.3. Método de investigación

El método utilizado en el presente estudio fue el hipotético deductivo; este parte de la premisa de hipótesis consideradas como "verdaderas", ya que, mediante un razonamiento lógico riguroso, este método garantiza la conservación de la verdad desde las premisas hasta la conclusión. Por lo tanto, si una o varias de las hipótesis son refutadas, esto indica que no son verdaderas y se descartan como conocimiento científico (Lopez & Facheli, 2015).

Para el estudio, se formuló inicialmente una premisa a través de una hipótesis clara y específica relacionada con la visión del usuario en los servicios de salud con pertinencia cultural. Posteriormente, se recopilaron datos en el campo mediante entrevistas realizadas a los usuarios de los servicios de salud en la provincia de Paruro. Esto permitió analizar la visión del usuario en relación con la pertinencia cultural en la atención médica, y comparar las predicciones iniciales derivadas de la hipótesis.

La recopilación de datos a través de las entrevistas proporcionó información valiosa para evaluar la percepción de los usuarios y verificar si las predicciones iniciales eran consistentes con la realidad. Se pudo examinar de cerca las experiencias y opiniones de los usuarios en relación con la pertinencia cultural de los servicios de salud, y determinar en qué medida se cumplieron las expectativas planteadas.

Con base en el análisis de los datos recopilados, se extrajeron conclusiones válidas y precisas para el estudio. Estas conclusiones ayudaron a validar o refutar la hipótesis inicial, y proporcionaron una base sólida para comprender la visión del usuario en relación con la pertinencia cultural en los servicios de salud. Además, estas conclusiones pueden servir de base para la implementación de mejoras y cambios en los servicios de salud, con el objetivo de lograr una atención más culturalmente pertinente y satisfactoria para los usuarios en la provincia de Paruro.

1.5.4. Unidad de análisis y de observación

Tabla 1. *Cuadro de Unidad de Análisis y Observación*

UNIDAD DE ANALISIS	UNIDAD DE OBSERVACION
Usuarios de los servicios salud en la provincia de Paruro	Servicio de Salud con Pertinencia Cultural, discriminación y comunicación bilingüe.

Fuente: Técnicas e instrumentos de Investigación Científica. Arias (2021)

1.5.5. Población y muestra

La población hace referencia al conjunto total de individuos, objetos o eventos que comparten una o más características comunes y que son de interés para el estudio (Arias, Villasís, & Miranda, 2016).

La población para el presente estudio estuvo compuesta por 500 usuarios de los servicios salud en la provincia de Paruro, se debe detallar que este número se estimó de acuerdo con la atención promedio de personas atendidas por mes, es decir 16 personas en promedio atendidas diariamente, según información brindada por los representantes del Centro de Salud Santa Gema Galgani de dicha provincia.

La muestra, estuvo conformada por 218 usuarios del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro, este número fue establecido por la fórmula muestral de poblaciones finitas que se detalla a continuación:

$$= \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N - 1) + (Z^2 * p * q)}$$

Donde:

N = Total de la población

Z α = 1.96

p = Proporción esperada (0.5)

q = 1 - p (0.5)

e = Error (0.05)

Reemplazando los datos en la fórmula muestral:

$$\begin{aligned} &= \frac{500 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (500 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} \\ &\quad \frac{480.2}{2.2079} \\ &= 217.49 \cong 218 \end{aligned}$$

a) Criterios de inclusión

- 1) Personas mayores de 18 años
- 2) Personas con edades de 18 a 69 años.
- 3) Personas con disposición de tiempo participación voluntaria.

b) Criterios Exclusión:

- 4) Menores de 18 años
- 5) Adultos de mayores de 70 años a más.
- 6) Personas sin disposición de tiempo y participación voluntaria.

Cabe recalcar que el trabajo de campo fue establecido tomando en consideración los criterios de inclusión y exclusión llegando con ello a un total de 70 usuarios del Centro de Salud Santa Gema Galgani, los cuales participaron del estudio, permitiendo de esta manera concluir satisfactoriamente la investigación.

El trabajo de campo estuvo dividido por dos etapas la primera registrada en el 2020 durante la crisis sanitaria y la segunda en el 2021 donde

se concluyó el trabajo de campo, se hicieron visitas a la provincia de Paruro en 7 ocasiones, 2 de estas para hacer un registro relacionado a la posta de salud y los otros 5 restantes durante dos meses para entrevistar a los usuarios. Durante el levantamiento de datos, se abordó a las personas para entablar una conversación y explicar los detalles del estudio. Inicialmente, se llevó a cabo en los establecimientos y posteriormente en el mercado de abastos, tiendas cercanas, así como en asambleas de faena o limpieza ya que las personas se tornaban renuentes a la entrevista. Asimismo, se debe detallar que durante el tiempo de emergencia sanitaria fue difícil abordar a los usuarios a la salida de los establecimientos debido al confinamiento social, limitando el recojo de información, ya que muchos de los usuarios no asistían al centro de salud, ello la percepción que tenían acerca de la atención en el hospital la cual era negativa, de acuerdo a los medios de comunicación y a comentarios de la misma población, algunas de las razones negativas más resaltantes fueron por la cantidad de gente que ingresaba, y la poca capacidad de personal de salud y el mal manejo de atención de los especialistas de salud.

La información recolectada se estableció mediante una guía de preguntas preparada previamente. Los entrevistados fueron seleccionados de forma espontánea y voluntaria con su permiso y cooperación en los lugares indicados. En su mayoría, los entrevistados se mostraron colaborativos para hablar sobre el tema, aunque en muchos casos, debido a sus responsabilidades diarias, el tiempo fue limitado.

1.5.6. Método de análisis

Para el análisis de datos cuantitativos, se utilizó una hoja de cálculo Excel la cual permitió generar una base de datos, que posteriormente fue procesado por el paquete estadístico SPSS V.27. Siendo estos datos utilizados para su descripción según cuadros y figuras establecidos en normas APA 7ma edición.

Para el análisis de datos cualitativos, se hizo la sistematización de datos, como primer paso se organizaron y transcribieron los datos adquiridos en campo, el segundo paso fue codificar la información proporcionada en la base de datos ello identificando patrones y temas recurrentes presentes en la información, como tercer paso se hizo el análisis y elaboración de conclusiones, resumiendo e identificando los hallazgos relacionados a los objetivos de la investigación.

1.5.7. Técnicas e instrumentos

La técnica empleada en el presente estudio fue la entrevista. Esta técnica se fundamenta en relación a individuos e investigador, con el propósito de conseguir objeciones orales a las cuestiones expresadas en el problema que se investiga (Feria, Matilla, & Mantecon, 2020).

La entrevista estuvo compuesta por un cuestionario de 14 preguntas, las cuales estuvieron relacionadas a las categorías de estudio como la discriminación; - entre ellas la lingüística, de género y edad-; y la Comunicación bilingüe relacionada al nivel de conocimiento del quechua, a la comunicación visual y a la comunicación verbal. La ejecución de esta técnica permitió al estudio analizar la visión y percepción de los usuarios

relacionado a los servicios de salud con pertinencia cultural presente en el Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.

1.5.8. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORESS
Pertinencia Cultural	La adaptación de todos los procesos del servicio a las características geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales (prácticas, valores y creencias) del ámbito de atención del servicio (Ministerio de Cultura, 2015).	Por ello para evaluar la visión del usuario con pertinencia cultural se establece las siguientes dimensiones: -Discriminación y comunicación bilingüe.	Discriminación	-Lingüística -Género -Edad
			Comunicación Bilingüe	-Nivel de conocimiento del quechua -Comunicación visual -Comunicación Verbal

Elaboración propia.

1.6. MARCO TEÓRICO

1.6.1. Teoría del relativismo cultural

El ser humano vive en varias dimensiones. Se desplaza en el espacio, donde el entorno natural ejerce una influencia constante sobre él. Existe en el tiempo, lo cual le proporciona un pasado histórico y una percepción del futuro. Participa en actividades como miembro de una sociedad, identificándose con sus compañeros y cooperando con ellos para mantener y asegurar la continuidad del grupo. Estas características permiten al ser humano adaptarse a su entorno natural, que se puede manifestar a través de instituciones, normas de pensamiento y objetos materiales (Herskovitz, 1968).

Desde esta perspectiva se puede señalar que todos los pueblos forman juicios acerca de los modos de vida diferentes de los suyos propios. Cuando se emprende el estudio sistemático, la comparación da origen a clasificación, y los especialistas trazan muchos esquemas para clasificar los modos de vida. Emitiendo juicios morales sobre los principios éticos que guían la conducta y los sistemas de valores de diferentes pueblos (Herskovitz, 1968).

En este contexto el relativismo cultural juega un papel interesante ya que sostiene que todas las culturas tienen un valor intrínseco y deben ser comprendidas dentro de su propio contexto cultural. Según esta perspectiva, no hay una escala universal para juzgar las prácticas culturales, las normas y los valores. Los relativistas culturales argumentan que las diferencias culturales deben ser respetadas y que no se puede hacer una evaluación objetiva de una cultura basada en los estándares de otra.

El relativismo cultural es definido como la creencia de que todos los sistemas culturales son intrínsecamente iguales en valor y que las diferencias entre ellos deben evaluarse y explicarse dentro del contexto del sistema en el que aparecen. Según este principio, toda práctica cultural es tan merecedora de respeto como las demás (Gonzales, 2002, p.2).

En su libro “Patterns of culture”, publicado originalmente en 1934, la antropóloga Ruth Benedict, alumna de Boas, claramente sitúa pautas culturales en los estados psíquicos y distingue, siguiendo a Nietzsche, Entre las culturas apolíneas (como los zúñi) y culturas dionisiacas (como los indios de las praderas norteamericanas) las culturas apolíneas enfatizan el orden y la calma; en cambio las culturas dionisiacas enfatizan el desorden, el placer. Ella describió el contraste entre los rituales, las creencias y las preferencias personales en varias culturas para mostrar su “personalidad” y como esta moldea las subjetividades. También en este contexto, mostró su compromiso con la diversidad y el relativismo cultural y considero que el hombre no está comprometido por su constitución biológica a ninguna particularidad de comportamiento, ya que “la cultura no es un complejo transmitido biológicamente”. Por ello la discusión sobre la cultura debería estar basada no en la raza o la forma corporal sino en la amplia variedad de formas culturales posibles (Enguix, 2012).

Al hacer un análisis de este apartado se puede considerar que Benedict Destaca la importancia de comprender las diferentes formas de vida y las variaciones culturales existentes en el mundo. Benedict considera que las culturas son sistemas complejos que influyen en la forma en que las personas piensan, sienten y se comportan. Además, critica la idea de que la cultura está

determinada por la raza o la forma corporal. En cambio, defiende que la cultura es una construcción social y que la diversidad cultural es fundamental para comprender y apreciar la riqueza de las diferentes formas de vida humana.

El relativismo cultural es considerado también como una concepción rígida de la identidad cultural. Esto puede percibirse mejor si tratamos la cuestión desde la pluralidad de contextos de relativización a los que el relativismo apela para defender las particularidades (Sánchez N. , 2013)

Desde un punto de vista estrictamente filosófico, el relativismo cultural podría definirse como aquella disciplina, también conocida como culturalismo, que prioriza la cultura sobre otros aspectos de la realidad humana. En consecuencia, la cultura será la única explicación a partir de la cual se podrá entender al hombre, quedando todo lo demás reducido a aspectos menores de la cultura o subproductos de esta (Altarejos y Moya, 2003, p.25).

Finalmente, el relativismo cultural puede ser utilizado como herramienta para legitimar conductas realizadas con el fin de preservar las estructuras de poder. En consecuencia, afirmamos que ni el relativismo cultural ni el universalismo son inmunes a la manipulación política (Boco y Bulanikian, 2010).

Desde una perspectiva antropológica se debe destacar la idea de que el hombre vive en varias dimensiones: espacio, tiempo y sociedad. Estas dimensiones influyen en la forma en que las personas se relacionan con su entorno y construyen su identidad. La antropología reconoce la importancia de estas dimensiones y busca comprender cómo influyen en las prácticas culturales y en la diversidad de modos de vida.

El concepto de relativismo cultural se presenta como una herramienta para comprender y respetar las diferencias culturales. Enfatiza que todas las culturas tienen un valor intrínseco y deben ser evaluadas dentro de su propio contexto cultural. Esto implica que no hay una escala universal para juzgar las prácticas culturales, las normas y los valores. La antropología defiende el relativismo cultural como una forma de evitar el etnocentrismo y fomentar el respeto por la diversidad cultural.

Ruth Benedict y su obra "Patterns of Culture" son mencionadas como ejemplos de antropólogos que destacan la importancia de comprender las diferentes formas de vida y las variaciones culturales. Benedict enfatiza que las culturas son sistemas complejos que influyen en la forma en que las personas piensan, sienten y se comportan. Su enfoque se basa en la idea de que la cultura no está determinada por la raza o la forma corporal, sino que es una construcción social. Esto refuerza la noción de que la diversidad cultural es esencial para comprender la complejidad de la experiencia humana. Sin embargo, se señala que el relativismo cultural también puede tener sus limitaciones. Se destaca que el relativismo cultural puede ser utilizado como una herramienta para legitimar conductas que preservan las

estructuras de poder existentes. Esto sugiere que tanto el relativismo cultural como el universalismo pueden ser políticamente manipulados.

Por otro lado, la pertinencia cultural es un concepto fundamental en el análisis antropológico y se encuentra estrechamente ligada al relativismo cultural. La pertinencia cultural implica reconocer y valorar la importancia de la cultura en la vida de las personas y las comunidades. Se basa en comprender cómo la cultura influye en la forma en que las personas piensan, sienten y se comportan, así como en sus prácticas, tradiciones y sistemas de creencias.

Desde la perspectiva del relativismo cultural, se reconoce que todas las culturas son igualmente válidas y merecen respeto. No existen estándares universales para juzgar las prácticas culturales, ya que cada cultura tiene su propio contexto histórico, social y geográfico que influye en su desarrollo. En lugar de imponer nuestros propios valores y normas culturales, el relativismo cultural nos invita a comprender y apreciar las particularidades de cada cultura, reconociendo que todas tienen su propia lógica interna y sentido de pertinencia.

Desde una perspectiva antropológica esto nos ayuda a comprender la diversidad cultural y a examinar cómo las prácticas culturales se relacionan con el entorno natural y social en el que se desarrollan. Permite estudiar cómo las personas construyen su identidad y sentido de pertenencia a través de su cultura, y cómo estas construcciones culturales influyen en su forma de vivir y relacionarse con los demás. La pertinencia cultural implica reconocer que todas las culturas tienen conocimientos valiosos y perspectivas únicas que

aportar. Al valorar y respetar la diversidad cultural, podemos promover la inclusión y el diálogo intercultural. En lugar de imponer nuestras propias normas y valores, podemos aprender de otras culturas y enriquecernos mutuamente a través del intercambio y la comprensión.

1.6.2. Teoría de la diversidad cultural

La diversidad cultural existe y ha existido a todos los niveles a nivel diacrónico, en función de las distintas culturas y épocas; a nivel sincrónico, según las distintas culturas del presente a las que hacen referencia transcultural. Como Geertz afirma, la humanidad es variada en su esencia y en sus expresiones y para acercarnos a lo humano hemos de navegar entre una y otra (Enguix, 2012).

Marvin Harris, en su libro: “Vacas, Cerdos, Guerras y Brujas: Los Enigmas de la Cultura” se asoma a la diversidad cultural utilizando un mito apuntado para el mismo efecto, por Ruth Benedict:

“Para explicar las sorprendentes diferencias entre las culturas de los kwakiutl, los dobianos y los zuñi, Benedict recurrió a un mito que atribuyó a los indios Digger. El mito decía: “Dios otorgó a cada pueblo una taza, una taza de arcilla, y de esta taza bebieron su vida... Todos hundían las tazas en el agua, pero cada taza era diferente.” Desde entonces esto ha significado para mucha gente que sólo Dios sabe por qué los kwakiutl queman sus casas, por qué los hindúes se abstienen de comer carne de vaca, o los judíos y musulmanes aborrecen la carne de cerdo, o por qué algunas gentes creen en mesías mientras otras creen en brujas. El efecto práctico a largo plazo de esta sugerencia ha sido desalentar la búsqueda de otro tipo de explicaciones. Pero

una cosa está clara: si pensamos que un enigma no tiene una respuesta, nunca la encontraremos. Para explicar pautas culturales diferentes tenemos que empezar suponiendo que la vida humana no es simplemente azarosa o caprichosa. Sin este supuesto, pronto se vuelve irresistible la tentación de renunciar a la tarea cuando afrontamos una costumbre o una institución que persiste en su carácter inescrutable. Con los años he descubierto que los estilos de vida que otros consideraban como totalmente inescrutables tenían en realidad causas definidas y fácilmente inteligibles. La principal razón por la que se han pasado por alto estas causas durante tanto tiempo es la de que todo el mundo está convencido de que “sólo Dios conoce la respuesta (Harris, 2011).

La diversidad cultural y el hecho de que vivimos en sociedades crecientemente complejas - y no sólo debido a los procesos de globalización - hace necesario introducir aquí el concepto de interculturalidad. Este término se refiere a la relación y el intercambio entre culturas, mientras que multiculturalidad sólo hace referencia a la coexistencia de varios modelos y no a sus relaciones. La diversidad cultural, que implica semejanzas y diferencias entre culturas desencadenada también dos procesos que son las dos caras de una misma moneda: el etnocentrismo y el relativismo cultural (Enguix, 2012)

Según Malgesini y Giménez (2000), la noción de interculturalidad introduce una perspectiva dinámica de la cultura y las culturas. Pretende disminuir los riesgos de esencialismo, etnicismo y culturalismo para centrarse en el contacto y la interacción, la mutua influencia, el sincretismo, el mestizaje cultural, es decir, en los procesos de interacción sociocultural cada vez más

intensos y variados en el contexto de la globalización económica, política e ideológica y de la Revolución tecnológica de las comunicaciones y los transportes (Malgesini & Gimenez, 2000).

El debate sobre la interculturalidad se suma a los ya existentes sobre la ciudadanía común y diferenciada. Uno de los debates que origina la interculturalidad es el hecho de que la interacción no se da la mayoría de las veces en un plano de igualdad, sino de desigualdad, dominio y jerarquías étno raciales, junto con los sistemas de estratificación de clase y género. También se debate cómo se puede construir una nueva síntesis cuando los grupos que deben participar en ello son por lo general grupos dominantes o dominados mayorías o minorías (Malgesini & Gimenez, 2000).

Este concepto está relacionado a aspectos políticos, jurídicos, epistemológicos, ontológicos y axiológicos que son difíciles de aislar. La diversidad cultural corresponde a abordarla en relación con el conocimiento científico, argumentos que ponen énfasis en aspectos epistemológicos. Hay varios significados asociados con el multiculturalismo y la educación científica, según Hodson. Una colección de estrategias y argumento, para generar propuestas que permitan potenciar la autoestima de colectivos minoritarios tradicionalmente excluidos o alienados por la ciencia y la tecnología (Andrade, Rivera, Suárez y Rios, 2009).

El término "diversidad cultural" está estrechamente relacionado con un ideal intercultural de respeto mutuo y cooperación entre culturas. Es la misma Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura que afirma: "El término

“interculturalidad” se refiere a la presencia e interacción equitativa de diversas culturas, así como a la capacidad de generar experiencias culturales compartidas adquiridos a través del diálogo y el respeto mutuo”, la pluralidad cultural en sus diversas manifestaciones ha representado una gran preocupación social en los últimos siglos: por un lado, se ha establecido como ideal la convivencia de diferentes civilizaciones en un mundo globalizado; por otro lado, existen diferentes tabúes dentro de las sociedades occidentales (Méndez, 2018).

En este contexto, es posible afirmar que la diversidad cultural está enfocada a una gama de interpretaciones que logran referirse a la identidad, las minorías, la lengua, la inmigración o la integración, y que ha sido estudiada y examinada desde diversos enfoques del conocimiento. Adoptar un camino específico sobre la diversidad cultural desde estas perspectivas es un paso preciso para eludir el esclarecimiento de diversidad audiovisual (Val, 2017).

La visión del usuario sobre la pertinencia cultural en los servicios de salud se enmarca en el concepto de diversidad cultural. La diversidad cultural implica reconocer y valorar la existencia de múltiples culturas, promoviendo el respeto mutuo y la cooperación entre ellas. Es un ideal de convivencia equitativa y de generación de experiencias culturales compartidas a través del diálogo y el respeto. En el ámbito de la salud, la diversidad cultural implica abordar los aspectos políticos, jurídicos, epistemológicos, ontológicos y axiológicos relacionados con la atención médica. Se busca potenciar la autoestima de los colectivos minoritarios tradicionalmente excluidos o alienados por la ciencia y la tecnología.

La diversidad cultural se refiere a la pluralidad de manifestaciones culturales y ha sido una preocupación social en los últimos siglos. Se busca establecer una convivencia armoniosa entre diferentes civilizaciones en un mundo globalizado. Sin embargo, también existen tabúes y desafíos en las sociedades occidentales para abordar adecuadamente esta diversidad.

Desde una perspectiva antropológica, el estudio y análisis de la diversidad cultural nos permite comprender las diferentes manifestaciones culturales, sus orígenes, su evolución y su significado en contextos específicos. Este enfoque nos invita a valorar y respetar las diferencias culturales, evitando imponer nuestros propios estándares y juicios culturales. En lugar de considerar una cultura como superior a otra, se fomenta el diálogo intercultural, la colaboración y el intercambio de conocimientos y experiencias entre diferentes culturas. Al apreciar y comprender la diversidad cultural, podemos enriquecernos mutuamente y promover una mayor comprensión y respeto entre las personas y las comunidades de todo el mundo.

Es importante destacar que la diversidad cultural ha sido estudiada y examinada desde diferentes enfoques del conocimiento. La adopción de un enfoque específico sobre la diversidad cultural, como la identidad, las minorías, la lengua, la inmigración o la integración, es fundamental para comprender y abordar las necesidades de diversidad cultural en los servicios de salud, implicando ello la necesidad de contar con profesionales de la salud que estén capacitados en la atención intercultural, es decir, que puedan comprender y adaptarse a las distintas perspectivas culturales de los usuarios.

Esto involucra un enfoque sensible a la diversidad, que tenga en cuenta las creencias, valores y prácticas culturales de cada individuo.

1.6.3. Competencia cultural - la interculturalidad en salud

Este enunciado está enfocado en evidenciar el proceso de desarrollo de los pueblos indígenas y los procedimientos médicos oficiales donde se formule su deseo de estar en una relación horizontal. En el área de la salud es necesario complementar estos sistemas médicos, lo que implica reunir equipos médicos (medicina occidental) con especialistas en medicina tradicional y terapeutas, respetando los saberes de cada uno y creando ambientes de confianza que permitan la complementariedad de ambos medicamentos (Nayip, 2012).

La interculturalidad y la integralidad son dos aspectos críticos de la atención en salud que requieren que los especialistas médicos concilien sus conocimientos, habilidades y destrezas con las características culturales, étnicas, lingüísticas, educativas, religiosas, socioeconómicas, de edad, identidad y género de sus pacientes⁴; introducir adaptaciones en la atención, así como trabajar con pares, trabajadores de salud comunitarios y atención médica domiciliaria. Un enfoque intercultural en los servicios de salud implica la incorporación de los conocimientos tradicionales para abordar los problemas de salud de la población. Además, promueve la participación de los representantes de la comunidad en la planificación de proyectos sanitarios, en la prevención de enfermedades y en el enfoque familiar y comunitario. Este enfoque también puede mejorar la relación y la interacción entre el médico y el paciente, así como entre los trabajadores de salud y los usuarios en general. En resumen, el enfoque intercultural en los servicios de

salud busca una atención médica más inclusiva y efectiva mediante la integración de diferentes saberes y perspectivas culturales (Goichea, 2012).

El concepto de interculturalidad se refiere a la interacción entre la medicina tradicional indígena y la medicina occidental para resolver problemas de salud aumentando la aceptación de los pueblos indígenas de la atención brindada por las instituciones de salud; al mismo tiempo, se refiere a la mejora del trato humano y eficiente de los profesionales de la salud hacia los miembros de estas comunidades (Solana & Gómez, 2019).

La interculturalidad implica la coexistencia y el intercambio entre diferentes grupos culturales que comparten espacios geográficos, lingüísticos y legales. A diferencia de la multiculturalidad, en la que un grupo cultural tiene un poder predominante sobre los demás, en las relaciones interculturales se busca un reconocimiento mutuo de derechos, no como resultado de una concesión o renuncia de privilegios por parte de un grupo en relación con otro, sino como base para fomentar relaciones sociales armoniosas. En las relaciones interculturales se establece una dinámica basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo. Sin embargo, este proceso no está exento de conflictos, pero se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia. En resumen, la interculturalidad promueve la convivencia pacífica entre diferentes culturas, donde cada una es valorada y respetada en igual medida (Gobierno y Administración Pública, 2014).

En este sentido, el usuario valoraría la importancia de un enfoque intercultural en los servicios de salud, que reconozca y respete los

conocimientos y prácticas de la medicina tradicional indígena junto con la medicina occidental, buscando establecer una relación horizontal entre los profesionales de la salud y los usuarios, donde se integren diferentes saberes y perspectivas culturales para abordar los problemas de salud de manera más inclusiva y efectiva. Este enfoque implica la necesidad de reunir equipos médicos que incluyan especialistas en medicina tradicional y terapeutas, trabajando en conjunto con profesionales de la medicina occidental. Se busca crear ambientes de confianza que permitan la complementariedad de ambos sistemas médicos.

La interculturalidad en los servicios de salud implica también la adaptación de la atención a las características culturales, étnicas, lingüísticas, religiosas, entre otras, de los pacientes. Se promueve la participación de los representantes de la comunidad en la planificación de proyectos de salud, la prevención de enfermedades y se enfoca en el ámbito familiar y comunitario. Este enfoque no solo busca mejorar la relación y la interacción entre médicos y pacientes, sino también promover relaciones sociales armoniosas basadas en el respeto mutuo, la diversidad y el enriquecimiento mutuo.

La propuesta intercultural se funda en tres grandes principios: la ciudadanía, derecho a la diferencia y unidad en la diversidad. El primero supone el reconocimiento pleno y la búsqueda constante de igualdad real y efectiva derechos, responsabilidades, oportunidades, así como la lucha permanente por la discriminación y el racismo. El segundo implica el derecho de los pueblos y cada uno de los pueblos, grupos étnicos y culturas a la identidad cultural y a las expresiones socioculturales. El tercero designa la necesidad del dialogo para arribar a consensos. Por la tanto, concluye que la

construcción de una sociedad intercultural implica un proyecto político que permita establecer un diálogo entre culturas (Alvarado, 2003).

La interculturalidad facilita el proceso de democratización y reorganización del Estado. No se trata únicamente de tener en cuenta elementos culturales para no discriminar o para tolerar, sino que se trata de la construcción política de nuevas relaciones para todos. El sentido de la democracia y el de ciudadanía se amplían porque asumen la dimensión cultural (Luna, 2008).

La interculturalidad es difícil de aplicar en el marco político del Estado-nación, donde se privilegia una ciudadanía homogénea. La interculturalidad requiere de la reorganización del poder en los contextos locales, regionales, nacionales e internacionales, así como el reconocimiento de los derechos culturales de los pueblos indígenas y de las diversas culturas que conviven dentro de las fronteras de los Estados-nación. La interculturalidad es una estrategia general para hacer frente a las políticas monoculturales del Estado, requiere de la implementación de políticas para que la pertenencia a una determinada cultura no sea motivo de impotencia y exclusión. La interculturalidad está íntimamente engarzada a una ética fundamentada en la solidaridad, en la justicia y el bien común, que promueve la participación ciudadana y que incluye el paradigma de la igualdad. La democracia también puede ser entendida como una cultura, que tiene como elementos principales una conciencia que la cosa pública es de todos -por lo tanto, ningún ciudadano ni ciudadana debe ser excluido o ignorado-, y un conjunto de reglas para la convivencia social y política. (Fabiola Luna, 2002). Es decir, la democracia requiere de políticas interculturales que atraviesen todos los sectores y fortalezcan la sociedad civil ciudadanía intercultural frente al Estado.

Para asumir estas tareas se requiere del firme compromiso de cada Estado mediante la implementación de políticas públicas acordes con la realidad local. Para ello, el enfoque intercultural contribuye a mejorar los términos de dicha relación al facilitar que las estrategias de intervención de las políticas sean acordes con la diversidad cultural y estén mejor adaptadas a las necesidades de la población en términos de raza, etnia, género, etc. (Correa Astete, 2011)

Un servicio público se refiere a todas las actividades o prestaciones brindadas por la administración pública, que están directa o indirectamente relacionadas con la obligación de satisfacer las necesidades de los ciudadanos que son de interés general. Estos servicios públicos constituyen un vínculo directo entre Estado y ciudadanía. Al ser dichos servicios prestados por el Estado, existe la necesidad que estos garanticen los derechos de los ciudadanos. Por ejemplo: Por la cobertura de los servicios de salud, deberían estar orientados a satisfacer el derecho a la salud de la población con la mejor calidad posible. Los servicios de registro de identificación de identidad DNI, deberían satisfacer de la mejor manera el derecho de los ciudadanos a tener acceso a su inscripción e identidad. Somos un país culturalmente diverso, eso implica que los servicios que se brindan a los ciudadanos tienen que tomar en cuenta dicha diversidad y satisfacer sus necesidades. Estos servicios no pueden ser mejores en las zonas urbanas y deficientes en las zonas rurales, la calidad de un buen servicio es para todos. Sin embargo, la mayor parte de nuestra población se encuentra en situación de vulnerabilidad, en particular los pueblos originarios, andinos, amazónicos y afroperuanos, quienes son los que tienen mayores

niveles de pobreza, dificultades para acceso a la salud de calidad, educación, empleo y presentan altas tasas de desnutrición infantil, y analfabetismo.

En nuestro país existen una serie de barreras culturales que impiden una prestación de servicios de calidad a poblaciones culturalmente diferenciadas: Desconocimiento sobre las diferentes lenguas originarias por parte de funcionarios públicos y tomadores de decisiones a nivel local, regional y nacional. Vías de acceso complicadas. En ocasiones para los funcionarios públicos y técnicos es complicado llegar a las zonas más alejadas de la Amazonía. Prácticas culturales diferentes entre funcionarios y usuarios. En ocasiones la labor del funcionario público se encuentra más acondicionada para atender a población urbana que a población indígena. Gestión Pública e Interculturalidad. En la vida cotidiana, eso dificulta la implementación de un buen servicio y el cumplimiento de un derecho. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos.

1.6.5. Etnocentrismo cultural

La cultura es el modo de vida de una sociedad en particular. Incluye el idioma, las creencias religiosas y tabúes, las preferencias gastronómicas, los hábitos de trabajo, los juegos y actividades recreativas que practica el grupo social y, en general, el pensamiento y el comportamiento de la sociedad (Rodrigo, Silva, & Chávez, 2017)

Hoy en día, a pesar de los avances, político, económico y social suelen darse conductas discriminatorias hacia grupos de otras etnias. Más explícitamente, conocemos a la mirada Etnocentrista como la actitud o punto de vista por el que se analiza el mundo de acuerdo con los parámetros de la

cultura propia. Considerando la creencia de que el grupo étnico propio es el más importante, o que algunos de los aspectos de la cultura propia son superiores a los de otras culturas (Breser, 2015).

Desde una perspectiva antropológica, es importante reconocer que todas las culturas son igualmente valiosas y merecen respeto. Los profesionales de las ciencias sociales estudian la diversidad cultural y buscan comprender las prácticas y creencias de diferentes grupos sin juzgarlos desde una perspectiva etnocentrista. Con relación a ello se puede manifestar que todas las culturas tienen su propia lógica interna y deben ser comprendidas dentro de su contexto cultural específico.

Es así como el etnocentrismo, argumentado por Lévi-Strauss en su obra “Raza y cultura”, y más técnicamente en “El antropólogo y la Condición Humana”, no sólo no es algo malo en sí mismo, sino que, al menos en la medida en que no se nos vaya de las manos, es más bien una buena cosa. La lealtad a un cierto conjunto de valores convierte inevitablemente a la gente en «parcial o totalmente insensible hacia otros valores», valores a los que otra gente, de mentalidad igualmente estrecha, es igualmente leal. «No es del todo reprochable colocar una manera de vivir o de pensar por encima de todas las demás o el sentirse poco atraídos por otros valores.» Esta «relativa incomunicabilidad» no autoriza a nadie a oprimir o destruir aquellos valores que se rechazan o a quienes los sostienen. Pero, al margen de ello, «para nada es rechazable» (Geertz, 1996).

El etnocentrismo se manifiesta en muchas culturas que creen ser superiores con respecto a otras, es una inclinación cognitiva bien detallada en la psicología social. Antropólogos como Boas y Malinowski proyectan que todas las ciencias corresponden a manifestarse desde el etnocentrismo propio del científico como individuo. El etnocentrismo se refiere a la tendencia a considerar que el propio grupo étnico es el más importante y que sus características culturales son superiores a las de otros grupos. Esta perspectiva lleva a juzgar a otros grupos sociales en comparación con la propia cultura o grupo, principalmente en lo que se refiere al idioma, las costumbres, la religión, las manifestaciones culturales y las creencias. En esencia, el etnocentrismo representa una incapacidad para ver el mundo desde la perspectiva de los demás. (Cruz, Ortiz, & Yantalema, 2018).

En este sentido la tendencia psicológica subconsciente que lleva a percibir al grupo de pertenencia y a nosotros como distintos y, en muchos casos, superiores o más relevantes que otros grupos en algún sentido. Este fenómeno implica una evaluación valorativa que supone una especie de defensa automática del propio grupo en relación con los demás (Giménez, 2005).

Además de considerarlo como un fenómeno social ancestral que promueve conductas xenófobas, discriminatorias y deshumanizadoras hacia el "otro" (extranjero, ajeno, different). En definitiva, asegurar el reconocimiento de ese "otro" es necesario para la consolidación de las identidades en cualquier modelo democrático genuino (Hernandez I. , 2020).

Cayendo en cuenta en la creencia de que el propio grupo étnico es el más importante y que su cultura es superior a las de otros grupos y que esta doctrina lleva a juzgar a otros grupos sociales en función de la propia cultura, en aspectos como el lenguaje, las tradiciones, la religión, las manifestaciones culturales y las creencias. Si bien las diferencias culturales permiten definir la identidad cultural esta no puede ser llevada a extremos (Cruz, et al., 2018).

Desde una perspectiva antropológica, la cultura es un sistema complejo que engloba diversas dimensiones de la vida de una sociedad, como el idioma, las creencias religiosas, las prácticas cotidianas, las normas sociales y los valores. Cada cultura tiene su propia lógica interna y debe ser comprendida dentro de su contexto específico. El etnocentrismo es considerado como una tendencia cognitiva y valorativa que lleva a considerar que la propia cultura o grupo étnico es superior o más importante que otros. Esta perspectiva limita la capacidad de comprender y apreciar las diferencias culturales, y puede conducir a la discriminación y la deshumanización del "otro".

La antropología busca desafiar y superar el etnocentrismo a través del estudio comparativo de las culturas y la promoción del relativismo cultural. Diversos estudiosos reconocen que todas las culturas son igualmente valiosas y merecen respeto, y buscan comprender las prácticas y creencias de diferentes grupos sin juzgarlos desde una perspectiva etnocentrista.

En este escenario es fundamental promover la empatía, el diálogo intercultural y la educación para superar los prejuicios y estereotipos basados en la superioridad cultural. Reconocer la diversidad cultural como

enriquecedora y valorar la igualdad de todas las culturas son pasos importantes para construir sociedades más justas y equitativas.

Por otro lado, la pertenencia cultural relaciona con el etnocentrismo puede generar conductas discriminatorias. La pertinencia cultural se refiere a la relevancia y aplicabilidad de la cultura en diferentes aspectos de la vida de un individuo o grupo. Implica reconocer y valorar cómo la cultura influye en la identidad, las prácticas, las creencias y las relaciones sociales de las personas.

Cuando se presenta el fenómeno del etnocentrismo y las conductas discriminatorias, la pertinencia cultural puede verse afectada negativamente. El etnocentrismo lleva a considerar que solo la propia cultura es pertinente y valiosa, descartando o menospreciando las prácticas y creencias de otras culturas. Esto puede conducir a la exclusión y la discriminación de aquellos que no se ajustan a los estándares culturales dominantes.

1.6.6. Teoría de la competencia comunicativa

Esta se define como el conjunto de habilidades y conocimientos que permiten a los miembros de una comunidad lingüística comunicarse entre sí. En otras palabras, es la capacidad de percibir y aplicar el significado social de las variaciones lingüísticas en cada situación, en relación con las funciones y variaciones de la lengua y con los supuestos culturales en una situación de comunicación. En síntesis, se puede decir, que está relacionado al uso de reglas de interacción social como un sistema compuesto de habilidades como la lingüística, la sociolingüística, la pragmática y la competencia psicolingüística (Pilleux, 2001).

Actualmente, la competencia comunicativa es vista como un conjunto de conocimientos, habilidades, capacidades o aptitudes que contribuyen a la producción de la convivencia y de las relaciones interpersonales e intergrupales, pues la convivencia humana necesita de la mediación de una comunicación efectiva, como un proceso de interacción en el que dos o más sujetos se reconocen como iguales, comparten experiencias y actúan con sentido de comunidad en el contexto de un diálogo (Bermúdez & González, 2011).

En síntesis, la teoría de la competencia comunicativa se centra en la exploración de las aptitudes y conocimientos esenciales para establecer una comunicación efectiva en diferentes entornos. En consecuencia, se puede afirmar que la competencia comunicativa se define como la habilidad de un individuo para desenvolverse de forma adecuada y eficiente en una comunidad lingüística específica. La teoría de la competencia comunicativa considera como mínimo tres sub-competencias principales: gramatical, sociolingüística y estratégica, y ofrece una perspectiva más amplia que abarca la identificación de factores sociales y culturales (Bermúdez & González, 2011).

La competencia comunicativa está estrechamente relacionada con la visión del usuario en los servicios de salud con pertinencia cultural. Esta competencia implica la capacidad de comprender y utilizar adecuadamente las normas lingüísticas y socioculturales en situaciones de comunicación.

En el contexto de los servicios de salud, la competencia comunicativa es crucial para establecer una comunicación efectiva entre los profesionales

de la salud y los usuarios. Implica la habilidad de comprender y expresar información médica de manera clara y precisa, así como de interpretar y responder a las necesidades y preocupaciones de los usuarios.

La competencia comunicativa en los servicios de salud con pertinencia cultural implica tener en cuenta las particularidades lingüísticas y culturales de los usuarios. Esto implica adaptar el lenguaje y la forma de comunicación a las características y preferencias culturales de cada individuo, asegurando que la información médica sea comprensible y accesible para todos. Además, la competencia comunicativa también implica la capacidad de establecer empatía y establecer una relación de confianza con los usuarios. Esto implica ser sensible a las diferencias culturales, comprender las creencias y valores de los usuarios y adaptar el enfoque comunicativo en consecuencia.

1.6.2. Antecedentes de la investigación

Gallardos, Kotthoff y Lecaros (2015). En la tesis de pregrado titulado **“Salud intercultural: ¿Utopía o Realidad? aplicación del programa de salud intercultural desde las vivencias y perspectivas de usuarios mapuche y profesionales de San José de la Mariquina, Región de los Ríos, 2015”**. Presentado ante la universidad Austral de Chile. El propósito de esta investigación fue indagar en la opinión de los responsables del Servicio de Salud Valdivia, la SEREMI, los directivos del Centro de Salud y las matronas que brindan atención directa a los usuarios Mapuche sobre el Programa de Salud Intercultural en el Centro de Salud de San José de la Mariquina, Región de Los Ríos. La metodología utilizada fue exploratoria y descriptiva, con un enfoque cualitativo, utilizando entrevistas semiestructuradas y revisión documental como técnicas de instrumentos. La población estudiada consistió en diez personas, ocho mujeres y dos hombres, con edades comprendidas entre los 40 y los 70 años, todos afiliados al Centro de Salud Familiar Mariquina. Los resultados demostraron la falta de protocolos para la atención intercultural y la falta de derivación en red entre las matronas del Centro de Salud Familiar Mariquina y la Machi o Laden, lo que impide el acceso a una atención de salud intercultural. El estudio concluyó que la percepción actual del Programa de Salud Intercultural no es positiva para todos los participantes, especialmente para los usuarios Mapuche, donde se evidencia la falta de enfoque en el área Sexual y Reproductiva, probablemente debido a la falta de implementación de protocolos.

Friesen, Mazariegos, Barrera y Reyes (2017). En la Revista Científica Médica en el proyecto titulado: **“Atención del parto y del puerperio inmediato con pertinencia intercultural”**. El objetivo de este estudio fue explorar los factores que influyen en la aplicación de la interculturalidad en la atención del parto y puerperio inmediato en el personal médico y paramédico, comadronas y usuarias del Centro de Urgencias Médicas (CUM) de Tecpán, Chimaltenango, durante los meses de abril y mayo de 2017. Se utilizó una metodología de enfoque cualitativo con diseño etnográfico y se llevaron a cabo 13 entrevistas a profundidad con el personal médico y paramédico, 10 entrevistas con usuarias del CUM y tres grupos focales con las comadronas. Los resultados mostraron que el personal médico y paramédico tenía conocimientos limitados sobre la pertinencia cultural en las Normas de Atención con Pertinencia Cultural. Además, el 65% de los elementos de infraestructura y equipo de la sala de partos no era culturalmente adecuado. Las comadronas percibieron una atención deficiente y poco interés y capacitación del personal de salud. Los usuarios informaron de una buena relación con el personal de salud, pero no recibieron una atención adecuada a su cultura. El estudio concluyó que los factores que influyen en la implementación de prácticas interculturales son principalmente económicos, junto con aspectos estructurales, organizacionales y socioculturales.

Nevado (2013). En la tesis de pregrado titulado **“La Comunicación Intercultural en el ámbito de la Salud Reproductiva. Propuestas de mejora desde la interpretación en los servicios públicos y la mediación lingüística y cultural. El estudio de caso de un hospital aragonés”**. El objetivo del estudio fue examinar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes inmigrantes, y cómo las barreras comunicativas pueden dificultar el acceso equitativo a los servicios sanitarios. El diseño de muestreo se basó en la representatividad de las propiedades y estructura social de los sujetos seleccionados. Se utilizó una metodología cualitativa descriptiva e interpretativa, y se recopilaron los datos mediante entrevistas semiestructuradas. Los resultados del estudio indican que los profesionales de la salud perciben la atención sanitaria de los pacientes inmigrantes como más difícil que la de los pacientes autóctonos. Sin embargo, el tiempo parece ser una pieza clave para la integración en la sociedad de acogida, ya que los pacientes inmigrantes han aprendido la lengua y han adquirido mayores conocimientos sobre el sistema sanitario, lo que ha reducido los problemas en su atención.

Barrientos y Hauser (2007). En la tesis de pregrado titulada: **“Salud Intercultural y complementaria: Un camino hacia la equidad en la atención de salud de los pueblos originarios de Chile. la experiencia de la comunidad Williche Koñimo Lamekura. Ancud – Chiloé”**. El objetivo del estudio fue evaluar la satisfacción y adherencia al tratamiento de los pacientes que asisten al Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas en la comunidad rural de Williche Koñimo Lamekura, Ancud-Chiloé. Se utilizó una metodología mixta con enfoque cualitativo y tipo etnográfico,

complementada con un enfoque cuantitativo analítico y transversal. El estudio se llevó a cabo en una población de 15 personas mayores de 18 años que habían sido atendidas en el programa entre mayo y septiembre de 2007. Los resultados de la encuesta estructurada revelaron que el 80% de los pacientes atendidos eran mujeres, el 66% tenía 46 años o más, ninguna era soltera y el 80% estaba casado. Además, el 66% de las familias eran nucleares y el 27% eran familias extensas. El 40% de los pacientes no había terminado la educación básica, el 33% la había completado, pero no continuó con estudios medios, el 40% tenía un trabajo y el 40% eran dueñas de casa, mientras que el 13% estaba sin ocupación. Se concluyó que el 67% de los pacientes eran de zonas rurales y el 33% restante provenía de áreas urbanas cercanas. En este sentido, se destacó la importancia de brindar atención de calidad a los pacientes y no tratarlos como una patología a eliminar, sino como seres humanos integrales. Se señaló que, aunque el gobierno está trabajando para mejorar el acceso a la atención médica para los pueblos originarios y otros grupos vulnerables, aún hay muchas necesidades y falencias sin cubrir, lo que puede llevar al fracaso de estas iniciativas debido a la escasez de recursos económicos y humanos.

Henríquez, Kader y Marilao (2012). En la Revista Internacional de Humanidades Médicas con el proyecto titulado: **“Atención en Salud con Pertinencia Cultural: Una mirada a partir de la competencia comunicativa intercultural”**. El propósito de este estudio fue resaltar la importancia de la comunicación en salud, específicamente la competencia comunicativa intercultural, como una herramienta para brindar atención sanitaria adecuada y culturalmente pertinente, identificando variables clave para la efectividad en situaciones interculturales. Se utilizó una metodología de revisión documental enfocada en literatura sobre pertinencia cultural, con un análisis interpretativo de los hallazgos. Se llegó a la conclusión de que la comunicación en salud requiere una serie de habilidades, tanto emocionales, cognitivas como conductuales, y del uso efectivo de habilidades verbales y no verbales, para dar respuesta a la diversidad en la atención y enfatizar la interacción entre el usuario y el proveedor de atención médica dentro de los distintos contextos comunicativos y la atención en salud con pertinencia cultural.

Alarcón, Astudillo, Barrios y Rivas (2004). En la Revista Científica de Chile con el proyecto titulado: **“Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios Mapuches y equipos de Salud en la IX Región, Chile”**. El objetivo fue investigar la percepción de proveedores y usuarios Mapuches respecto a la implementación de una política de salud culturalmente apropiada para la población Mapuche de la IX región. La metodología empleada fue descriptiva, transversal comparativa con una muestra probabilística de 463 individuos divididos en usuarios Mapuches (n= 399) y proveedores de atención primaria en salud (n= 64) de 11 comunas con

alta concentración Mapuche. Los resultados muestran importantes desacuerdos entre proveedores y usuarios respecto a la necesidad y justificación de una política de salud intercultural. Para los usuarios, la falta de acceso, la inequidad en la atención y su condición étnica son fundamentales para crear una política que supere estos problemas desde una perspectiva cultural. Los proveedores, en cambio, destacaron la falta de capacitación y conocimiento sobre la cultura Mapuche, y la escasa formación universitaria en el tema. Se concluye que existe un desacuerdo en relación con los desafíos regionales para desarrollar una política de salud intercultural y que los usuarios Mapuches perciben problemas de discriminación y falta de voluntad de los directivos de salud, mientras que los proveedores perciben la falta de capacitación y conocimiento sobre la cultura Mapuche.

Tambo (2018). En la tesis de pregrado titulada: **“Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios- 2018”**. El objetivo del estudio fue entender cómo se aplicó el enfoque intercultural en la implementación de políticas públicas de salud relacionadas con ITS/VIH-SIDA en las comunidades Aguarunas del distrito de Santa María de Nieva, Condorcanqui- Amazonas entre 2011 y 2014. La metodología utilizada fue descriptiva, transversal y no experimental. La muestra aleatoria simple consistió en 99 trabajadores de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios. Los resultados indicaron que el 60% de los trabajadores de la DIRESA Madre de Dios, incluyendo gestores, funcionarios y administrativos, opinaron que la gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para las comunidades nativas del departamento de Madre de Dios era deficiente. El

37,8% dijo que era regular y solo el 2,2% indicó que la gestión era eficiente. Estos resultados respaldan la hipótesis planteada. En conclusión, la investigación sugiere que existe una gestión deficiente de los servicios de salud con enfoque intercultural en la zona de intervención del estudio.

Aliaga (2014). En la tesis de Maestría intitulado **“Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una Política de Salud Intercultural en el Perú”**. El objetivo del estudio fue analizar el progreso en la implementación de la Política de Salud Intercultural (PSI) en el Perú, identificar los desafíos que enfrenta y las oportunidades para acelerar su desarrollo. La metodología utilizada fue cualitativa y la muestra no probabilística consistió en 31 personas involucradas en la planificación, diseño y ejecución de la PSI. Los resultados indicaron que no hay una verdadera PSI en el Perú, sino una serie de leyes que regulan la adecuación cultural de los servicios de salud, especialmente en el parto y en las casas de espera materna. Aunque hay algunas estrategias interculturales, como el parto vertical con adecuación intercultural y las casas de espera materna, éstas no pertenecen a la Estrategia de Pueblos Indígenas. En conclusión, la interculturalidad se encuentra más como un discurso que como una teoría organizada, institucionalizada y orientadora de las políticas de salud en el Perú.

Castillo (2015). En la tesis de pregrado titulado **“Factores relacionados al proceso de diseño de la política de Salud Intercultural en el Perú”**. El propósito del estudio fue analizar el caso de la Política de Salud Intercultural en el Perú durante el periodo de 2002 a 2014, con el fin de identificar los hitos más relevantes y los aspectos que requerían mayor atención en el análisis. La metodología utilizada consistió en la descripción de los eventos principales que conforman la secuencia de la política mediante un relato, y el análisis se centró en los factores que influyeron en su desarrollo. Para recopilar datos, se realizaron entrevistas semiestructuradas a funcionarios gubernamentales, representantes de organizaciones indígenas, ONG y expertos en el tema. Los resultados mostraron que la política de salud intercultural en el Perú se compone de diversas acciones estatales que carecen de coherencia y articulación, pero esto no significa que no exista una política de salud intercultural. Más bien, se trata de una respuesta estatal al problema público que contribuye a la generación de evidencia y al proceso de retroalimentación constante para la toma de decisiones por parte de los funcionarios públicos.

Valenzuela y Trujillo (2015). En la revista científica del Centro Nacional de Salud con el proyecto titulado: **“Percepción del usuario sobre los servicios de salud de la comunidad de Cholca, Huancavelica, desde una mirada intercultural (Resultado Preliminar)**. El propósito del estudio fue describir la percepción de los usuarios de los Servicios de Salud en la comunidad de Chopcca, en Huancavelica, desde una perspectiva intercultural. Para lograr esto, se utilizó una metodología cualitativa-cuantitativa que contrastó las percepciones de los usuarios de los servicios de salud. Se aplicaron 771 encuestas a jefes de familia y 30 prestadores de servicios de salud. Como resultado, se encontró que el 44% de los usuarios indicó que nunca habían participado en la programación y priorización de actividades de salud locales. Además, el 85% afirmó que se les imponía una multa cuando hacían uso del parto domiciliario, y el 77,2% afirmó que la atención de salud estaba condicionada a su participación en programas sociales como “Juntos”, “Pensión 65” y otros. Por su parte, el 36,3% del personal de salud afirmó que los partos domiciliarios sin la atención del personal eran sancionados, y el 60% afirmó que las atenciones de salud siempre o casi siempre se condicionaban a la participación en programas sociales. Por tanto, se puede concluir que los usuarios de los Servicios de Salud de los distritos de Yauli y Paucará tienen una participación escasa en la programación y priorización de actividades locales de salud, y que la atención de salud está condicionada a la participación en programas sociales en el caso de los partos domiciliarios, lo que se traduce en multas y sanciones para los usuarios.

1.6.3. Base Legal

a) Ley N° 29414. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado (Ministerio de salud, 2023).

b) Ley N° 27444. Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Las autoridades administrativas deben actuar aplicando un enfoque intercultural, coadyuvando a la generación de un servicio con pertinencia cultural, lo que implica la adaptación de los procesos que sean necesarios en función a las características geográficas, ambientales, socioeconómicas, lingüísticas y culturales de los administrados a quienes se destina dichos servicios (El peruano, 2023).

c) Ley N° 26842 de Enfoque Intercultural

Las disposiciones del presente Reglamento es establecer la aplicación de técnicas para el uso de la metodología de Diálogo Intercultural con las personas usuarias de los servicios de salud en pueblos vulnerables deberán ser implementadas por todas las IPRESS y UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas de manera progresiva en observancia a las normas pertinentes de la materia y de todas aquellas que emita el Ministerio de Salud para tal efecto, así como las complementarias y conexas. Dentro de la ley tenemos estos artículos (El Peruano, 2015).

d) Ley N° 29735. Ley que regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú.

Regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú, establece, entre otras disposiciones, el derecho de toda persona a usar su lengua originaria en los ámbitos público y privado, a ser atendida en su lengua materna en los organismos o instancias estatales, y a gozar y disponer de los medios, de traducción directa o inversa que garanticen el ejercicio de sus derechos en todo ámbito, la citada Ley dispone un conjunto de medidas que el Estado debe implementar para proteger y fortalecer las lenguas indígenas u originarias de nuestro país (El peruano, 2016).

e) Política Nacional de Cultura al 2030, aprobada mediante el Decreto Supremo N° 009-2020-MC

Establece que se deben desarrollar estrategias para la incorporación de la pertinencia cultural en los servicios públicos. en ese sentido, para que las autoridades administrativas cumplan con su deber de coadyuvar a la generación de un servicio con pertinencia cultural, se requiere de la aprobación de lineamientos que representen una guía para su implementación (El peruano, 2023).

f) Decreto Supremo N° 010-2021-MC

Aprueba los “Lineamientos para la generación de servicios con pertinencia cultural a través de la incorporación de la variable étnica en entidades públicas”. El numeral 19 del artículo 2 de la Constitución Política del Perú establece el derecho de toda persona a su identidad étnica y cultural, y que el Estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la Nación (El peruano, 2023).

g) Directiva administrativa N°261 – MINSA/2019/DGIESP

Directiva administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención. La pertinencia cultural en los servicios de salud implica, que durante todo el proceso de la atención se tome en cuenta las características de la población a la que se atiende, en función a su cultura y contexto social, y se entable una relación horizontal y empática. Logrando la satisfacción de la población, incorporando su perspectiva acerca de la salud y fomentado su participación de manera sostenible (Ministerio de Salud, 2019).

h) Decreto Supremo N° 003-2015-MC

El enfoque intercultural implica que el Estado valore e incorpore las diferentes visiones culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico-culturales para la generación de servicios con pertinencia cultural, la promoción de una ciudadanía intercultural basada en el diálogo y la atención diferenciada a los pueblos indígenas y la población afroperuana (El peruano, 2023).

1.6.4. Marco conceptual

1) Interculturalidad en salud

La interculturalidad en salud se entiende como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. (Hernandez, y otros, 2021)

2) Enfoque intercultural

El enfoque intercultural se propone como interacción, comunicación y diálogo, resaltando la arbitrariedad de cualquier clasificación. El enfoque intercultural implica también una toma de postura ética respecto de las relaciones entre las personas. (Lievano & Ballester, 2015)

3) Políticas públicas e interculturalidad

Las políticas públicas interculturales generan nuevos contextos sociales en los que Políticas públicas e interculturalidad permita construir nuevas modernidades. La interculturalidad en la agenda pública puede presentarse como una serie de declaraciones, sin una expresión concreta. (Tello, 2019)

4) Política lingüística

Las políticas lingüísticas son humanas, en un sentido amplio, y que no solo pueden ser asociadas a dimensiones gubernamentales, judiciales o ancladas en instituciones legítimas de un contexto político-social específico. Las políticas lingüísticas son de cuño institucional, surgen de planificaciones arbitradas en organismos oficiales, son políticas de gobierno o bien, son producto de dictámenes judiciales. (Reguera, 2020)

5) Discriminación

La discriminación representa es una conducta, culturalmente fundada, y sistemática y socialmente extendida, de ofensa contra una persona o grupo de personas sobre la base de un prejuicio nocivo que tiene por efecto (intencional o no) dañar sus derechos y libertades fundamentales. (Triana & Jimenez, 2016)

6) Comunicación intercultural

La comunicación intercultural radica en la habilidad de comunicar sus mensajes a través de los gestos, el lenguaje, la forma de vestir, la comida y la manera de utilizar el entorno, entre otros aspectos y su propósito es romper las barreras del lenguaje dominante para poder contribuir a la vida de los individuos como a la sociedad partiendo del valor del respeto y la cordialidad. (Briones, Barragan, Duarte, & Caicedo, 2021)

7) Pertinencia Cultural

La valoración e incorporación de la cosmovisión y concepciones de desarrollo y de bienestar de los diversos grupos de población que habitan en la localidad, incluyendo tanto las poblaciones asentadas originalmente como las poblaciones que han migrado de otras zonas. (Ministerio de Cultura, 2015)

8) Comunicación Bilingüe

La expresión bilingüe se refiere a la capacidad de una persona para utilizar indistintamente dos lenguas en cualquier situación comunicativa y con la misma eficacia (Sánchez F. , 2022)

9) Calidad de atención

La asistencia médica eficiente enfocado al tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado (Coronado, Cruz, Hernández, Arellano, & Nava, 2013)

10) Servicios de salud con pertinencia Cultural

Son aquellos servicios que incorporan el enfoque intercultural en su gestión y prestación. Es decir, ofrecen servicios tomando en cuenta las características culturales particulares de los grupos de población de las localidades en donde se interviene y se brinda atención (Ministerio de Salud, 2018)

11) Barreras Lingüísticas

Son todos aquellos elementos u obstáculos que dificultan el entendimiento de un mensaje, estas barreras de comunicación afectan por igual a cualquier elemento presente en el proceso de comunicación (Villanueva, 2020).

CAPITULO II

AMBITO DE ESTUDIO

2.1. Localización Política Y Geográfica

La provincia de Paruro políticamente está dividida en 9 distritos, los cuales poseen autonomía política, económica y administrativa, de acuerdo con las respectivas leyes de creación y a la Constitución Política del Perú.

Tabla 2. *Creación de distritos de la provincia de Paruro*

N°	DISTRITOS	DISPOSITIVO LEGAL DE CREACIÓN		SUPERFICIE (km)	ALTITUD MSNM
		LEY	FECHA		
1	Paruro	-	21 de junio de 1825	153,42	3068
2	Accha	-	02 de enero de 1987	244,75	3591
3	Ccapi	S/N	02 de enero de 1857	334,85	3196
4	Colcha	S/N	02 de enero de 1857	139,98	2800
5	Huanoquite	-	21 de junio de 1825	362,67	3391
6	Omacha	S/N	02 de enero de 1857	436,21	3910
7	Paccarectambo	N°14864	22 de octubre de 1863	142,61	3581
8	Pillpinto	N°14747	11 de diciembre de 1863	79,13	2866
9	Yaurisque	N°13203	15 de abril de 1859	90,8	3328

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

El distrito de mayor extensión es Omacha (436,21 km²) y es el de mayor altitud (3910 m.s.n.m.); el de menor extensión es Pillpinto (90,8 km²), el que está a menor altura es Colcha (2800 m.s.n.m.) que configura un agradable clima templado.

Tabla 3. Población Femenina y Masculina de la provincia de Paruro

N°	DISTRITOS	VARON	MUJER	TOTAL
1	Paruro	1639	1566	3486
2	Accha	1500	1528	3205
3	Ccapi	1544	1535	3079
4	Colcha	505	458	963
5	Huanoquite	2448	2419	4867
6	Omacha	2695	2748	5443
7	Paccarectambo	1020	1012	2032
8	Pillpinto	509	517	1026
9	Yaurisque	959	965	1924
	TOTAL	13 863	13 633	25 567

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática

Como se puede observar hay mayor cantidad de varones a nivel provincial con 13 863, como también un alto índice de residente en las provincias de Omacha 5443 y Huanoquite 4867 personas.

2.2. Locación Geográfica

La provincia de Paruro es una de las 13 provincias del departamento de Cusco, fue creada por Decreto Supremo expedido el 21 de junio de 1825 durante el gobierno de don Hipólito Unanue, posteriormente fue reconocida por Ley N 683, el 21 de diciembre de 1907.

Se encuentra ubicada a 64 Km de la capital del departamento de Cusco, su territorio se ubica geográficamente entre las coordenadas 71 40 43 y 72 14 00" de longitud Oeste y entre los 13 37 24 y 14 17 00 de latitud sur del meridiano de Greenwich, abarcando zonas alto andinas y valles interandinos, cuenta con una extensión territorial de 1984.42 K.M.2. Que representa el 27.57% de la superficie total del departamento de Cusco. La capital de la provincia se encuentra a una altitud de 3,043 m.s.n.m. La provincia de Paruro cuenta con 76 comunidades

campesinas, de las cuales 4 se encuentran en proceso de titulación, pero consideradas en el directorio de comunidades.

Figura 1. Mapa de localización de la provincia de Paruro



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

La provincia de Paruro cuenta con 9 distritos y 76 comunidades campesinas, de las cuales 4 se encuentran en proceso de titulación, pero consideradas en el directorio de comunidades.

Sus límites son:

1. Por el Norte: con la provincia de Anta y con la provincia de Cusco.
2. Por el sur con la provincia de Chumbivilcas.
3. Por el Este con la provincia de Quispicanchis, Acomayo y Chumbivilcas.
4. Por el Oeste con la provincia de Cotabambas del departamento de Apurímac.

Tabla 4. *Crecimiento poblacional según censos en la provincia de Paruro*

PROVINCIAS Y DISTRITOS	POBLACION CENSAL						
	1961	1972	1981	1993	2005	2007	2017
Total, Nacional	9,906,746	13,538,208	17,005,210	22,048,356	26,152,265	27,412,115	31,237,385
Total, Departamental							
Paruro	31,728	31,536	32,385	34,361	32,244	30,939	25 567

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Censos de Población y Vivienda.

El incremento en el volumen poblacional nacional es proporcional al total departamental, sin embargo, la provincia de Paruro ha ido disminuyendo su población en cada periodo a partir del 2005 hasta el último censo nacional registrado en el 2017.

2.3. Educación

Los servicios educativos en la provincia de Paruro están constituidos por programas del sistema educativo por modalidad y nivel educativo que a continuación se indican:

- Básica regular: Inicial - Primaria - Secundaria.
- Básica Alternativa.
- Básica Especial.
- Técnico - productiva
- Superior no universitaria: pedagógica. Tecnológico y artística.

El servicio educativo existente en la provincia se presenta en la tabla siguiente:

Tabla 5. *Total de Instituciones Educativas por Modalidad y Nivel Educativo en la provincia de Paruro*

DISTRITOS	Básico Regular					Total
	Total	Inicial	Prim.	Sec.	Sup. No Univ.	
Paruro	26	17	8	1	1	27
Accha	25	17	6	2	0	25
Ccapi	30	16	11	3	0	30
Colcha	14	7	6	1	0	14
Huanquite	45	24	18	3	0	45
Omacha	58	35	18	5	0	58
Paccarectambo	23	14	7	2	0	23
Pillpinto	8	3	4	1	0	8
Yaurisque	19	11	6	2	0	19
Total	248	144	84	20	1	249

Fuente: Ministerio de Educación (Censo Escolar 2018)

Se puede observar en la tabla las instituciones educativas en la provincia de Paruro, se tiene lo siguiente: 144 Instituciones de educación inicial, 84 instituciones educativas de nivel primario, 20 instituciones educativas del nivel secundario y en el nivel superior no universitaria: Pedagógico se tiene 01 institución; haciendo un total de 249 centros educativos en la provincia de Paruro; según información del Ministerio de Educación.

La población escolar del año 2018 en la provincia de Paruro es de 7611 alumnos en forma general. A continuación, se presenta la información detallada en la siguiente tabla:

Tabla 6. *Población de educación Básico Regular en la provincia de Paruro*

DISTRITOS	Básico Regular					
	Total	Inicial	Prim.	Sec.	Sup. No Univ.	Total
Paruro	733	197	328	211	75	811
Accha	1020	189	418	413	0	1020
Ccapi	944	148	463	333	0	944
Colcha	245	52	94	99	0	245
Huanquite	1401	281	639	481	0	1401
Omacha	1965	394	843	728	0	1965
Paccarectambo	422	75	154	193	0	422
Pillpinto	171	34	64	73	0	171
Yaurisque	632	112	269	251	0	632
Total	7536	1482	3272	2782	75	7611

Fuente: Ministerio de Educación (Censo Escolar 2018)

Según la tabla proporcionada por la Dirección Regional de Educación de Cusco, se observa que el nivel inicial cuenta con un total de 1482 alumnos. En el sector primario se registran 3272 estudiantes, mientras que en el nivel secundario se encuentran matriculados 2782 alumnos. Es importante destacar que el nivel

superior no universitario atiende la demanda educativa de la provincia, y en el año 3110 20 18 se registraron un total de 75 alumnos que cursaron estudios en este nivel.

Tabla 7. Idioma o Lengua con la que aprendió hablar el poblador de la provincia de Paruro

Idioma o lengua	P: Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Quechua	11 078	11 136	22 214
Aimara	11	11	22
Castellano	878	795	1 673
Portugués	1	1	2
Lengua de señas peruanas	3	2	5
No escucha, ni habla	16	10	26
No sabe / No responde	291	241	532
Total	12 278	12 196	24 474

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Censos de Vivienda, hogar y población.

El uso de la lengua materna en la educación, en un marco de educación bilingüe, contribuye al desarrollo de competencias lingüísticas de los educandos y a un mejor manejo de la lectura y escritura, hoy en día el uso de la lengua materna para la enseñanza aprendizaje de otras materias o contenidos académicos, paralelamente a la enseñanza del castellano como segunda lengua, permite a los niños progresar en su comprensión de los contenidos curriculares en general y aprendizaje del castellano en particular.

Tabla 8. Idioma por sus costumbres y sus antepasados presentes en la provincia de Paruro

Ud. se considera	P: Sexo		
	Hombre	Mujer	Total
Quechua	8 955	9 064	18 019
Aimara	13	12	25
Nativo o indígena de la Amazonía	73	71	144
Parte de otro pueblo indígena u originario	17	17	34
Blanco	112	88	200
Mestizo	578	550	1 128
Otro	10	8	18
No sabe / No responde	317	275	592
Total	10 075	10 085	20 160

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Censos de Vivienda, hogar y población.

Como se puede observar la cifra más alta es quechua y es considerablemente mayor que a las personas que se autoidentifican como mestizo. A partir de estas comparaciones, podemos tener una idea más firme de cuánta gente está involucrada cuando se tocan problemas de educación, exclusión, invisibilización, discriminación, vulnerabilidad de los derechos humanos y colectivos; y cuando se menciona el peligro de la desaparición de una lengua también quiere decir de toda una cultura.

2.4. Servicios Municipales

Los gobiernos locales son entidades, básicas de la organización territorial del Estado y canales inmediatos de participación vecinal en los asuntos públicos, que institucionalizan y gestionan con autonomía los intereses propios de las correspondientes colectividades; siendo elementos esenciales del gobierno local, el territorio, la población y la organización. Las municipalidades provinciales y distritales son los órganos de gobierno promotores del desarrollo local. con personería jurídica de derecho público y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. Los Gobiernos Locales ejecutan acciones de acuerdo a la Ley Orgánica de Municipalidades-Ley N° 27972 Y la Ley de Bases de la Descentralización-Ley N°27783, de otro lado comparten competencias con los niveles de gobierno, en ese marco deben coordinar y cooperar, de acuerdo al principio de organización e integración de la Ley Organiza del Poder Ejecutivo - Ley W 29158, para evitar superposiciones y duplicidad de funciones; así también deben dar cumplimiento a funciones de administración interna, elaborando diversos documentos como: Planes de Desarrollo Concertado, en este caso todos los municipios objeto del estudio cuentan con él, sin embargo respecto a Planes de Desarrollo Rural, de Telecomunicaciones y Desarrollo de Capacidades se observan un déficit.

2.5. Aspectos Institucionales

La institucionalidad en la provincia de Paruro se encuentra representada por las diversas organizaciones que participan en el desarrollo diario de la provincia, La Institucionalidad local de la provincia está conformada por instituciones del sistema estatal y otras que han surgido en la bases provincial, distrital y comunal, sobre cuya base se vienen construyendo procesos democráticos y de participación ciudadana.

a) Instituciones del Estado

Adicionalmente a las organizaciones descritas en los capítulos anteriores, en el ámbito de la provincia de Paruro se tiene la presencia de las siguientes:

Tabla 9. *Instituciones del Estado de la provincia de Paruro*

N°	GOBIERNOS	ENTIDAD
1	LOCALES	<ul style="list-style-type: none">• Municipalidad Provincial de Paruro.• Municipalidad Distrital de Accha• Municipalidad Distrital de Ccapi• Municipalidad Distrital de Colcha.• Municipalidad Distrital de Huanoquite.• Municipalidad Distrital de Omacha.• Municipalidad Distrital de Paccaritambo.• Municipalidad Distrital de Pillpillto.• Municipalidad Distrital de Yaurisque.• Municipalidad Provincial de Paruro.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 10. *Instituciones de Gestión Pública en la provincia de Paruro*

N°	DESCRIPCIÓN	ENTIDAD
2	INSTITUCIONES GESTIÓN PÚBLICA	<ul style="list-style-type: none">• Fiscalía provincial Mixta de Paruro.• División Médico Legal de Paruro.• Unidad de Gestión Educativa Local de Paruro. UGEL-Paruro.• Agencia Agraria Paruro-PRONAMACHS• Agencia de correos-Paruro.• Fiscalía provincial municipal de Paruro.• Subprefectura Provincial de Paruro.• Subprefectura Distritales en los 8 distritos.• Defensoría Comunitaria.• Centro de Salud de Paruro.• Policía Nacional del Perú-Paruro

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. *Instituciones de Gestión Privada o Mixta en la provincia de Paruro*

N°	DESCRIPCIÓN	ENTIDAD
3	INSTITUCIONES GESTIÓN PRIVADA O MIXTA	<ul style="list-style-type: none">• Banco de la Nación-Agencia Paruro.• Caja Municipal de Ahorros y Crédito Cusco-CMAC-Agencia Paruro.• Microcréditos para el Desarrollo

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 12. *Instituciones Eclesiásticas en la provincia de Paruro*

N°	DESCRIPCIÓN	ENTIDAD
4	INSTITUCIONES ECLESIAÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none">• Parroquia de Paruro.• Iglesia Adventista - Paruro.• Iglesia Israelita - Paruro.• Testigos de Jehová. - Paruro

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13. *Organizaciones No Gubernamentales en la Provincia de Paruro*

N°	DESCRIPCIÓN	ENTIDAD
5	ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES	<ul style="list-style-type: none">• Centro de Formación Campesina. CFC• Programa de Empleo y Juventud. PEJ 22.- CARITAS de la Prelatura de Cusco.• Centro para el Desarrollo de los Pueblos Ayllu-CEDEP AYLLU.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 14. Organizaciones de base en la Provincia de Paruro

N°	DESCRIPCIÓN	ENTIDAD
6	ORGANIZACIONES DE BASE	<ul style="list-style-type: none">• Frente Único de Defensa de los Interés de Paruro. FUDIP.• Federación Unificada de Campesinos de Paruro. FUCAP.• Asociación de Urbanizaciones y Pueblos Jóvenes de Paruro. AUPP.• Secretaría de Organización de Mujeres Campesinas de Paruro. SOMUP.• Club de Madres de Paruro.• Asociación de Productores Agropecuarios de Paruro. APAP• Asociación de Pequeñas y Medianas Industrias de Paruro. APAM IP.• Cámara PYMES - Paruro.• Asociación de Técnicos Agropecuarios de Paruro. ATAP.• Comité de Derechos Humanos de Paruro CODEH - Paruro.• Asociación de Comerciantes de Paruro• Sindicato de Comerciantes del Mercado Central de Paruro.• Sindicato Único de Trabajadores de Educación. SUTE - Paruro.

Fuente: Elaboración propia.

2.6. Ámbito Socio - Culturales

El aspecto sociocultural involucra el estudio del ser humano como miembro de un grupo social y como integrante de una cultura, producto de la convivencia entre individuos, su interacción con el medio que los rodea y con otras estructuras sociales. en un determinado espacio geográfico. Para este estudio nos apoyamos en la comparación intercultural. Desagregando se tiene que:

En lo social, se observan una serie de transformaciones cualitativas y cuantitativas que mejoren la calidad de vida del ser humano como miembro integrante de una sociedad. Dentro de estas tenemos servicios básicos entre otros. Para el estudio, el objetivo será evaluar si se cubren los estándares mínimos de provisión de servicios básicos.

En lo cultural, analizamos el conjunto de valores, creencias, ideología, religión y costumbres en general, de una determinada sociedad que crea identidad diferenciando un determinado grupo humano con respecto de otros

Los aspectos culturales se encuentran conformados por un conjunto de conocimientos, ideas y pensamientos que se expresan como manifestación de los pueblos, estas son adquiridas y construidas producto de la convivencia en sociedad, encontrándose influenciada por el medio ambiente que los rodea trascendiendo de generación en generación creando identidad y caracterizando un grupo social con respecto de otros. Dentro de los aspectos culturales podemos señalar los valores, costumbres, creencias. conocimientos. arte. idioma. organización social. etc" de un determinado grupo social y que es expresado a través de la cultura viva.

2.7. Características Culturales de la Provincia de Paruro.

La provincia de Paruro mantiene una gran cantidad de conocimientos tradicionales que forman parte de su cultura, sin embargo, existen zonas donde se están abandonando este aspecto debido a diferentes factores externos. Estos incluyen el uso de nuevas tecnologías, una gran cantidad de población extranjera y el aumento de la popularidad de las religiones protestantes, las cuales se han adoptado en algunos casos como una solución al fuerte consumo de alcohol que se da en las zonas rurales de la provincia. Es crucial preservar los conocimientos ancestrales tradicionales como una forma de mantener la identidad cultural. Por lo tanto, es importante abordar la falta de ciertas necesidades que puedan llevar a la pérdida parcial o completa de estos conocimientos.

2.7.1. Organización Administrativa Comunal

La Ley N° 27972 establece la organización administrativa de las municipalidades provinciales y distritales, las cuales se componen de un Consejo Municipal y una Alcaldía. Esto significa que la estructura orgánica de las municipalidades está definida por esta ley.

La Ley N° 24656 establece la organización administrativa de las comunidades campesinas, las cuales están conformadas por órganos de gobierno comunal. Estos órganos se rigen por un conjunto de reglas que son establecidas democráticamente en asambleas, y las directivas son elegidas por una fase de dos años. Estas directivas tienen funciones normativas, resolutivas y fiscalizadoras dentro de la comunidad.

La población en dicha provincia está compuesta por personas que residen en su territorio y que comparten fines comunes y tradiciones, lo que la diferencia de otras poblaciones. Estas características pueden ser objeto de estudio en diversos análisis. Asimismo, está conformada por grupos ubicados tanto en áreas urbanas como rurales, que se dedican principalmente a la producción agropecuaria. La densidad poblacional en esta provincia ha disminuido debido a la emigración hacia otras localidades. Además, se considera esta como una zona con altos índices de pobreza y extrema pobreza, con una alta tasa de analfabetismo y una gran cantidad de hablantes de quechua en comparación con otras provincias.

En esta provincia existen áreas urbanas con una alta concentración de población y una tendencia hacia la migración. Se pueden encontrar conjuntos de viviendas y diferentes actividades económicas. Además, en comparación con otras capitales de los distritos, cuenta con una mayor cantidad de servicios básicos, una apertura hacia recientes arquetipos de servicios y un mayor uso de la tecnología.

La provincia de Paruro cuenta con centros poblados rurales que se caracterizan por una baja concentración poblacional, según los datos del INEI, con menos de 10-12 viviendas en cada uno. Estos centros poblados están bastante dispersos y tienen áreas de cultivo entre ellos, ya que la agricultura y la ganadería son sus principales actividades. También se puede observar una tendencia migratoria de la población hacia las zonas urbanas, falta de servicios básicos completos, un bajo nivel de infraestructura educativa y de salud, y dificultades en el acceso debido a su geografía accidentada.

En cuanto a la vestimenta tradicional en la provincia de Paruro, ha desaparecido por completo y solo se conserva en la memoria de los habitantes. Sin embargo, se pueden distinguir tres zonas definidas: Yaurisque y Paccaritambo, donde la vestimenta es moderna y solo se diferencia por el uso de una ojota en el sombrero, que solo las mujeres llevan. En estas zonas, la gente valora mucho el hábitat, la belleza que les brinda y la armonía que transmite a sus espíritus y ángeles guardianes. A diario, recolectan flores para adornar sus hogares desde que son niños.

En los distritos de Ccapi, Accha y Omacha, las flores igualmente son valoradas y se usan en los sombreros del género femenino, en un porcentaje algo representativo acompañado con prendas modernas, mientras el otro porcentaje con atribución baja está compuesto por vestimentas de la provincia de Chumbivilcas, que está cercana. Esta influencia es más notoria en el género femenino, pero también se nota en el masculino. En la parte sur de la provincia, las costumbres y vestimenta están muy influenciadas por la cercanía a Chumbivilcas, y la iconografía que adorna la vestimenta se enfoca en animales, especialmente caballos y herramientas relacionadas con su crianza. En estas zonas, los sombreros son poco usados. La vestimenta tradicional chumbivilcana es mayormente usada por mujeres, pero también se observa en el género masculino, especialmente el uso del sombrero chumbivilcano, y algunos acompañan su atuendo con botas u ojotas.

En la época de la conquista, la provincia de Paruro, anteriormente llamada "Paru Paru", comenzó a cultivar trigo gracias a los misioneros que sembraron esta planta para producir el "pan eucarístico" en los alrededores del distrito de Paruro. Actualmente, se elabora el famoso pan de trigo con este

cultivo. Los comuneros comenzaron a celebrar el cultivo del trigo mediante la danza "Trigo Ilank'ay". Es por eso por lo que el trigo se ha convertido en el símbolo distintivo de la provincia de Paruro, y además de ello se puede apreciar en algunas danzas que representan las diferentes etapas del cultivo de este cereal, describiendo las diferentes etapas del cultivo del trigo y cómo estas etapas son representadas en la danza "Trigo Ilank'ay". Los Colluneros participan en la siembra llamada "Trigo l'akay", seguida por el deshierbe "Trigo Q'oray", donde se limpia la chacra. Luego, viene el corte del trigo llamado "Trigo Ichhuy", donde los hombres con sus cegadoras cortan el trigo y las mujeres lo recolectan. Finalmente, el trigo se trilla en "Trigo Eray", donde se golpean las espigas para obtener el grano. Además de ello con danzas representativas como "Trigo Ilank'ay", y otras como la Danza Majeño, danza Mestiza Coyacha, danza Contradanza, danza Terala, danza Capac Negro, danza Llameros, danza Saqras, danza Contradanza, danza Cápac Chunchu, danza Cápac Ccolla, danza Saqsa, danza K'achampa, danza Chunchacha y danza Auca Chileno.

2.7.2. Religión

Respecto a las religiones como expresión cultural que influye en el comportamiento de los grupos humanos y en la identidad individual y colectiva de las personas. En la provincia de Paruro, la religión católica es la predominante, resultado de la invasión española y la supresión de prácticas religiosas en el Perú, que generó una mezcla entre la religión católica y la andina. A pesar de esto, con el tiempo, otras religiones protestantes han ganado terreno en las poblaciones peruanas, incluyendo la provincia de Paruro. La tabla siguiente muestra la diversidad religiosa en la provincia:

Tabla 15. Religiones identificadas en la provincia de Paruro

DISTRITOS	RELIGION								TOTAL
	CAT.	EVANG.	CRIST.	ADV.	TEST.DE J.	MORM.	OTRA	NING.	
PARURO	2264	260	2	5	3	1	5	2	582
ACCHA	1968	257	3	129	-	-	1	7	385
CCAPI	1823	520	-	8	-	-	3	9	413
COLCHA	755	46	2	2	-	-	1	1	07
HUANOQUITE	2259	1373	1	1	5	-	3	4	776
OMACHA	997	613	1	42	-	-	36	45	034
PACARITAMB	449	254	-	2	28	1	2	0	746
O									
PILLPINTO	96	93	-	3	2	-	-	5	99
YAURISQUE	041	455	2	1	10	-	-	9	518
YAURISQUE	5352	3871	1	93	48	2	51	32	0160

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda (INEI 2017)

En la provincia, tanto en las áreas urbanas como rurales, se observa un aumento en el número de personas que cambian de religión, lo que refleja un cambio en su comportamiento y la negación de sus creencias tradicionales. Este cambio de religión a menudo se hace para evitar el alcoholismo, un problema que afecta principalmente a las comunidades rurales, y la religión católica a menudo se asocia con este problema. Muchas personas que se unen a estas nuevas religiones lo hacen por principios, pero también como una forma de preservar su identidad y valores.

a) Fiestas Religiosas

Las festividades religiosas en la provincia de Paruro son diversas y están dedicadas a diferentes santos. Estas celebraciones atraen a la población migrante de regreso a sus hogares, aunque solo sea por el tiempo que duren las festividades. Son días de unión, celebración y alegría, y se han convertido en una parte

importante de la cultura y tradiciones locales. Estas festividades se originaron con la llegada de los españoles a la provincia, y a lo largo de los años se han mantenido como una parte integral de la vida en Paruro.

Según la información proporcionada por personas mayores de la provincia, la festividad en honor a la Santísima Virgen de Natividad, patrona de la provincia, tiene una larga historia que se remonta a muchos años atrás. Se cuenta que el párroco García tuvo un sueño en el que la Virgen se le apareció y le pidió que la trasladara de la comunidad de Misca a la capital de la provincia, Paruro. En la revelación, la Virgen le explicó que existía un gran derrumbe en el camino hacia Paruro y que era mejor que se quedara en Misca. El párroco organizó una peregrinación para reasentar la imagen de la Virgen al templo de Paruro, y a partir de ello se inició la conmemoración en su honor.

Las actividades que se realizan durante la festividad son variadas e incluyen La Jurca, los Albazos, los Altares, la Velada, acompañada de danzas típicas, música y mucha alegría. El día central incluye la entrada de cuadrillas, la ceremonia del alba y la corrida de toros. En resumen, la festividad en honor a la Santísima Virgen de Natividad es una celebración importante en la provincia de Paruro, con una larga historia y una amplia variedad de actividades para disfrutar.

Tabla 16. *Festividades Patronales de la provincia de Paruro*

DISTRITO	FESTIVIDAD	ACTIVIDADES	FECHA
Paruro	Santísima Virgen de Natividad	Jurca, anuncio de la festividad, los altares, la velada, danzas, música	31 de agosto al 14 de setiembre
Accha	Patrona Vitalicia Virgen del Carmen	Danzas, corrida de toros, carrera de caballos	16 de julio
Huanoquite	Patrona Virgen Asunta		15 de agosto
Ccapi	Virgen del Rosario	Danzas, corrida de toro, pelea de gallos, música, altares,	07 de octubre
Colcha	Santa Rosa de Lima		30 de agosto
Omacha	Virgen del Rosario	juegos artificiales,	8 de octubre
Yaurisque	Santo Patrón San Esteban	etc.	02 al 05 de agosto
Paccaritambo	Virgen de Natividad		08 de setiembre
Pillpinto	Virgen Asunta		15 de agosto

Fuente: EDZ Paruro SGAT GR Cusco 2020.

b) Entidades Andinas

Dentro de los rituales tradicionales en la provincia de Paruro, se pueden encontrar una gran variedad de entidades dentro del panteón andino. Estas entidades, a pesar de haber sido objeto de extirpación de idolatrías en la época colonial, siguen siendo importantes y definen la identidad de los pobladores, en relación con su entorno o lugar donde se establecen. La Pachamama, que se considera la proveedora (madre tierra), es la deidad más importante en toda la provincia de Paruro. Además, también existen los Apus o Auquis, que son espíritus de los cerros, y otros elementos de la naturaleza como los ríos, las quebradas, las cuevas, los pozos de agua, el viento, entre otros.

- Pachamama: Es compuesta por la tierra misma, de gran importancia que en la cosmovisión andina tiene vida y se comporta como tal, necesita alimento y crea bienes y cuida a aquellos que tengan una buena relación con ella.
- Apus o Auquis: Espíritus de los cerros, también conocidos como Taita (abuelo o padre) de acuerdo con su tamaño tienen mayor importancia. Estos protegen y atacan a los animales y personas de acuerdo a la relación que guarden con estos el ser humano.
- Socca: Espíritus que viven en los pozos de agua, el cual agarra a aquellas personas que duermen u orinan cerca de estos lugares. El cual debe ser tratado de forma inmediata por especialistas andinos ya que pueden llevar a la muerte de las personas afectadas por estos espíritus.
- Wayra: Espíritus malignos que se encuentran en el viento, los cuales en determinadas horas crean diferentes enfermedades, los cuales tienen que

ser curados de forma tradicional ya que en caso contrario pueden ser males permanentes.

2.8. Salud

La provincia de Paruro cuenta con 76 comunidades campesinas, de las cuales 4 se encuentran en proceso de titulación, pero consideradas en el directorio de comunidades, el territorio comunal de la provincia es el 66.31%, que equivale a 1315.93 km² del total del territorio de Paruro. La provincia de Paruro cuenta con 13 establecimientos de salud, 10 Puestos de Salud y 03 Centros de Salud, 01 de los cuales son de categoría I-4, 02 de los cuales son de categoría I-3, y 10 puestos de salud son de categoría I-2, con médico, 3 puestos de salud son de categoría I-1. Todos los establecimientos de salud pertenecen a la DIRESA. Cusco y a la Red de Servicios Cusco Sur, la provincia enlaza sus 13 establecimientos de salud en 1 Micro redes (Centro de Salud Paruro) (Dirección Regional de Salud Cusco, 2015).

Tabla 17. *Clasificación de Establecimientos de Salud en la provincia de Paruro*

DISTRITO	ESTABL.	CLASIF.	CAT.	RED	MICRORED
Paruro	Paruro	Centro de Salud	1-3	Cusco Sur	Paruro
Accha	Accha	Centro de Salud	1-3	Cusco Sur	Accha
Ccapi	Ccapi	Puesto/Posta de Salud	1-2	Cusco Sur	Yaurisque
Ccapi	Coyabamba	Puesto/Posta de Salud	1-2	Cusco Sur	Yaurisque
Colcha	Colcha	Puesto/Posta de Salud	1-1	Cusco Sur	Paruro
Colcha	Cochirihuay	Puesto/Posta de Salud	1-1	Cusco Sur	Paruro
Huanoquite	Huanoquite	Puesto/Posta de Salud	1-2	Cusco Sur	Yaurisque

Omacha	Omacha	Puesto/Posta de Salud	1-2	Cusco Sur	Accha
Omacha	Antapallpa	Puesto/Posta de Salud	1-2	Cusco Sur	Accha
Omacha	Sahua Sahua	Puesto/Posta de Salud	1-1	Cusco Sur	Accha
Omacha	Huasquillay	Puesto/Posta de Salud	1-2	Cusco Sur	Accha
Paccarecta mbo	Paccarectambo	Puesto/Posta de Salud	-2	Cusco Sur	Yaurisque
Pillpinto	Pillpinto	Puesto/Posta de Salud	-1	Cusco Sur	Acomayo
Yaurisque	Yaurisque	Puesto/Posta de Salud	-3	Cusco Sur	Yaurisque

Fuente: Gobierno Regional del Cusco.

Todos los establecimientos de salud pertenecen a la DIRESA Cusco, la población cuenta con catorce establecimientos de salud por cada distrito, estos son administradas por la Red de Servicios de Salud Cusco Sur a través de la Micro Red Paruro, Micro Red Omacha – Accha – Antapallpa, Micro Red Yaurisque, Micro Red Acomayo que administra el puesto de salud.

Respecto al informe de mortalidad en la provincia de Pauro, durante las últimas décadas ha habido una reducción sostenida de esta, especialmente a expensas de las enfermedades infecciosas y transmisibles. Asimismo, se aprecia que los accidentes que obstruyen la respiración vienen a ser la principal causa de mortalidad en menores de 1 año, 1 a 4 años y 15 a 17 5 años de edad. Asimismo, se encuentra insuficiencia respiratoria, que tienen una predominancia importante en el grupo de 45 a 59 años, de 60 a 79 años y sobre todo en el grupo etáreo de 60-79 años. Un aspecto que requiere relevarse es la presencia de insuficiencia cardiaca y enfermedades cerebrovasculares, que constituye la primera y segunda causa de muerte en los grupos etáreos de 60 a 79 años, respectivamente, afectando más a la población adulta mayor (Dirección Regional de Salud Cusco, 2015).

Las primeras causas de mortalidad según sexo, muestra que la mortalidad en población de sexo femenino en la Provincia de Paruro está asociada a lesiones de intención no determinada (14.5%), accidentes que obstruyen la respiración (11.0%) septicemia, excepto neonatal (8.1%), y edema cerebral (7.6%), lo que está evidenciando que cada vez más el patrón de mortalidad en población femenina muestra indicios de estar en un proceso de transición epidemiológica, es decir cada vez tiene mayor peso la presencia de enfermedades crónicas y degenerativas, así las relacionadas a enfermedades cerebrovasculares (Dirección Regional de Salud Cusco, 2015).

Con respecto a las principales causas de mortalidad en población de sexo masculino en la Provincia de Paruro durante el año 2014, esta estuvo asociada a lesiones de intención no determinada (9.1%), insuficiencia cardiaca (8.6%), accidentes que obstruyen la respiración (8.6%) edema pulmonar (7.0%), infecciones respiratorias agudas bajas (7.0%) e insuficiencia respiratoria (4.8%); lo que muestra que en el patrón de mortalidad en población de sexo masculino de la Provincia de Paruro llama la atención causa de muerte las lesiones de intención no determinada, así como causa importante a considerar insuficiencia cardiaca (Dirección Regional de Salud Cusco, 2015).

Por otro lado, las primeras causas de mortalidad de población en etapa adolescente (15-17 años) en la Provincia de Paruro, corresponden a eventos relacionados al embarazo, parto y puerperio (0.7%) y accidentes que obstruyen la respiración (0.7%) (Dirección Regional de Salud Cusco, 2015).

Respecto a la mortalidad materna y perinatal esta constituye la expresión del grado de avance y desarrollo de un sistema sanitario, pues es un indicador relacionado con el desarrollo social de la provincia de Paruro. Producto de un análisis integral del problema, se identificaron 4 barreras, a saber: Barreras de inaccesibilidad geográfica, barreras de inaccesibilidad cultural, barreras de inaccesibilidad económica y barreras relacionadas a la inadecuada organización y gestión de los servicios de salud. La mortalidad materna expresa las inequidades, las exclusiones sociales y los acentuados contrastes (Dirección Regional de Salud Cusco, 2015).

Por otro lado, respecto al estado de salud infantil, en la provincia de Paruro ha continuado mejorando en la última década. Sin embargo, persisten problemas que merecen preferente atención como la diarrea infantil, el mejoramiento de la cobertura de vacunación y, la superación del problema de morbilidad infantil en niñas y niños cuyas madres tienen menor nivel educativo, baja capacidad económica, residen en el área rural (Dirección Regional de Salud Cusco, 2015).

Respecto, las normas de infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, se encuentran en proceso aún carecen de un enfoque de red y no se ha adecuado aun al modelo de atención integral. Esto también es aplicable a las correspondientes inversiones, en donde lo importante es el enfoque de funcionamiento aislado de los establecimientos de salud. Debiendo optimizar la oferta en infraestructura y equipamiento en los establecimientos de salud de la provincia de Paruro. El crecimiento orgánico de algunos establecimientos de salud en los que, el propósito de aumentar la capacidad resolutive, se amplía la planta física y se equipa sin considerar restricciones propias en relación con suministro de insumos básicos, vías de circulación y vulnerabilidad del establecimiento de

salud. Actualmente los sistemas de salud ejercen una influencia determinante en la salud y vida de las personas; sin embargo, una mala organización asociada a una gestión ineficiente y un financiamiento inadecuado ocasionan que todo su potencial se desperdicie, originando mucho más daño que beneficio. La Micro Red de Paruro, realiza todas sus actividades en el Marco de la Misión y Visión Institucional, utilizando efectivamente los recursos y comprometiendo la participación como parte del marco de la política sectorial (Dirección Regional de Salud Cusco, 2015).

Tabla 18. *Seguros de Salud en la provincia de Paruro*

Población afiliada a seguros de salud	Casos	Acumulado %
Solo Seguro Integral de Salud (SIS)	22 102	86,45%
Solo EsSalud	967	3,78%
Solo Seguro de fuerzas armadas o policiales	109	0,43%
Solo Seguro privado de salud	28	0,11%
Solo Otro seguro	37	0,14%
Seguro Integral de Salud (SIS) y EsSalud	3	0,01%
Seguro Integral de Salud (SIS) y Seguro privado de salud	4	0,02%
Seguro Integral de Salud (SIS) y Otro seguro	13	0,05%
EsSalud y Seguro de fuerzas armadas o policiales	2	0,01%
EsSalud y Seguro privado de salud	1	0,00%
EsSalud y Otro seguro	7	0,03%
No tiene ningún seguro	2 294	8,97%
Total	25 567	100,00%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Censos de Vivienda, hogar y población

El SIS es un Organismo Público Ejecutor del MINSA su financiamiento continúa proviniendo principalmente del tesoro público y se destina a las prestaciones de salud brindadas a sus afiliados en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. En estos últimos años la meta de afiliación del SIS que es el proceso mediante el cual se incorpora a una persona potencial asegurado a algunos de los regímenes de financiamiento del SIS, ha sufrido variaciones en estos cinco años a nivel de la Micro Red, habiendo un incremento en los últimos años la meta y la cobertura de afiliación.

2.9. Perfil de entrevistados para el estudio en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020

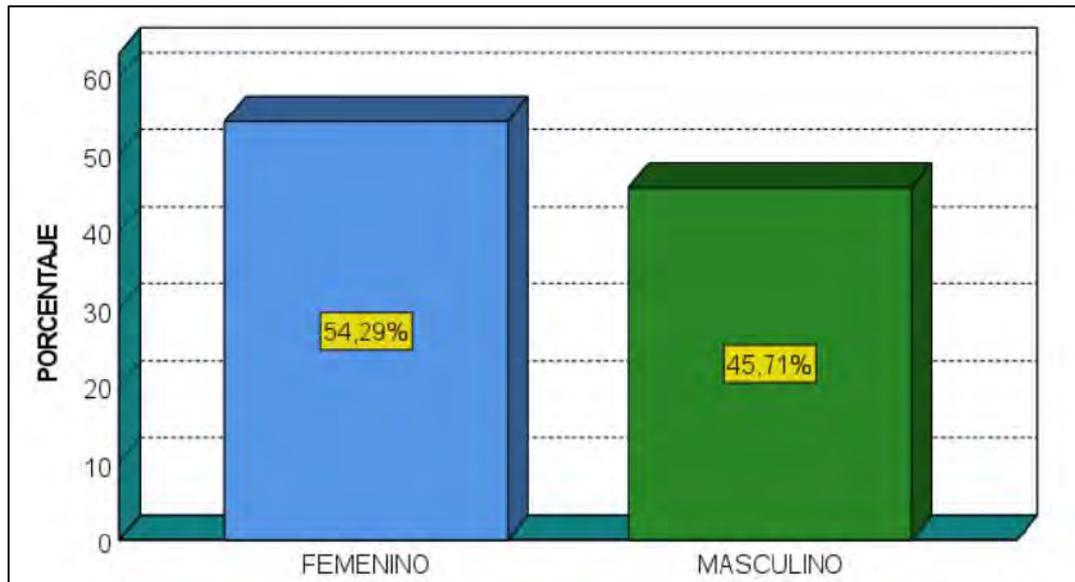
a) Genero de los Usuarios/Pacientes

Tabla 19. *Género de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.*

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	38	54,29%
Masculino	32	45,71%
Total	70	100,00%

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Figura 2. Género de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

La muestra estuvo conformada por 70 entrevistados (100%) de los cuales 38 (54,29%) fueron mujeres y 32 (45,71%) fueron varones, todos ellos fueron entrevistados de forma presencial en la localidad de la provincia de Paruro, con la intención de conocer su percepción acerca de la atención con pertinencia cultural por parte del personal de salud. Algunos fueron encontrados en su puesto trabajo, algunos en el centro de salud, los restantes realizando actividades de su respectiva localidad y los restantes fueron ubicados mientras transitaban por las arterias aledañas del centro hospitalario.

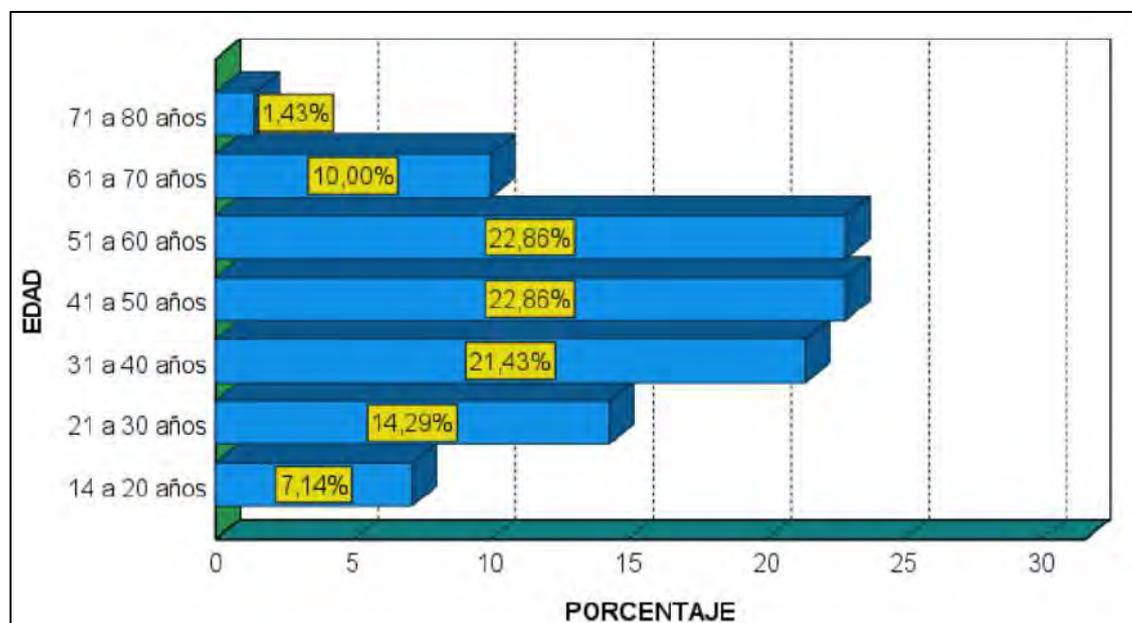
b) Grupos de edad de los usuarios/pacientes

Tabla 20. Edad de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.

	Frecuencia	Porcentaje (%)	
EDAD	14 a 20 años	5	7,14%
	21 a 30 años	10	14,29%
	31 a 40 años	15	21,43%
	41 a 50 años	16	22,86%
	51 a 60 años	16	22,86%
	61 a 70 años	7	10,00%
	71 a 80 años	1	1,43%
	Total	70	100,00%

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Figura 3. Edad de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

En este grafico se puede ver que el 97% de las personas entrevistadas fueron mayores de edad, siendo los grupos de edad de más alto porcentaje entre 41 a 50 años y 51 a 60 años con 22,86% respectivamente, seguido del grupo de 31 a 40 con 21,43% sobre el total, entre ellos gran mayoría activos laboralmente.

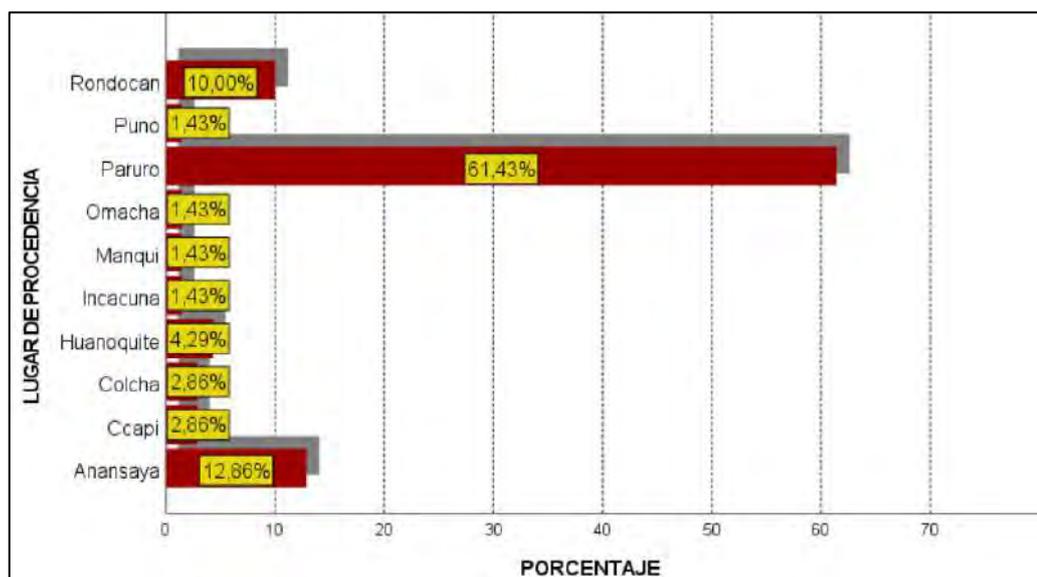
c) Lugar de procedencia de los usuarios/pacientes

Tabla 21. *Lugar de procedencia de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.*

	Frecuencia	Porcentaje
Anansaya	9	12,86%
Ccapi	2	2,6%
Colcha	2	2,86%
Huanoquite	3	4,29%
Incacuna	1	1,43%
Manqui	1	1,43%
Omachá	1	1,43%
Paruro	43	61,43%
Puno	1	1,43%
Rondocan	7	10,00%
Total	70	100,00%

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Figura 4. Lugar de procedencia de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

En la tabla N°9 y figura N°4 correspondiente a la procedencia de los entrevistados se observa que estos vienen de diferentes lugares de procedencia tales como Puno, sectores de la provincia de Acomayo y de la provincia de Paruro, ello se puede evidenciar en el 61,43% de los entrevistados que son residentes de la provincia de Paruro, el 12,86% de las personas son de Anansaya, 10% personas de Rondocan, 4,29% de Huanoquite, 2,86% de Ccapi, 2,86% de Colcha y 1,43% de las personas pertenecen a los distritos de Omacha Manqui, Incacuna y de la provincia de Puno respectivamente.

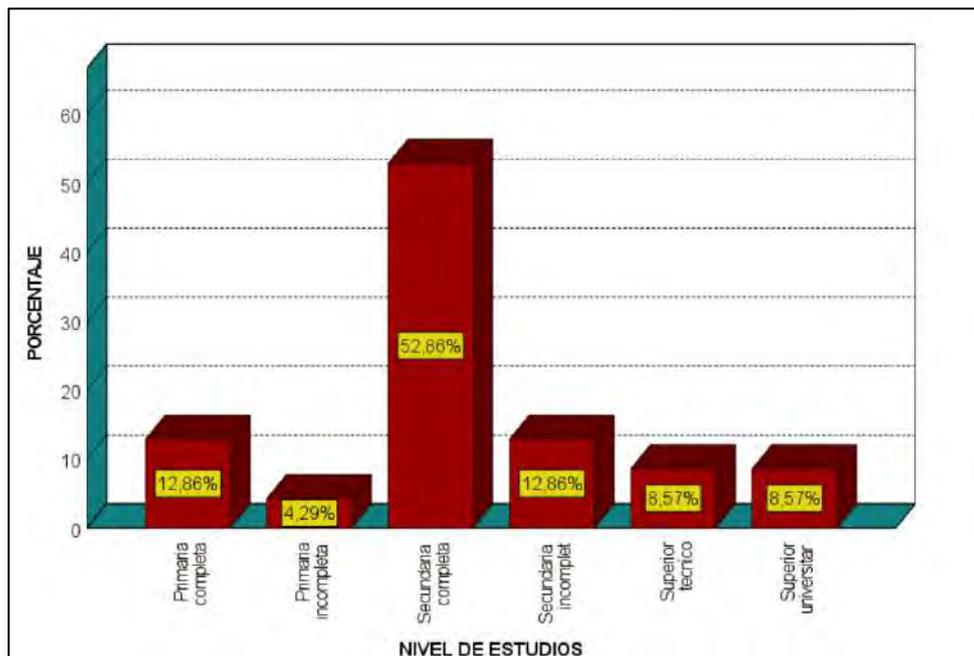
d) Nivel de estudios de los usuarios/pacientes

Tabla 22. Nivel de estudios de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.

	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	9	12,86%
Primaria incompleta	3	4,29%
Secundaria completa	37	52,86%
Secundaria incompleta	9	12,86%
Superior técnico	6	8,57%
Superior universitaria	6	8,57%
Total	70	100,0

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Figura 5. Nivel de estudios de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

En la tabla N°10 y figura N°5 se muestra información acerca del nivel de estudios de los entrevistados, cabe aclarar como parte de la investigación se consideró el grado de instrucción de los usuarios/pacientes no son de la provincia o vienen de intercambio, como se puede observar en este caso el pico más alto con el 52,86% de las personas son los que posee hasta secundaria completa, seguido se encuentra los que tienen primaria completa con el 12,86% de las personas, además solo el 8,57% de los entrevistados presentan un nivel de estudio superior técnico y universitario.

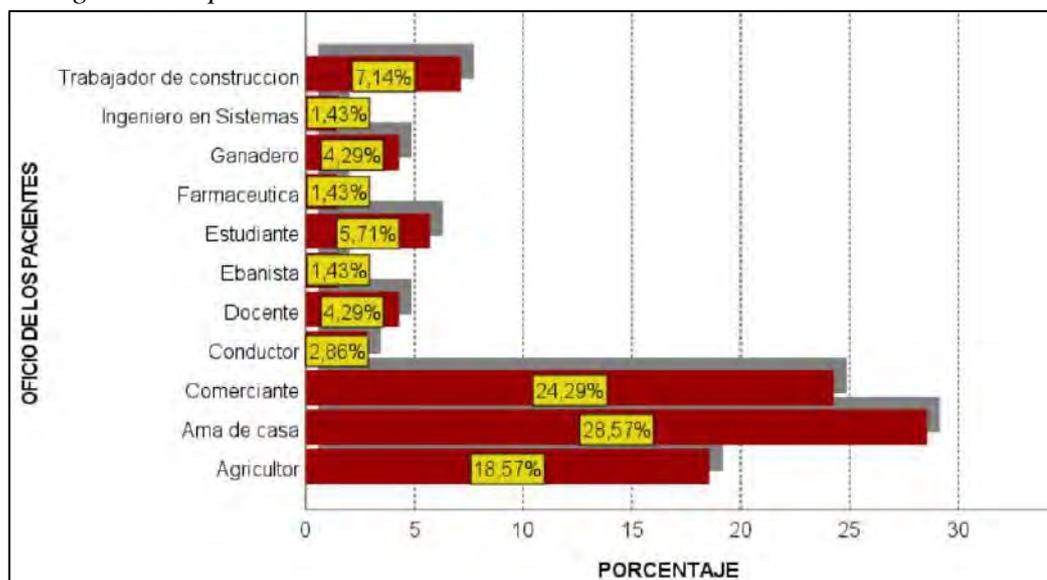
e) Oficio de los usuarios/pacientes:

Tabla 23. *Oficio de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro*

	Frecuencia	Porcentaje
Agricultor	13	18,57%
Ama de casa	20	28,57%
Comerciante	17	24,29%
Conductor	2	2,86%
Docente	3	4,29%
Ebanista	1	1,43%
Estudiante	4	5,71%
Farmacéutica	1	1,43%
Ganadero	3	4,29%
Ingeniero en Sistemas	1	1,43%
Trabajador de construcción	5	7,14%
Total	70	100,00%

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Figura 6. Oficio de los usuarios entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

De acuerdo con la tabla N°11 figura N°6 se detalla la información sobre el oficio con las que cuentan los usuarios o pacientes entrevistados en el presente trabajo de investigación, de las cuales se deduce que, el 28,57% de las mismas son amas de casa, seguido por el 24,29% que realizan trabajos de comercio, así mismo el 18,57% de los entrevistados son agricultores, mientras tanto el 7,14% realizan trabajos de construcción entre las más resaltantes o sobresalientes.

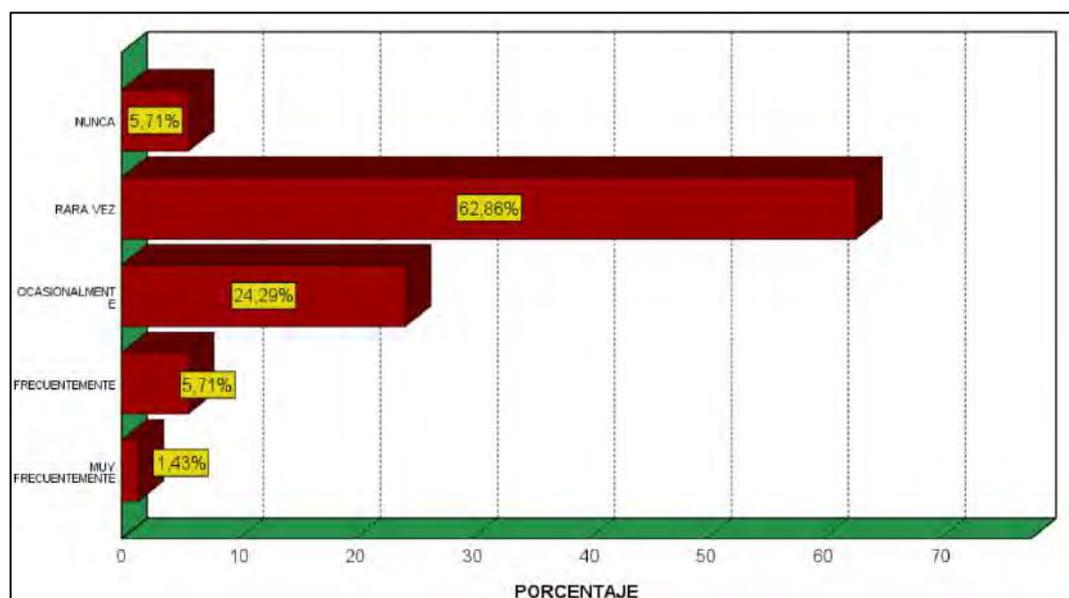
f) **Frecuencia de los usuarios que van a la posta/centro de salud.**

Tabla 24. Periodicidad de visita de los usuarios o pacientes al Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy frecuentemente	1	1,43%
Frecuentemente	4	5,71%
Ocasionalmente	17	24,29%
Rara Vez	44	62,86%
Nunca	4	5,71%
Total	70	100,00%

Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Figura 7. Periodicidad de visita de los usuarios o pacientes al Centro de Salud Santa Gema Galgani de la provincia de Paruro.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

La información en la tabla N°12 y figura N° 7 se refiere a la frecuencia con la que acuden al centro de salud ubicada en Paruro, es así que se puede observar que el 62,86% de los pacientes entrevistados acuden rara vez y el 24,29% de los usuarios acuden de forma ocasional, esto debido a una inadecuada atención por parte del personal de salud, también por falta de trabajadores y otros factores, entre ellos equipos médicos y por las condiciones del establecimiento medico agravando los problemas con los que ya cuentan cada uno de los pacientes identificados.

CAPITULO III:

VISIÓN DEL USUARIO ACERCA DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON PERTINENCIA CULTURAL EN EL CENTRO DE SALUD SANTA GEMA GALGANI EN LA PROVINCIA DE PARURO, PERIODO 2020.

Para la obtención y análisis de la información, se empleó la estadística descriptiva para cada uno de los indicadores planteados en la investigación. Se estimaron las proporciones de prevalencia de los indicadores dicótomos y sus respectivos intervalos al 95% de confianza. En esta sección se presentan los resultados del análisis de la magnitud y la significancia estadística en los diferentes indicadores sociales recopilados de las personas entrevistadas.

El objetivo general de la investigación fue describir la visión del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.

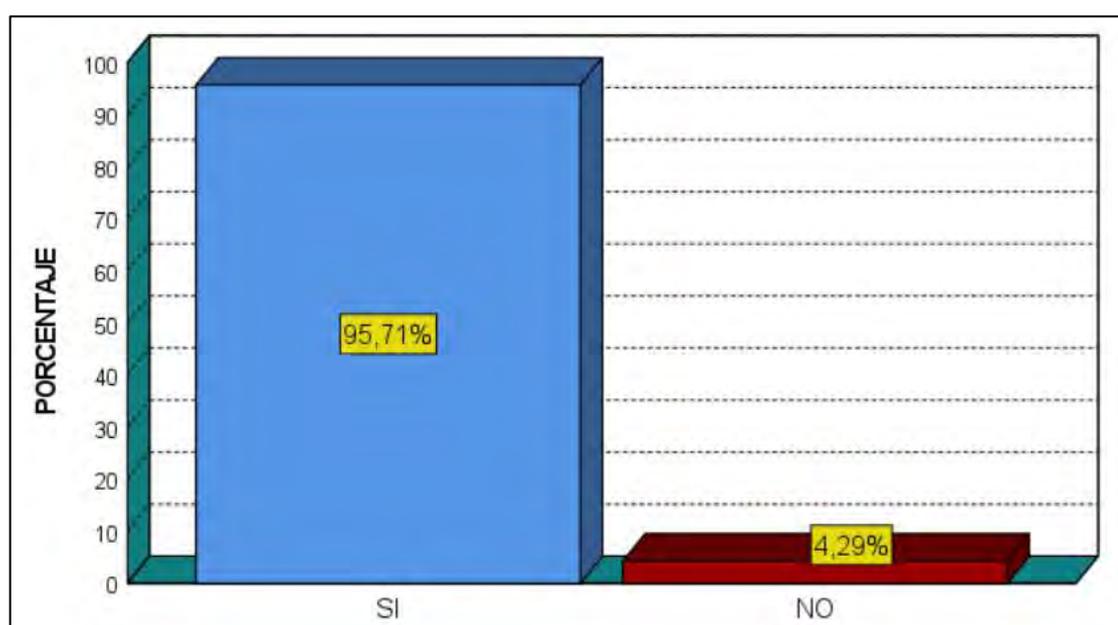
Se presenta a continuación los resultados:

3.1. Objetivo I: Percepción del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural libres de discriminación presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.

3.1.1. Discriminación - Lingüística

Figura 8. *Conversación abierta con los trabajadores del Centro de Salud*

Gráfico acerca de conversación abierta con los trabajadores del Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Descripción:

De acuerdo con la figura N° 8 se deduce lo siguiente: el 95,71% de los usuarios entrevistados refirieron que pueden platicar o conversar de forma abierta de sus problemas de salud y no tiene dificultad para comunicar su malestar, mientras que, solamente, el 4,29% de los pacientes indicaron todo lo contrario.

Interpretación:

Con relación a este indicador, el 4,29% personas comentaron que en algún momento fueron testigos de que algunos pacientes solo hablaban quechua y no fueron atendidos debidamente ya que los dejaron esperar más tiempo de lo debido y en algunos casos se comunicaron brevemente de forma cortante.

Los testimonios revelan que algunas personas que solo hablaban quechua fueron objeto de una atención deficiente en el centro de salud, experimentando prolongados tiempos de espera y una comunicación abrupta.

El relativismo cultural, como perspectiva teórica, sostiene la validez de todas las culturas, reconociendo que cada una posee sistemas de valores y creencias propios. En el ámbito de la atención médica, el relativismo cultural implica el reconocimiento y el respeto de las diferencias culturales, incluyendo las diferencias lingüísticas. No obstante, en este caso específico, la falta de una atención adecuada hacia los pacientes que solo hablaban quechua muestra una carencia de aplicación de este principio. Los profesionales de la salud podrían haber adoptado una actitud más receptiva y respetuosa hacia la diversidad lingüística, ofreciendo una atención equitativa y de calidad a todos los pacientes, independientemente del idioma que hablen.

Por otra parte, en relación con la tendencia de evaluar y juzgar otras culturas desde la perspectiva de la propia cultura, considerándola superior. En el caso en cuestión, la falta de atención adecuada hacia los pacientes que solo hablaban quechua puede estar relacionada con actitudes etnocéntricas. Los profesionales de la salud podrían haber demostrado una actitud de superioridad

hacia el español, intentando imponerlo como el único idioma válido en el contexto médico. Esto indica una falta de reconocimiento y valoración de la cultura y el idioma quechua, lo cual deriva en una atención discriminatoria y de inferior calidad para los pacientes que solo hablan quechua.

A continuación, se presenta el siguiente testimonio para evidenciar el problema derivado de la discriminación lingüística:

Testimonio 1:

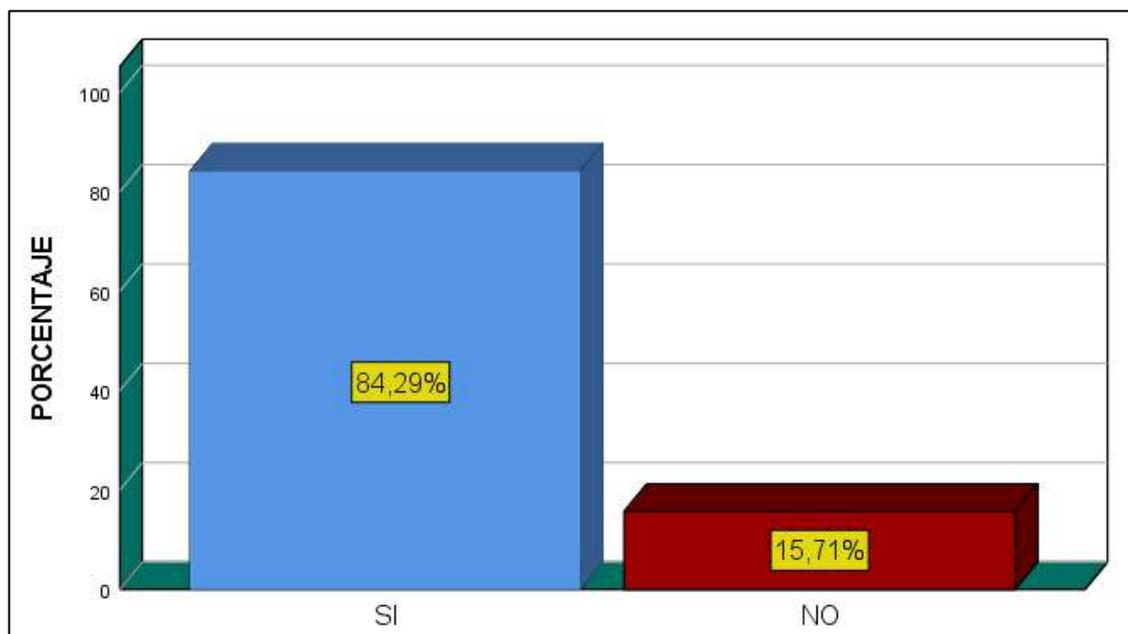
“Hay personas que vienen de otros lados que son más viejitos que hablan solo quechua y no les atienden bien, solo algunos hablan quechua y tienen paciencia, pero hay otros que son del Cusco o Arequipa que no les importa, apenas les atienden”.

(María E. Bardales, 45 años, Paruro)

3.1.2. Discriminación - Género

Figura 9. Bromas de mal gusto como formas de discriminación

Gráfico acerca de las bromas de mal gusto como forma de discriminación en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Descripción:

Se consultó a los pacientes si las bromas de mal gusto son una forma de discriminación, obteniéndose lo siguiente: el 84,29% de los pacientes refirieron que efectivamente si lo consideran como una forma de discriminación y el porcentaje restante; es decir, el 15,71% de los pacientes entrevistados, mencionaron que las bromas de mal gusto no lo consideran como una forma de discriminación.

Interpretación:

Este indicador refiere a un trato diferente con respecto al género por ser varón o mujer, en gran parte de los comentarios mencionan que hubo discriminación en casos de mujeres en mal estado de salud, aunque hubo diferentes opiniones, entre ellas se tiene la siguiente entrevista:

Testimonio 1:

“Con mi cuñada, cuando se sentía mal fui con mi hermano a llevarle al médico por el dolor de estómago que tuvo mientras estaba embarazada y minimizaron su situación, solo por no hacerle pruebas o revisarla bien la mandaron a casa y no le atendieron como debía ser y debido a ello en unos días falleció, hubo negligencia por parte del médico que la atendió y aunque mi hermano tomo cartas en el asunto se volvió un trámite largo y sin sentido porque hasta el día de hoy continua a pesar del tiempo que paso”.

(Uldarico Ttito Mosquipa, 31 Años, Paruro)

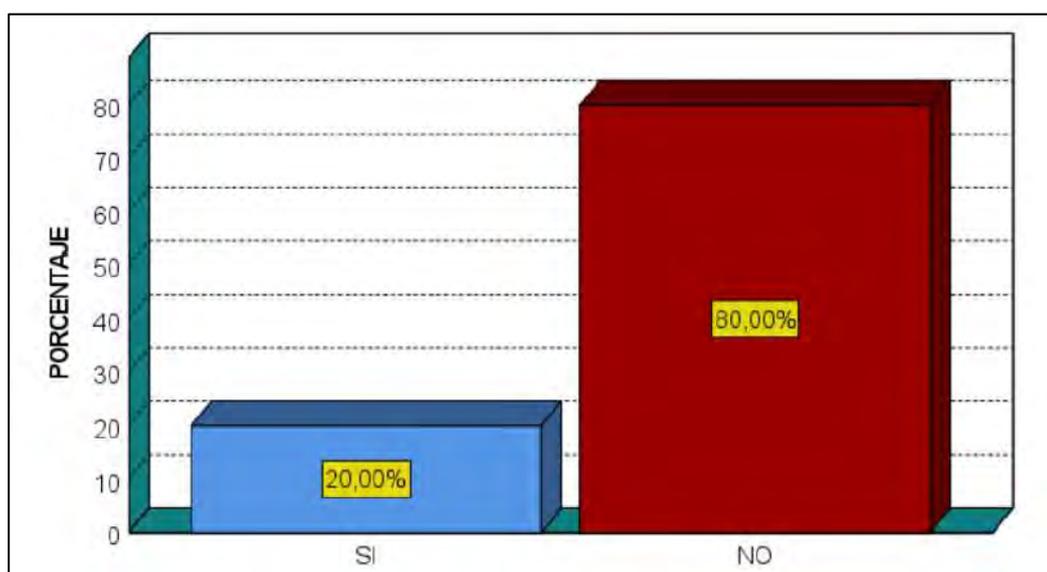
Sin embargo, cabe resaltar que con todas las opiniones que hubo entre los usuarios se pudo distinguir que, con relación a los otros tipos de discriminación, como es el de “orientación sexual y racial”, no hubo comentarios que indicaron una percepción negativa, con ello tampoco se encontró usuarios que hayan sufrido discriminación por parte del personal de salud en este aspecto.

Respecto al punto relacionado a la percepción de las bromas de mal gusto como forma de discriminación. Desde una perspectiva teórica se debe considerar que el relativismo cultural, propone que todas las culturas son igualmente válidas y posee un sistema de valores y creencias propios. En este estudio, la mayoría de los pacientes reconocieron las bromas de mal gusto como una forma de discriminación. Esta postura refleja una apreciación basada en este contexto al valorar la diversidad y reconocer el impacto negativo de las bromas inapropiadas en grupos específicos. Los individuos que adoptan esta perspectiva están demostrando una sensibilidad hacia la complejidad cultural y una disposición a respetar los límites culturales establecidos. Además, los comentarios de los pacientes se centran en la discriminación experimentada por las mujeres en mal estado de salud. Esto indica una falta de reconocimiento y adaptación a la diversidad de género en el ámbito de la atención médica. La percepción negativa de las bromas de mal gusto como forma de discriminación resalta la importancia de considerar y respetar las diferencias culturales, así como las necesidades particulares de cada grupo en la sociedad. Por su parte en relación con el etnocentrismo, no se mencionaron comentarios que indicaran una percepción negativa en relación con la discriminación por orientación sexual y racial. El reconocimiento y respeto hacia la diversidad cultural relacionada con la orientación sexual y racial refleja una apertura hacia la aceptación de otras culturas y una valoración de la igualdad y el respeto hacia todos los individuos, independientemente de su orientación sexual o raza.

3.1.3. Discriminación - Edad

Figura 10. *Actos de discriminación por el personal de salud*

Gráfico acerca de los actos de discriminación por parte del personal de salud del Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Descripción:

En lo que respecta los actos de discriminación por el personal de salud, 14 usuarios; es decir, el 20% de los pacientes entrevistados, fueron testigos de un maltrato hacia otros usuarios, mientras que el 80%, o 56 usuarios, manifiestan que no observaron actos de discriminación por parte del personal de salud.

Interpretación:

Las opiniones fueron diversas y, no más que la mayoría, mencionaron que, si hubo una mala atención y de cierta forma discriminación con personas mayores de edad y jóvenes adultos sobre todo en el caso de las mujeres que son las que más recurren por temas de salud propio o de sus hijos, el 20% fue testigo de una

mala atención que sufrieron algunos pacientes y el resto; es decir, el 80% de los usuarios indicaron que no recibieron mala atención por el personal médico.

El análisis de las opiniones divergentes en relación con la mala atención y discriminación experimentada por diferentes grupos de pacientes puede ser abordado de la siguiente forma: En este caso, se observa que algunos pacientes, específicamente mujeres y adultos mayores, han sido objeto de mala atención y discriminación en el contexto de la atención médica. Esto puede ser indicativo de actitudes etnocéntricas por parte del personal médico, quienes pueden estar influenciados por prejuicios culturales arraigados en su propia perspectiva, lo que resulta en un trato diferencial basado en criterios culturales.

Por otro lado, la coexistencia de múltiples culturas, valores, creencias y prácticas dentro de una sociedad es un elemento relevante en el análisis de estas situaciones. La presencia de mala atención y discriminación hacia ciertos grupos de pacientes, como las mujeres y los adultos mayores, refleja una falta de reconocimiento y adaptación a la complejidad cultural en este contexto. La falta de sensibilidad y respeto hacia las necesidades específicas de estos grupos puede ser una manifestación de la falta de comprensión y apreciación cultural por parte del personal médico.

En este contexto el trato recibido por algunos pacientes, en el ámbito de la atención médica. Resaltan la importancia de considerar las experiencias individuales en el contexto de la diversidad cultural y enfatizan la necesidad de fomentar una atención médica más sensible y respetuosa hacia todos los grupos de pacientes.

A continuación, se presenta testimonios respecto a esta pregunta:

Testimonio 1:

“Una vez vi que una abuelita estaba mal del estómago, le atendieron al final porque nadie la acompañaba y nadie podía reclamar por ella, pero le dejaron esperando largo rato y no le dieron prioridad a pesar de su edad”.

(Pablo Ramos Huillca, 48 años, Paruro)

Testimonio 2:

“Cuando van mujeres jóvenes con hijos, algunos son malos no tienen buen trato les tratan mal si están sucias o sus hijos se ven en mal estado o resfriados”

(Edén La Torre Conza, 48 Años, Paruro)

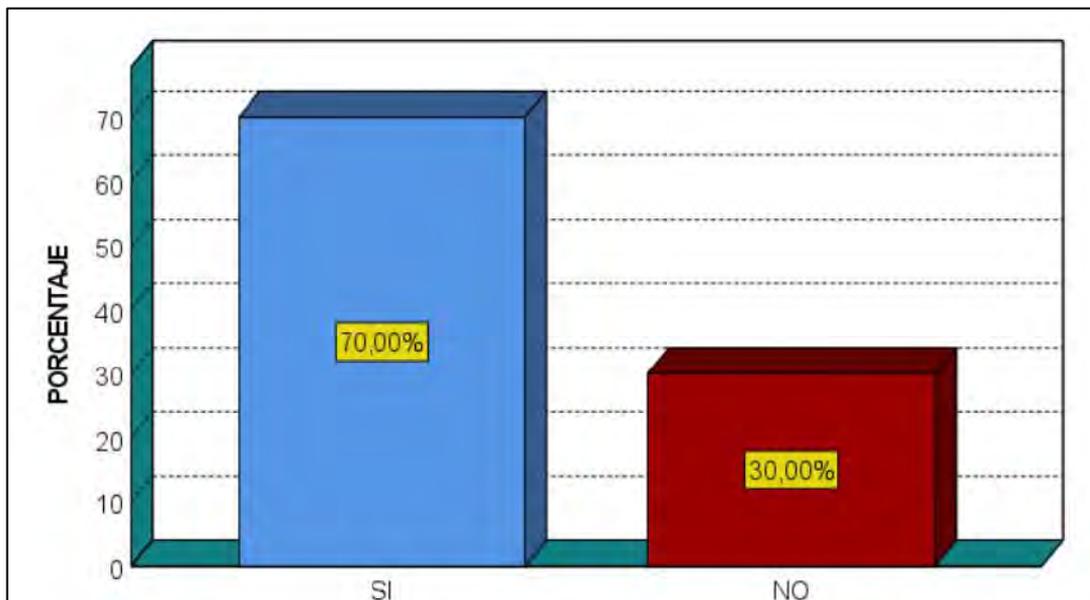
Testimonio 3:

“Hubo una ocasión en la lleve a mis abuelos a sus controles, fueron muy despectivos y poco interesados, no mostraron empatía y no tienen paciencia con las personas mayores de edad”

(Aneceto Llamocca Lima, 40 Años, Paruro)

Figura 11. *Atención inadecuada por parte del personal de la salud*

Gráfico acerca de la atención inadecuada por parte del personal de salud del Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: *Elaboración propia (SPSS V.27)*

Descripción:

Según la información mostrada en la figura N°11 respecto a la atención inadecuada ofrecida por el personal de la salud, el 70% de los pacientes entrevistados manifestaron que fueron atendidos de forma inadecuada y solo el 30% del total indico que recibieron una atención adecuada en el centro de salud de la provincia de Paruro.

Interpretación:

Los pacientes, en mayor porcentaje, opinaron que recibieron una mala atención del personal médico, lo cual se traduce a un trato indiferente hacia los pacientes, ahora bien, en menor proporción mencionaron que su atención fue normal o regular.

A continuación, se expone las opiniones de algunos de los usuarios:

Testimonio 1:

“Te tratan de ignorante, cuando lleve a mi hijita para su control me dijeron que no le estaba cuidando bien pensaban que no le daba de comer o que no le daba su leche a la hora, a veces sin saber o preguntar hablan mal”

(Bethy Quispe Callapiña, 31 años, Paruro)

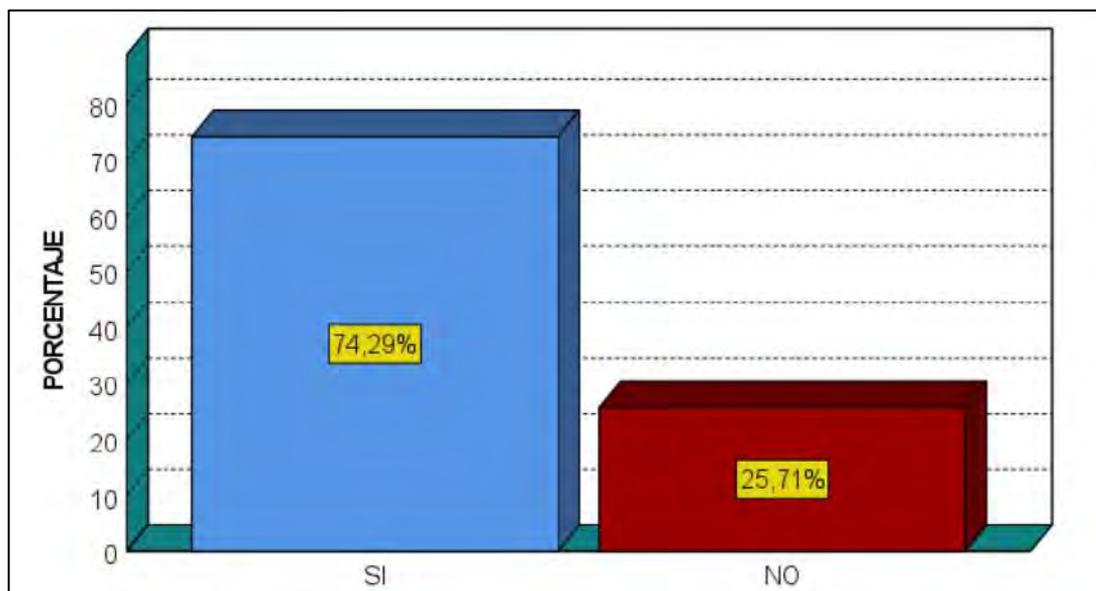
Testimonio 2:

“Tienen mala actitud, te atienden de mala gana aquella vez no me dejaron terminar de hablar, tampoco me revisaron bien y me mandaron a mi casa por no querer atenderme correctamente, con el covid-19 fue peor no recibían a nadie casi”

(Fortunata Cruz Zamora, 54 años, Paruro)

Figura 12. *Incomodidad de los pacientes en las instalaciones del Centro de Salud*

Gráfico acerca de la incomodidad de los pacientes en las instalaciones del Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Descripción:

De acuerdo con las entrevistas realizadas hacia los pacientes en el centro de salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, se determina lo siguiente: el 74,29% de los pacientes indicaron presentar incomodidad en las instalaciones del centro de salud, y solamente el 25,71% de los pacientes manifestaron no estar incomodo en el centro de salud.

Interpretación:

En esta pregunta con respecto a la incomodidad de usuario recurrente al establecimiento de salud; 52 usuarios el (74,29%) opinan contundentemente que en varias ocasiones se sintieron incómodos debido a la mala atención, implementación y relación entre el personal de salud y el usuario en el centro de salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro.

Otro aspecto importante que fue señalado es que cuando se presenta una emergencia, siendo esta por condiciones de salud delicada o grave, cada posta médica de los diferentes distritos son enviado al Centro de Salud Santa Gema Galgani de Paruro o directamente son referenciados al hospital de contingencia de la provincia de Cusco, dado que tanto las postas como centros médicos de la zona no cuentan con suficiente personal de salud, herramientas o equipos tecnológicos para realizar un examen adecuado al paciente, además de no contar con especialistas para el tratamiento de enfermedades específicas de cada paciente.

A continuación, se expone las opiniones de algunos de los usuarios:

Testimonio 1:

“Si cuando me enferme gravemente con neumonía, no me dijeron que tenía eso, pensaron q solo era tos y me mandaron a mi casa, después volví porque empeore y solamente un día me tuvieron ahí y tampoco me atendieron como se debe, me tuve q ir a mi casa y tratar de sanar solo”

(Victor Gillermo Cruces Pusari, 44 años, Paruro)

Testimonio 2:

“Si, es que la atención no es inmediata te hacen esperan mucho y no se en que se demoran porque no somos muchas personas las que asisten al hospital, hay mucho desinterés y te atienden a veces de mala gana”

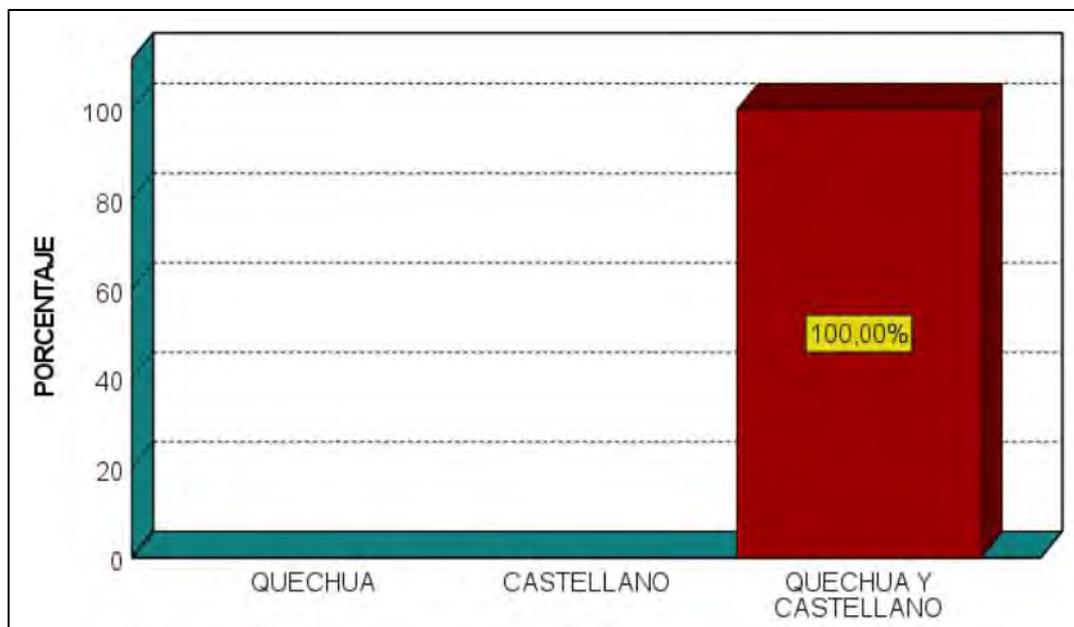
(Estefani Alca Saire, 21 años, Paruro)

3.2. Objetivo II: Percepción del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural relacionado a la comunicación bilingüe presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.

3.2.1. Comunicación Bilingüe – Nivel de conocimiento del quechua

Figura 13. *Lengua que practican los pacientes entrevistados*

Gráfico acerca de la lengua que practican los pacientes usuarios del Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Descripción:

En la figura N°13 se detalla información acerca de la lengua que hablan los pacientes entrevistados, concluyendo lo siguiente: el 100% o totalidad de los pacientes hablan cotidianamente los idiomas quechua y castellano.

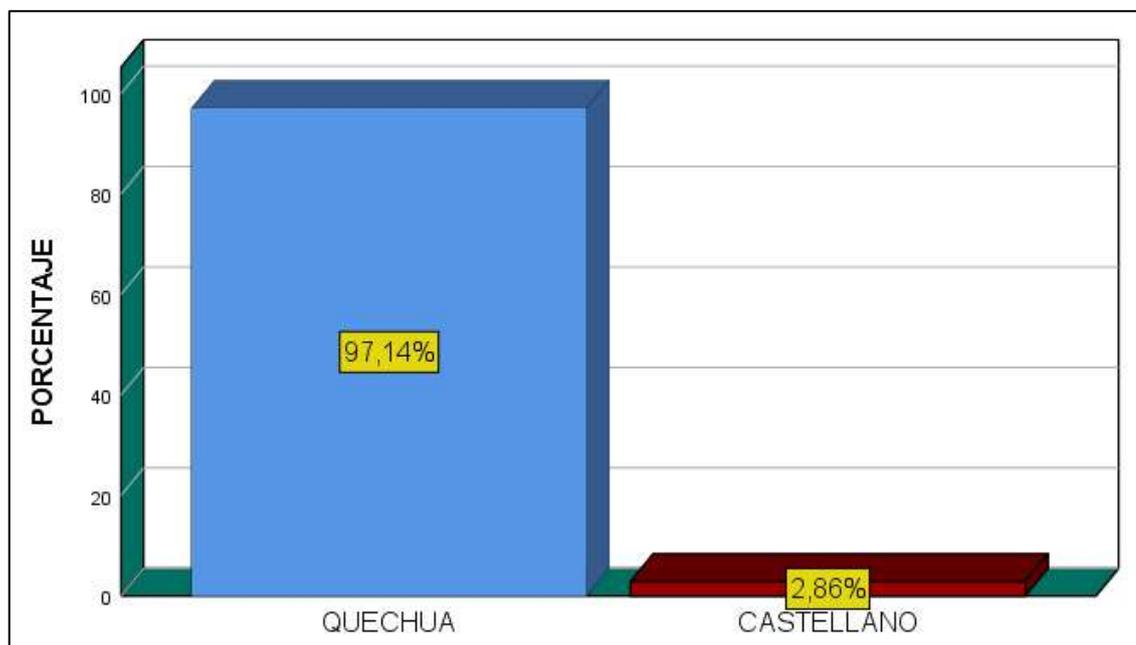
Interpretación:

En este caso los usuarios eligen la opción de hablar castellano o quechua dependiendo del contexto o situación; es decir, con personas cercanas, familiares o amigos la mayoría de las veces optan por hablar en quechua ya que este implica mayor confianza entre ellos, pero si se encuentran en la necesidad de recurrir a un establecimiento que brinde servicios públicos optan por hablar en castellano para que los puedan atender de forma rápida y sin dificultad.

El enfoque intercultural busca promover la comprensión y el respeto mutuo entre diferentes culturas, reconociendo y valorando la diversidad cultural presente en una sociedad. En este caso, la elección de la lengua utilizada por los usuarios refleja una estrategia de adaptación intercultural en función de las circunstancias. Cuando los usuarios se encuentran en un entorno íntimo, rodeados de personas cercanas como familiares o amigos, optan por utilizar el quechua. Esta elección puede estar motivada por una mayor sensación de confianza y familiaridad que existe en esos contextos. Al utilizar el quechua, se fortalece la conexión cultural y se fomenta una comunicación más auténtica y significativa entre los miembros del grupo. Sin embargo, al interactuar en un establecimiento que brinda servicios públicos, los usuarios optan por hablar en castellano. Esta elección puede estar influenciada por la necesidad de comunicarse de manera efectiva y eficiente con el personal del establecimiento. Al utilizar el castellano, que es el idioma predominante en el ámbito público, los usuarios buscan asegurarse de que su mensaje sea comprendido sin dificultades y que puedan recibir una atención rápida y adecuada.

Figura 14. Lengua Materna de los entrevistados

Gráfico acerca de la lengua materna de los pacientes entrevistados del Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Descripción:

Como se observa en la gráfica N° 14, el 97,14% de los pacientes entrevistados tienen como lengua materna el idioma quechua, mientras que el 2,86% restante tienen como lengua materna el castellano.

Interpretación:

Como se observó, casi la totalidad de los pacientes tienen como lengua materna el idioma quechua, sin embargo, debido a la urgencia que implica recibir atención, en este caso, en los centros de salud priorizan hablar en castellano puesto que se ven obligados por la necesidad de lograr ser atendidos de forma correcta, o simplemente por el hecho de que no tengan inconvenientes o dificultad de entendimiento mientras son atendidos.

Las competencias comunicativas se refieren a las habilidades y conocimientos necesarios para interactuar de manera efectiva en diversos contextos comunicativos. Estas competencias incluyen la capacidad de seleccionar y utilizar el código lingüístico y las estrategias adecuadas para transmitir y recibir mensajes de forma clara y comprensible.

En el caso de los pacientes que hablan quechua, la prioridad es recibir atención médica urgente, lo que implica la necesidad de establecer una comunicación efectiva con el personal de salud. Aunque el quechua es su lengua materna, optan por utilizar el castellano en los centros de salud debido a la urgencia y la importancia de recibir una atención adecuada. Esta elección se fundamenta en la competencia comunicativa de adaptación y selección del código lingüístico, que implica utilizar el idioma más ampliamente entendido y utilizado en ese contexto específico.

Figura 15. Lengua que usan para hablar en el centro de salud

Gráfico acerca de la lengua que usan los pacientes para hablar en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Descripción:

Como se observa en el gráfico, el 74,29% usan el idioma castellano para relacionarse con los demás, mientras tanto el 25,71% hablan el idioma quechua y castellano para comunicarse con resto de personas.

Interpretación:

Como se aprecia, más de la mitad de los pacientes emplean el castellano, puesto que están coaccionados a usar este idioma para obtener una buena atención en el centro de salud, y esto es debido a que no todo el personal de salud maneja adecuadamente el idioma quechua.

La elección de hablar en castellano también puede estar influenciada por el deseo de evitar dificultades de comprensión o malentendidos durante la interacción médica. El castellano es el idioma predominante en los centros de salud y el personal médico generalmente está más familiarizado con esta lengua. Al optar por comunicarse en castellano, los pacientes buscan garantizar una comunicación fluida y sin barreras, lo que contribuye a una atención médica más efectiva. La decisión de los pacientes que hablan quechua de comunicarse en castellano en los centros de salud se relaciona con las competencias comunicativas de adaptación y selección del código lingüístico. Esta elección está motivada por la urgencia de recibir atención médica y la necesidad de asegurar una comunicación efectiva y comprensible con el personal de salud.

A continuación, se presentan los siguientes testimonios que abalan lo mencionado:

Testimonio 1:

“Depende de quién me atienda, hay algunos que entienden el quechua y otros que no, como algunas enfermeras”

(Rosalio Saire Blanco, 39 Años, Huanoquite – Paruro).

Testimonio 2:

“Me gusta hablar ambos, pero para que me entiendan creo que es mejor el castellano”

(Felicitas Quispe Apaza, 32 Años, Rondocan – Paruro)

Testimonio 3:

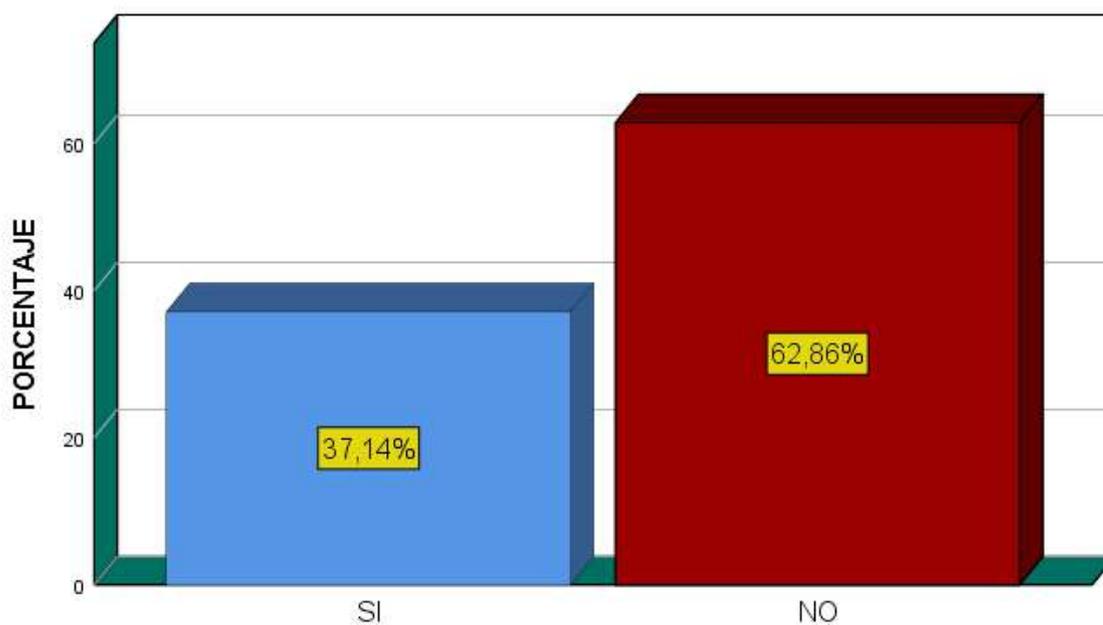
“Es que los trabajadores no son de aquí, algunos son de otros lados como de Arequipa, Puno o Cusco y la mayoría no sabe hablar quechua, solo algunos entienden, pero tampoco hablan”

(Maria Duran Aldea, 65 Años, Paruro)

3.2.2. Comunicación Bilingüe – Comunicación Visual

Figura 16. Existencia de símbolos, carteles, láminas o cartillas en quechua

Gráfico acerca de la existencia de símbolos, carteles, láminas o cartillas en quechua en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Descripción:

De acuerdo con la figura N°16 se deduce lo siguiente: el 62,86% de los entrevistados indican que no existen carteles, láminas o cartillas en el idioma quechua, mientras tanto el 37,14% de los mismos indicaron que si existen materiales de información en el idioma quechua en las instalaciones del centro de salud.

Interpretación:

Se observa que más de la mitad de los entrevistados mencionaron que no existe carteles, láminas o cartillas en el idioma quechua, debido a que, la gran mayoría de los pacientes no logran comprenderlos por culpa de la mala traducción de estos.

Las señalizaciones identificativas (función del ambiente) del establecimiento, como se observa en las imágenes del anexo, cuenta con la debida señalización, sin embargo, estos no tienen una debida traducción en quechua ya que los indicativos como, hospitalización y pediatría, así como los distintos nombres de los ambientes o áreas, están en castellano y con su respectivo símbolo.

Por otro lado, las señalizaciones indicativas (orientación al usuario), fue entendible para la mayoría de entrevistados debido a los colores y símbolos, sin embargo, no poseían tampoco una correcta traducción al quechua.

La ausencia de carteles, láminas o cartillas en quechua, así como las deficiencias en la traducción de las señalizaciones identificativas y orientativas en los establecimientos de salud, pueden ser analizadas a la luz de las competencias comunicativas.

Las competencias comunicativas se refieren a las habilidades y conocimientos necesarios para una comunicación efectiva en diversos contextos. En este caso, la falta de material traducido al quechua revela una deficiencia en la competencia comunicativa de producción y recepción de mensajes en múltiples lenguas.

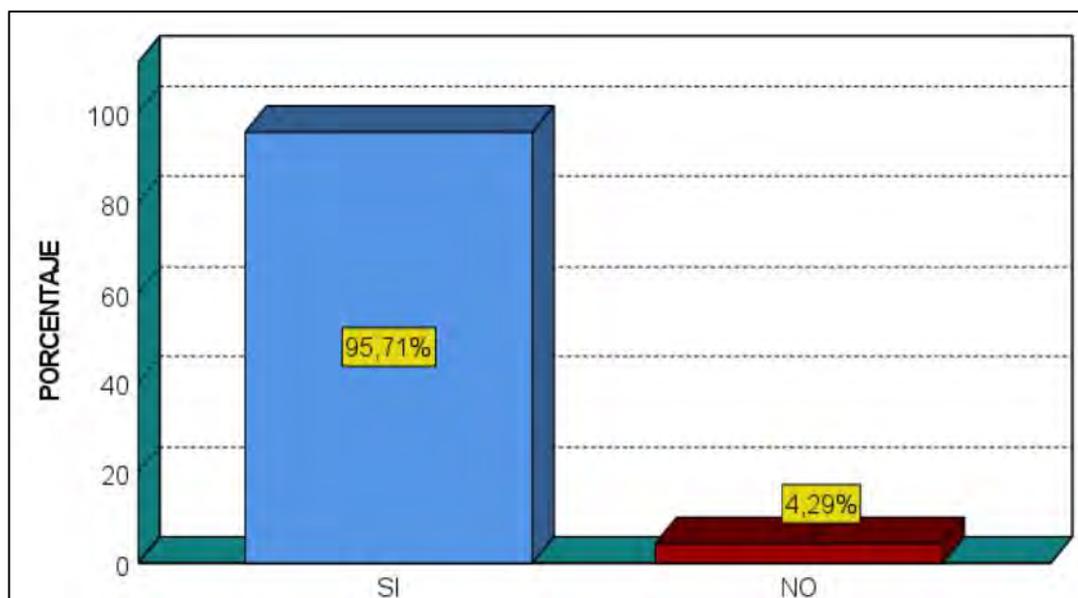
Los participantes de la entrevista señalaron que la mala traducción de los carteles en quechua dificulta la comprensión por parte de los pacientes. Esto indica una carencia en la competencia comunicativa de traducción y adaptación de mensajes, la cual implica la capacidad de transmitir información de manera precisa y comprensible en diferentes idiomas. La falta de una traducción adecuada puede generar confusión y obstaculizar la comunicación efectiva entre los pacientes que hablan quechua y el personal de salud.

En relación con las señalizaciones identificativas que carecen de traducción al quechua, se evidencia una falta de competencia comunicativa en términos de adaptación cultural y lingüística. Estas señalizaciones desempeñan un papel fundamental al permitir que los pacientes identifiquen y localicen las diferentes áreas y servicios en el establecimiento de salud. Al no contar con una traducción en quechua, se limita el acceso a la información y se dificulta la orientación de los pacientes que hablan este idioma.

3.2.3. Comunicación Bilingüe – Comunicación Escrita

Figura 17. Entendimiento de las láminas o cartillas de información

Gráfico acerca del entendimiento de láminas o cartillas en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Descripción:

El 95,71% de los pacientes entrevistados refirieron que, si logran entender las láminas o cartillas de información existentes, por otro lado, el porcentaje restante el 4,29% de los entrevistados indicaron que no logran entender la información ofrecida por las láminas o cartillas.

Interpretación:

Respecto a este indicador, se observa que casi la totalidad de los entrevistados si logran entender las láminas o cartillas, y se observó, en cuanto a dichos carteles, que la información de varias áreas, como pediatría y planificación familiar de vacunas para niños, en la entrada de la puerta sobre los derechos y deberes de los usuarios, también, información sobre el protocolo que se debe

seguir en cuanto al Covid-19 y una guía de elementos para tener una mochila de emergencia, siendo toda esta información importante y valiosa para los usuarios o pacientes, ninguna de ellas tenía traducción en la lengua quechua.

La falta de traducción al quechua de las láminas, cartillas y carteles informativos presentes en los establecimientos de salud, los cuales contienen información relevante para los usuarios o pacientes, revela una carencia en las competencias comunicativas relacionadas con la adaptación y selección del código lingüístico, así como con la adaptación cultural y lingüística.

La competencia comunicativa de adaptación y selección del código lingüístico implica la habilidad de utilizar el idioma más apropiado y comprensible para el público objetivo. En este caso, la falta de traducción al quechua limita el acceso a información esencial para los pacientes que hablan este idioma, dificultando su comprensión de derechos, deberes, protocolos de seguridad y otras instrucciones relevantes.

Además, se observa una deficiencia en la competencia comunicativa de adaptación cultural y lingüística. Al no contar con traducciones al quechua, se pierde la oportunidad de reconocer y valorar la diversidad cultural y lingüística de los pacientes. La adaptación cultural implica la capacidad de comprender y responder a las necesidades y características culturales de los usuarios, incluyendo el uso de su lengua materna o preferida.

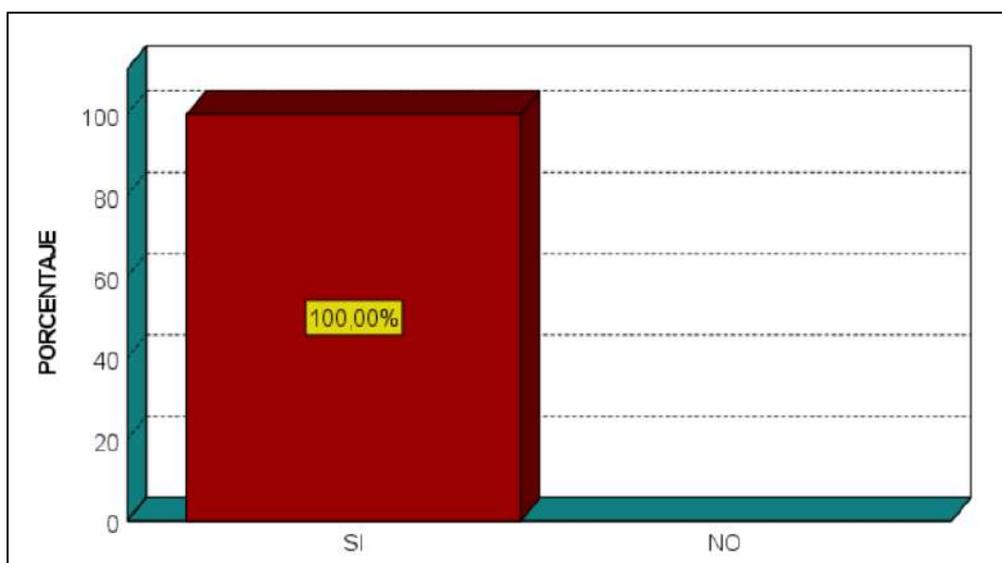
En consecuencia, la falta de traducción al quechua de las láminas, cartillas y carteles informativos en los establecimientos de salud subraya la necesidad de fortalecer las competencias comunicativas relacionadas con la adaptación y selección del código lingüístico, así como con la adaptación cultural. Esto

permitiría asegurar una comunicación más efectiva, inclusiva y accesible para los pacientes que hablan quechua, mejorando su experiencia y comprensión de la información crucial relacionada con su atención médica y sus derechos como usuarios.

3.2.4. Comunicación Bilingüe – Comunicación Verbal

Figura 18. *Importancia del dominio del idioma quechua por el personal de la salud*

Gráfico acerca de la importancia del dominio del idioma quechua por el personal de la salud en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: *Elaboración propia (SPSS V.27)*

Descripción:

De acuerdo con la gráfica N°18, la totalidad de los pacientes entrevistados manifestaron que están de acuerdo que todos los profesionales de la salud deben de dominar el idioma quechua, para de esa forma la conversación entre profesional de la salud y paciente sea fluida y entendible.

Interpretación:

En el caso de los usuarios/pacientes el nivel de conocimiento quechua en cuanto al habla y comprensión es alto, así como en la escritura, debido a ello, los usuarios opinan que es importante que el personal de salud hable en quechua y los 70 entrevistados respondieron positivamente ya que esto facilitaría una mejor comunicación y así, también no se perdería su identidad cultural.

El alto nivel de dominio del idioma quechua en cuanto a expresión oral, comprensión y escritura por parte de los usuarios/pacientes, y su opinión favorable respecto a la importancia de que el personal de salud pueda comunicarse en quechua, se vincula estrechamente con el concepto de interculturalidad.

La interculturalidad se refiere al reconocimiento, valoración y promoción de la diversidad cultural y lingüística, así como a la equidad de derechos y oportunidades entre diferentes grupos culturales. En el ámbito de la atención médica, la interculturalidad implica el respeto y la valoración de la identidad cultural de los pacientes, incluyendo el reconocimiento de su lengua materna.

La disponibilidad de personal de salud capacitado para comunicarse en quechua ejemplifica una práctica concreta de interculturalidad. Al proporcionar atención médica en el idioma quechua, se facilita una comunicación más efectiva entre el personal de salud y los usuarios/pacientes, lo cual fortalece la relación de confianza y el entendimiento mutuo. Esto contribuye a una atención médica más eficiente y centrada en el paciente, que toma en cuenta su identidad cultural y respeta su derecho a recibir atención en su lengua materna.

Adicionalmente, al brindar atención médica en quechua, se evita la pérdida de la identidad cultural de los usuarios/pacientes y se previene su alienación o exclusión debido a barreras lingüísticas. Esto promueve la inclusión y el respeto hacia la diversidad cultural, creando un entorno de atención médica más acogedor y culturalmente sensible.

A continuación, se tiene los siguientes testimonios:

Testimonio 1

“Si porque muchas veces pasa que no les entiendo, hablan muy rápido y la receta no se entiende entonces no sé cómo tomar las pastillas a qué hora me toca, no puedo ir sola y tengo que ir siempre con mi hijo para que me atiendan y él pueda preguntar en vez de mi porque no me entienden o no me escuchan”

(María Duran Aldea, 65 años, Paruro).

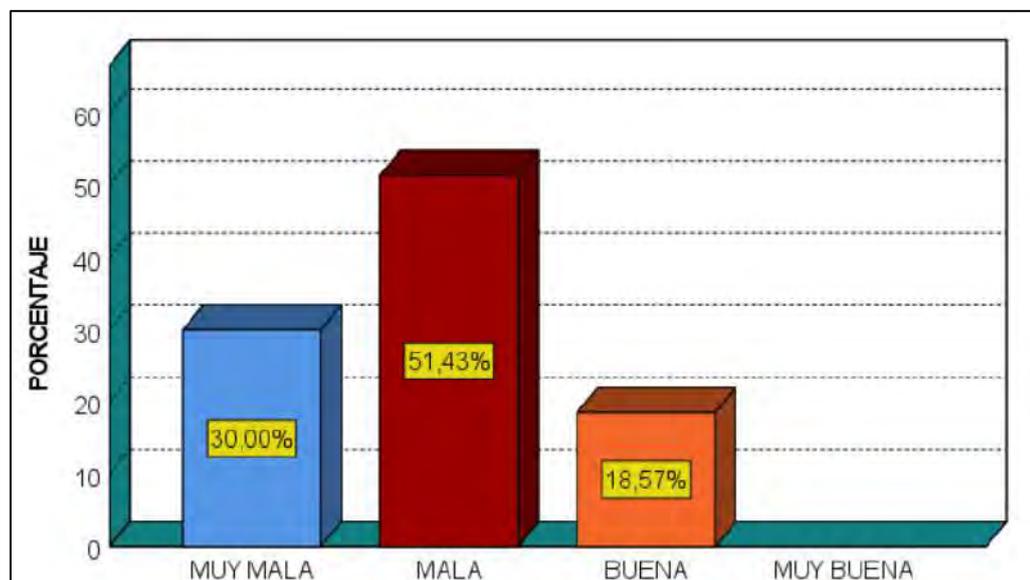
Testimonio 2

“Si porque hay personas que solo hablan quechua, sobre todo los que vienen de comunidades, hubo veces que les hable en quechua solo para ver si me entendían y no lo hacen antes había algunas enfermeras que entendían, pero ahora nadie, con los cambios que hubo después de la pandemia el personal de ahora es más dejado no te atienden de bien”

(Hilaria Anchaya Challhua, 25 años, Huanuquiti).

Figura 19. *Calificación de la atención del Personal de Salud*

Gráfico acerca de la calificación de la atención del personal de salud del Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: *Elaboración propia (SPSS V.27)*

Descripción:

En cuanto se refiere a la calificación de atención del personal de salud de la provincia de la salud se determina que, el 51,43% de los pacientes indicaron que la atención general de los profesionales de la salud es mala, seguido por el 30% que indican que la atención se desarrolló de forma muy mala, mientras tanto el 18,57% de los pacientes manifestaron que la atención es buena. Por otro lado, ningún paciente manifestó que exista una muy buena atención del personal de salud.

Interpretación:

Esto sugiere que, de acuerdo con la percepción de los pacientes, la atención es regular, muchas veces puede variar por el cambio de personal de trabajo, la facilidad de comunicación y la atención médica, en lo que concierne a la gestión de este periodo sobre los servicios de salud la atención medica no es la mejor ya que los usuarios afirman que hubo gestiones y cambios anteriores que fueron mejores con relación a la atención esperada de los trabajadores de salud.

En este contexto, la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica puede estar influenciada por la falta de adaptación cultural y comunicativa por parte del personal de salud. Los cambios frecuentes en el personal pueden generar discontinuidad en la atención y dificultades para establecer una relación de confianza con los pacientes. Estos factores pueden afectar negativamente la percepción de la calidad de la atención y generar insatisfacción.

Además, la facilidad de comunicación desempeña un papel fundamental en la calidad de la atención médica. Si los pacientes encuentran barreras en la comunicación con el personal de salud debido a diferencias lingüísticas o culturales, esto puede afectar su comprensión de la información médica, su participación en la toma de decisiones y su satisfacción general con la atención recibida.

En el marco de la interculturalidad, es crucial que los servicios de salud promuevan la sensibilización y capacitación del personal en la atención a la diversidad cultural. Esto implica fomentar una comunicación efectiva, adaptar los

servicios a las necesidades de los diferentes grupos culturales y establecer mecanismos para asegurar la continuidad de la atención médica.

A continuación, se tiene los siguientes testimonios:

Testimonio 1

“Mas o menos, su atención esta entre buena y mala porque si hablamos de la comunicación en quechua es mala, pero al menos logran atender a todos y recetar los medicamentos, pero si es necesario que mejoren o que cambien de personal, también depende del alcalde a quienes mete a trabajar ahí”

(León Alfaro Huayllani, 40 años, Paruro).

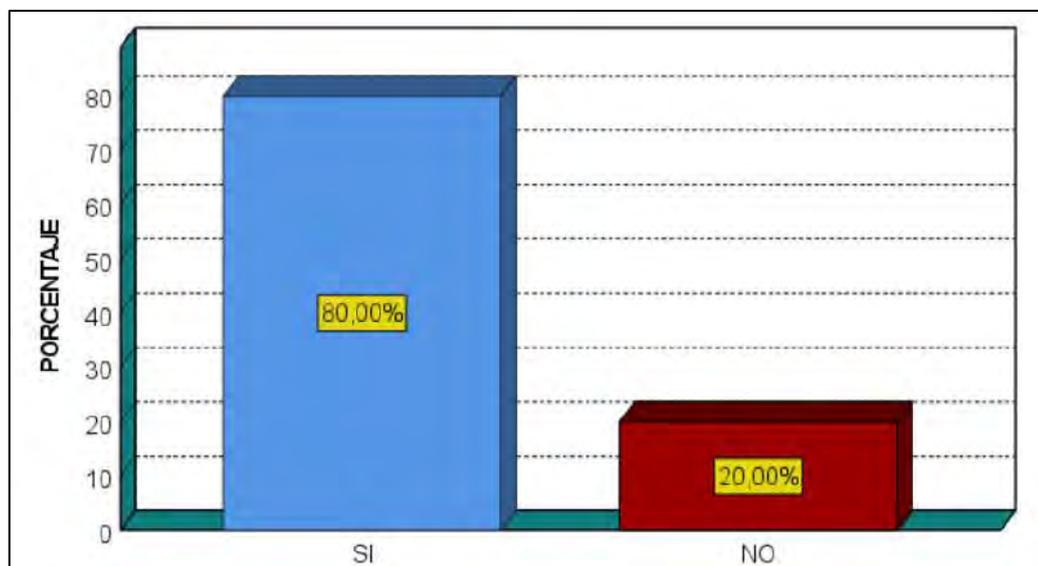
Testimonio 2

“Creo que buena, pero tienen que hacer cambios, hay algunos que están ahí por gusto como algunas enfermeras y no trabajan como deben, debería haber más médicos, la gente necesita mejor atención, no podemos estar yendo hasta Cusco por cosas graves, ellos deberían atendernos siempre”

(Rina Salas Quispe, 35 años, Paruro).

Figura 20. Existencia de razones para la inasistencia al Centro de Salud de Paruro

Gráfico acerca de la existencia de razones para la inasistencia al Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: Elaboración propia (SPSS V.27)

Descripción:

De acuerdo con la gráfica N°20, el 80% de los pacientes entrevistados menciono que se si hay razones para no asistir al centro de salud, en tanto que, el 20% indicó que no existe razones para no asistir al establecimiento de salud.

Interpretación:

El 80% de los pacientes o usuarios entrevistados refirieron que existen múltiples factores negativos que desencadenan para no acudir al centro de salud provocando que los usuarios prefieran automedicarse, curarse de forma tradicional o ser referidos a la provincia de Cusco para poder ser atendidos de forma adecuada.

Frente a ello se cuenta con las experiencias de los entrevistados, tal como se detalla en las siguientes líneas:

Testimonio 1

“Prefiero curarme sola y usar yerbas, cuando es más fuerte voy a comprar pastillas a la farmacia de a lado, además señorita sé que casi lo mismo me van a recetar si voy al doctor”

(Justina Puma Kquilloya, 52 años, Paruro).

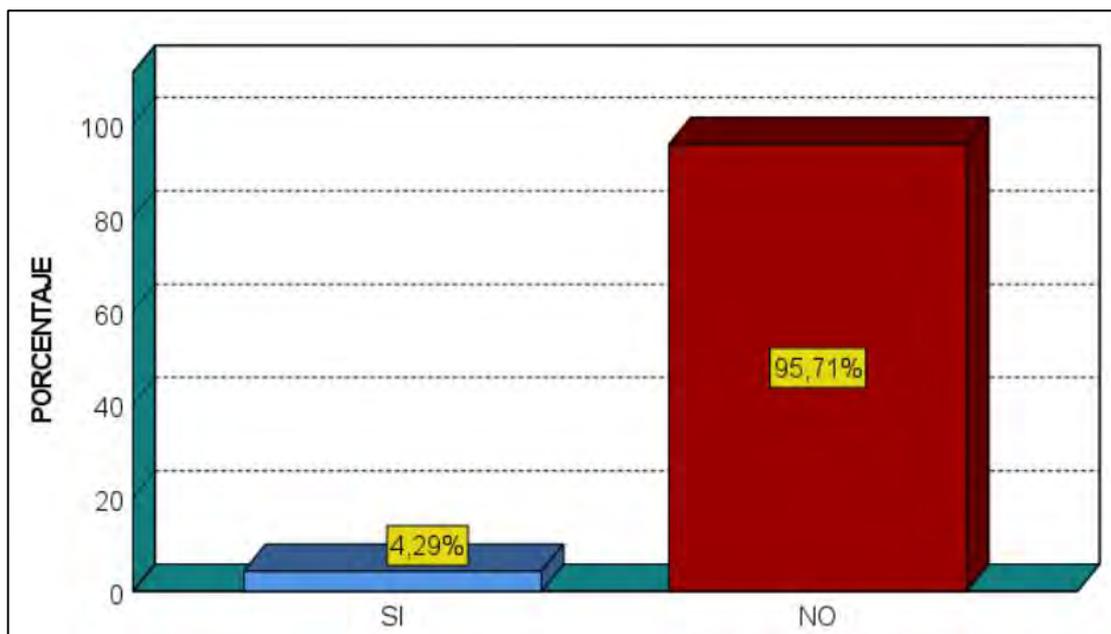
Testimonio 2

“No hay especialistas, tampoco muchos trabajadores de salud y te hacen esperar demasiado. Cuando voy con mi hijito para sus controles casi todo el día me quedo ahí para que me puedan atender son muy lentos a pesar de que no hay casi pacientes”.

(Susana Aguirre Cáceres, 27 años, Paruro).

Figura 21. *Presentación de quejas o denuncias sobre la atención de los Profesionales de la Salud*

Gráfico acerca de la presentación de quejas o denuncias sobre la atención de los profesionales de salud en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.



Fuente: *Elaboración propia (SPSS V.27)*

Descripción:

De acuerdo con la gráfica N°21 se concluye lo siguiente: el 95,71% de los pacientes indicaron que, a pesar de la mala atención que ofrecen los profesionales de la salud, no presentaron alguna queja o denuncia, mientras tanto el 4,29% de los pacientes si lograron interponer alguna queja o denuncia respectiva en contra de la mala atención de los profesionales de la salud de la localidad en estudio.

Interpretación:

Este resultado refleja el mal manejo del Centro de Salud Santa Gema Galgani, y esto se debe a los diferentes factores que se puso en conocimiento en la investigación, tales como, la falta de comprensión del idioma quechua para una correcta atención de los pacientes, la discriminación y hasta casos de negligencia de parte del personal de salud, así como también, la mala traducción al idioma quechua de las señaléticas y símbolos.

Las quejas o denuncias relacionadas con la atención de los profesionales de la salud en el Centro de Salud Santa Gema Galgani, que involucran la falta de comprensión del idioma quechua para una atención adecuada, discriminación, casos de negligencia y una mala traducción al idioma quechua de las señaléticas y símbolos, pueden ser analizadas desde la perspectiva de la interculturalidad.

En el caso mencionado, la falta de competencia lingüística del personal de salud en el idioma quechua puede resultar en una comunicación deficiente, lo que dificulta la adecuada atención de los pacientes que hablan este idioma. Esta barrera lingüística puede conducir a una atención de baja calidad y a la insatisfacción de los usuarios, lo cual se manifiesta en las quejas y denuncias presentadas.

Además, la discriminación y los casos de negligencia por parte del personal de salud son manifestaciones de falta de sensibilidad y respeto hacia la diversidad cultural. La interculturalidad implica garantizar una atención equitativa y libre de discriminación, donde todos los pacientes sean tratados con dignidad y respeto, independientemente de su origen cultural o idioma.

Por otro lado, la mala traducción al idioma quechua de las señaléticas y símbolos puede generar confusión e incomodidad para los pacientes que hablan este idioma, dificultando su acceso a la información y servicios de salud. Esto subraya la importancia de una adecuada adaptación cultural y lingüística de los espacios de atención médica, como parte integral de un enfoque intercultural.

Respecto a la pregunta sobre las quejas por parte de los entrevistados, a pesar de los factores negativos que se resaltó, pocos fueron los usuarios que presentaron quejas formales:

Testimonio 1:

“Presidente de la comunidad de Anansaya: Si lo hice con la Red de Salud Cusco porque no puede ser posible que atiendan de esa forma, no tenemos médico, así como se va a cuidar la población”.

(Héctor Atau Laurente, 41 Años, Rondocan – Paruro).

Testimonio 2:

“Si con mi hermano nos encargamos de eso debido a la negligencia que hubo con mi cuñada, encima durante su embarazo, si no fuera por eso por lo que paso tal vez ella y su bebe no hubieran fallecido”.

(Uldarico Ttito Mosquipa, 31 Años, Paruro).

Y algunos de ellos mencionan que, aunque no presentaron una queja escrita lo hicieron de forma verbal, siendo las razones lo siguiente:

Testimonio 1:

“No, porque fomenta o crea enemistad entre la población y los trabajadores de salud, entre todos nos conocemos y no podemos hacer eso.

(Olga estrada salas, 39 años, Rondocan – Paruro).

Testimonio 2:

“No, pero muchas veces me moleste y queje con las enfermeras porque les falta amabilidad o empatía con las personas que asistimos al hospital”

(Felicitas Sapacay Zevallos, 50 años, Incacuna – Paruro).

Testimonio 3:

“Ellos mismos se quejan de la condición en la que tienen que atender, debido a que no hay medicamentos y no hay muchos trabajadores”.

(Fanny Núñez olmeda, 40 años, Rondocan – Paruro).

CONCLUSIONES

- 1) Respecto a la visión del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020. En primer lugar, se identificaron casos de discriminación lingüística, lo que implica que los usuarios que hablan un idioma distinto al castellano enfrentan barreras en la comunicación con el personal médico. Esto tiene un impacto directo en la calidad de la atención médica, ya que dificulta la comprensión de los síntomas, el diagnóstico y las instrucciones para el tratamiento. Esta falta de comunicación efectiva puede generar frustración y desconfianza en los usuarios. En segundo lugar, se observó una discriminación de género en la atención médica. Los usuarios percibieron un trato diferenciado hacia las mujeres, lo que sugiere una falta de atención óptima hacia este grupo. Esta situación puede manifestarse en la falta de escucha activa, una menor consideración de las preocupaciones y necesidades específicas de las mujeres, así como una posible subestimación de sus síntomas o dolencias. Además, se constató que la percepción de los usuarios está influenciada por el idioma hablado del médico hacia el paciente. Dado que la atención médica suele ser urgente y prioritaria, se prioriza el uso del castellano como lengua franca en lugar de utilizar un enfoque de comunicación bilingüe. Esta práctica limita la capacidad de los usuarios para expresar adecuadamente sus síntomas y dificulta la comprensión mutua entre el médico y el paciente, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos o a una falta de seguimiento adecuado.

2) La percepción de los usuarios sobre los servicios de salud con pertinencia cultural y libres de discriminación en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro durante el año 2020 revela la existencia significativa de casos de discriminación en el ámbito de la atención médica. Los testimonios recopilados durante la investigación resaltan la importancia de abordar y solucionar estas problemáticas. En relación con la discriminación lingüística, se identificaron situaciones en las que los usuarios que solo hablaban quechua no recibieron la atención adecuada y se les hizo esperar más de lo necesario. Esto indica una falta de consideración hacia aquellos que tienen dificultades para comunicarse en español, lo cual puede afectar negativamente la calidad de la atención médica y generar sentimientos de exclusión y desigualdad. En cuanto a la discriminación por género, se encontró que en algunos casos las mujeres recibieron un trato diferente en comparación con los hombres, especialmente cuando se encontraban en un estado de salud delicado. Estas disparidades en el trato pueden manifestarse en una falta de escucha activa, una menor consideración de las preocupaciones y necesidades específicas de las mujeres, así como en una posible subestimación de sus síntomas o dolencias. Es fundamental abordar estas desigualdades de género para garantizar una atención médica equitativa y libre de discriminación. En relación a la discriminación por edad, se evidenció que el personal de salud no atendía de la mejor manera a las personas de tercera edad, así como a los jóvenes. Esta falta de atención óptima hacia estos grupos de edad puede generar sentimientos de exclusión y desatención, afectando negativamente su acceso a servicios de salud adecuados. Es importante promover una atención médica inclusiva y sensible a las necesidades de todas las edades.

Es alentador destacar que, en cuanto a la discriminación por orientación sexual y racial, no se encontraron comentarios negativos por parte de los usuarios, y no se reportaron casos de discriminación en este sentido. Sin embargo, es fundamental mantener una vigilancia constante y asegurar que todos los usuarios reciban una atención médica libre de prejuicios y discriminación, independientemente de su orientación sexual o raza.

- 3) Finalmente, la percepción de los usuarios sobre los servicios de salud con pertinencia cultural relacionados a la comunicación bilingüe en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro durante el año 2020 revela una serie de desafíos y necesidades en este aspecto. La influencia del idioma que hablan el médico y el paciente se destaca como un factor determinante en la percepción de los usuarios. En la mayoría de los casos, los profesionales de la salud hablan castellano, mientras que algunos pacientes comprenden mejor el quechua, su lengua materna. Además, se observa que la mayoría de los pacientes tienen habilidades tanto en quechua como en castellano. Sin embargo, debido a la urgencia de recibir atención médica, se prioriza el uso del castellano en los centros de salud. Esta situación dificulta la comunicación efectiva entre el médico y el paciente, lo que puede afectar la calidad de la atención y generar barreras en la comprensión de los síntomas, diagnósticos, tratamientos e instrucciones. En cuanto a la comunicación visual, los usuarios mencionan la falta de símbolos, carteles, láminas o cartillas en lengua quechua. Esta ausencia de recursos visuales en el idioma que los pacientes comprenden mejor dificulta aún más la comunicación y la transmisión de información relevante. La falta de materiales visuales en quechua puede generar confusión y dificultades para los pacientes, limitando su acceso a la información necesaria para su cuidado de salud. Con

relación a la comunicación escrita, se observa que la gran mayoría de los pacientes comprenden la información proporcionada. Esto sugiere que la lectura y comprensión del castellano no presentan mayores dificultades para ellos. Sin embargo, es importante considerar que la comunicación escrita puede no ser suficiente para abordar todas las necesidades de comunicación en un entorno de atención médica, especialmente en situaciones urgentes o de alta complejidad. Es significativo destacar que la totalidad de los pacientes entrevistados están de acuerdo en que todos los profesionales de la salud deben dominar el idioma quechua para tener una conversación fluida y entendible con los pacientes. Esta opinión resalta la importancia de promover la capacitación y el dominio de la lengua quechua entre los profesionales de la salud, a fin de garantizar una comunicación efectiva, respetuosa y comprensible para todos los usuarios.

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda implementar un sistema digital, administrativo de atención médica innovadora para los pacientes, donde puedan proporcionar comentarios y sugerencias sobre la calidad de atención recibida evidenciando cualquier experiencia de discriminación o barreras lingüísticas. Esto podría ayudar a mejorar la calidad de atención y la cultura organizacional en los servicios de salud.
- 2) Es necesario se realicen capacitaciones al personal médico y de salud sobre la importancia de la interculturalidad y la eliminación de la discriminación en los servicios de salud. Estas capacitaciones deben incluir información sobre las prácticas culturales y las creencias de las comunidades locales, para que los proveedores de salud puedan brindar una atención más adecuada y sensible a las necesidades culturales de los pacientes.
- 3) Además, se sugiere desarrollar materiales de información sobre la atención médica culturalmente apropiada para los pacientes, especialmente para aquellos que solo hablan quechua u otros idiomas locales. También se podría considerar la contratación de intérpretes o personal bilingüe para garantizar una comunicación efectiva entre los pacientes y el personal médico.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcon, M., Astudillo, P., Barrios, S., & Rivas, E. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. Scielo. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872004000900013&script=sci_arttext
- Aliaga, G. (2014). Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una Política de Salud Intercultural en el Perú. para optar Grado Académico de Magíster en Política Social con. Univrsidad Mayor de San Marcos, Peru. Obtenido de https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/salud_intercultural.pdf
- Altarejos, F., & Moya, A. (2003). Del relativismo cultural al etnocentrismo. Eb004, 24-34. Obtenido de <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/45595/01520103000187.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Alvarado, V. (2003). Politicas publicas e interculturalidad. Lima.
- Alvargonzales, D. (2002). Relativismo Cultural y otros Relativismos. Critica del Presente, 3-13. Obtenido de https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/51183/ElCatoblepas-2002-8_DavidAlvargonzalez.pdf?sequence=2
- Andrade, A., Rivera, C., Suárez, C., & Rios, L. (2009). Diversidad cultural e implicaciones en la enseñanza de las ciencias: reflexiones y avances. Colombiana de Educación, 106-130. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4136/413635250006.pdf>

- Arias, J., Villasís, M., & Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 201-206. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Baltar, F., & Gorjup, M. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 123-149. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/549/54924517006.pdf>
- Barrientos, A., & Hauser, K. (2007). Salud intercultural y complementaria: Un camino hacia la equidad de la atención de salud de los pueblos originarios de Chile. Para optar a grado de enfermería. Universidad Austral de Chile, Chile. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmb275s/doc/fmb275s.pdf>
- Bermúdez, L., & González, L. (2011). La competencia comunicativa: elemento clave en las organizaciones. *QUÓRUM ACADÉMICO*, 95-110. Obtenido de <file:///C:/Users/Pc/Downloads/Dialnet-LaCompetenciaComunicativa-3998947.pdf>
- Boco, R., & Bulanikian, G. (2010). Derechos humanos: universalismo vs. relativismo cultural. Scielo. Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-70172010000200002&script=sci_arttext
- Breser, I. (09 de Marzo de 2015). Scribd. Obtenido de Instituto Universitario Nacional del Arte: <https://es.scribd.com/document/258150401/Etnocentrismo>
- Briones, W., Barragan, W., Duarte, M., & Caicedo, J. (2021). Comunicación intercultural en las relaciones interpersonales en la comunidad de afrodescendientes. *Science and research*. Obtenido de <file:///C:/Users/Pc/Downloads/Dialnet-ComunicacionInterculturalEnLasRelacionesInterperso-8168114.pdf>

Brokmann, C. (2007). Relativismo cultural: evolución de un concepto antropológico ante los derechos humanos. Instituto de investigaciones Jurídicas, 7- 42. Obtenido de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r28612.pdf>

Castillo, D. (2015). Factores relacionados al proceso de diseño de la política de salud intercultural en el Perú. para optar el título de Ciencia Política y Gobierno. Pontificada Universidad Católica del Perú, Lima. Obtenido de https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9150/CASTILLO_MATOS_DAYCE_DENISSE_FACTORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cedeño, N. (2012). La investigación mixta, estrategia andragógica fundamental para fortalecer las capacidades intelectuales superiores. *Res Non Verba*, 17-36. Obtenido de <https://biblio.ecotec.edu.ec/revista/edicion2/LA%20INVESTIGACION%20MIXTA%20ESTRATEGIA%20ANDRAGOGICA%20FUNDAMENTAL.pdf>

Congreso del Perú. (13 de Enero de 2015). Aprueban el "Convenio 169 de la OIT sobre pueblos Indígenas y Tribales en países Independientes". Gobierno del Perú. Obtenido de https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/1081EE0AA5C9A39605257DCC006AFD3D/%24FILE/13_Aprueban_Convenio_169_OIT_pueblos_indigenas_26253.pdf

Coronado, R., Cruz, E., Hernández, M., Arellano, A., & Nava, T. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana de Medicina*

Física y Rehabilitación, 26-33. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2013/mf131e.pdf>

Correa Astete, N. (2011). Interculturalidad y Políticas Públicas: una agenda al 2016. Obtenido de <http://www.cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/interculturalidaddocumento.pdf>

Cruz, M., Ortiz, M., & Yantalema, F. (2018). Relativismo cultural, etnocentrismo e interculturalidad en la educación y la sociedad en general. Ciencias sociales y humanidades. Obtenido de <http://scielo.iics.una.py/pdf/academo/v5n2/2414-8938-academo-5-02-179.pdf>

Dirección Regional de Salud Cusco. (2015). Análisis de la Situación de Salud provincia de Paruro 2015. Cusco- Perú: Red de Servicios de Salud Cusco. Obtenido de <http://www.diresacusco.gob.pe/ASISprov/paruro.pdf>

El Peruano. (13 de Agosto de 2015). Normas Legales. Gobierno del Peru. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/997327-027-2015-sa>

El peruano. (22 de Julio de 2016). Normas legales. El peruano . Obtenido de <https://alertacontraelracismo.pe/sites/default/files/archivos/normas/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-29735-decreto-supremo-n-004-2016-mc-1407753-5.pdf>

El peruano. (18 de Abril de 2023). Decreto supremo que aprueba el reglamento de la ley N° 31336, ley nacional del cancer . Diario del bicentenario. Obtenido de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-31336-decreto-supremo-n-004-2022-sa-2053393-3/>

El peruano. (18 de Abril de 2023). Decreto Supremo que aprueba los “Lineamientos para incorporar el enfoque intercultural en la prestación de los servicios públicos”. Diario oficial del Bicentenario. Obtenido de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-los-lineamientos-para-incorpor-decreto-supremo-n-001-2023-mc-2149835-2/>

El peruano. (17 de Abril de 2023). Decreto Supremo que aprueba los “Lineamientos para la generación de servicios con pertinencia cultural a través de la incorporación de la variable étnica en entidades públicas”. Diario del bicentenario . Obtenido de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-los-lineamientos-para-la-genera-decreto-supremo-no-010-2021-mc-1964424-6/>

El peruano. (20 de Abril de 2023). Decreto Supremo que aprueba los “Lineamientos para la generación de servicios con pertinencia cultural a través de la incorporación de la variable étnica en entidades públicas”. Diario oficial del bicentenario. Obtenido de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-los-lineamientos-para-la-genera-decreto-supremo-no-010-2021-mc-1964424-6/>

Enguix, B. (Junio de 2012). Cultura, Culturas y Antropología. Obtenido de Universidad Oberta de Catalunya: https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/62086/4/Teor%C3%ADa%20de%20la%20cultura_M%C3%B3dulo%202_Cultura%2C%20culturas%2C%20antropolog%C3%ADa.pdf

Fabiola Luna, M. B. (2002). Identidad e Interculturalidad. Lima: CAAAP.

Feria, H., Matilla, M., & Mantecon, S. (2020). La entrevista y la encuesta.¿Metodos o tecnicas de indagacion empirica 2020? Didascalía. Obtenido de

file:///C:/Users/Pc/Downloads/Dialnet-LaEntrevistaYLaEncuesta-7692391%20(1).pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2010). Sistematización de servicios de salud con pertinencia cultural. Guatemala: UNFPA. Obtenido de https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Sistematizacion_de_Servicios_de_Salud_con_Pertinencia_Cultural_Guatemala_2010_0.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2016). Censo 2017: una oportunidad para la inclusión social y el desarrollo de los pueblos indígenas y afroperuanos. ONU. Obtenido de <https://peru.unfpa.org/es/noticias/censo-2017-una-oportunidad-para-la-inclusi%C3%B3n-social-y-el-desarrollo-de-los-pueblos>

Friesen, L., Mazariegos, C., Barrera, A., & Reyes, A. (2017). Atención del parto y del puerperio inmediato con pertinencia intercultural. *Revista Medica*. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/03/986776/03.pdf>

Fábregas, A. (2009). La ecología cultural política y el estudio de regiones en México. *Dialectología y Tradiciones Populares*, 167-176. Obtenido de <https://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/73/74>

Giménez, G. (2005). La discriminación desde la perspectiva del reconocimiento social. *Investigacion Social*, 31-45. Obtenido de <http://ru.iis.sociales.unam.mx/bitstream/IIS/5259/1/03gimenez.pdf>

Guevara, G., Verdesoto, A., & Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *RECIMUNDO*. doi:10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173

Hernandez, I. (2020). Discriminación étnica y cultural. Discriminación étnica y cultural.

Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62901476/HERNANDEZ_-_Discriminacion_etnica_y_cultural20200410-96309-alitru-libre.pdf?1586534053=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DIsabel_Hernandez_Discriminacion_etnica_y.pdf&Expires=1681493866&Signat

Gallardo , B., Kotthoff, H., & Lecaros, F. (2015). Salud intrcultural: ¿Utopia o Realidad?Aplicacion del programa de salud intercultural desde las vivencias y perspectivas de usuario mapuche profesionales de San Jose de la mariquinas,Region de los rios, 2015. para optar el grado de Matrona. Univesidad Austarl de Chile, Chile. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2015/fmg163s/doc/fmg163s.pdf>

Geertz , C. (1996). Los usos de la diversidad. Barcelona: Ediciones Paidó. Obtenido de https://monoskop.org/images/3/35/Clifford_Geertz_Los_usos_de_la_diversidad_1996.PDF

Gobierno del Peru. (17 de Junio de 2021). Decreto Supremo N.º 010-2021-MC. Gobierno del Peru. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/cultura/normas-legales/1972376-010-2021-mc-publicacion-de-el-peruano>

Gobierno del Peru. (20 de Abril de 2021). Decreto supremo n° 009-2020-MC. Gobierno del Peru. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/cultura/normas-legales/1853877-009-2020-mc-publicacion-de-el-peruano>

Gobierno y Administracion Pública. (2014). interculturalidad en salud. Gobierno de la republica. Obtenido de

<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/docs/InterculturalidadSalud.pdf>

Goichea, E. (2012). Interculturalidad en salud. Especialista en Medicina Familiar. Obtenido de <file:///C:/Users/Pc/Downloads/Dialnet-InterculturalidadEnSalud-4366608.pdf>

Gomez, J. (2016). La comunicacion. *Salus*, 5-6. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375949531002.pdf>

Granado, L. (2010). Ecología cultural: metamorfosis de un concepto holometábolo. *Estudios de historia y sociedad*, 183-217. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/137/13715893007.pdf>

Guevara, G., Verdesoto, A., & Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista científica de la investigación y el conocimiento*, 163-173. doi:10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173

Harris, M. (2011). *Vacas, cerdos, guerras y brujas* (3 ed.). (M. Estrada, R. Turégano, & L. Bozarth, Edits.) Madrid.: Alianza Editorial Libro de bolsillo. Obtenido de https://www.alianzaeditorial.es/primer_capitulo/vacas-cerdos-guerras-y-brujas.pdf

Henriquez, F., Kader, G., & Marilao, M. (2012). Atención en salud con pertinencia cultural: una mirada a partir de la competencia comunicativa intercultural. *Internacional de Humanidades Médicas*. Obtenido de <https://journals.eagora.org/revMEDICA/article/view/1295/849>

- Hernandez, J., Calle, M., Ospina, M., Herrera, L., Roldan, M., & Martinez, L. (2021). Enfoque intercultural de salud en la población indígena que vive en territorio colombiano. *Ciencias de la Salud*. Obtenido de <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/1515/1495>
- Hernandez, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación, las rutas cuantitativas, cualitativa y mixtas. Mexico: McGRAW-HIL. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/64591365/Metodolog%C3%ADa_de_la_investigaci%C3%B3n._Rutas_cuantitativa__cualitativa_y_mixta-libre.pdf?1601784484=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DMETODOLOGIA_DE_LA_INVESTIGACION_LAS_RUTA.pdf&Expires=
- Herskovitz, M. (1968). El hombre y sus obras. Mexico: Fondo de Cultura Económica. Obtenido de <https://filadd.com/doc/herskovits-1968-el-hombre-y-sus-obras-cap-2-doc>
- Lievano, B., & Ballesteros, B. (2015). La construcción del conocimiento desde el enfoque intercultural. *Scielo*. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-26812015000200003
- Lopez, P., & Facheli, S. (2015). Metodología de la investigación social cuantitativa. Barcelona: Creative commons. Obtenido de https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2020/232105/metinvsocua_cap1-1a2020.pdf
- Luna, F. (2008). “Interculturalidad: un diálogo entre iguales”. Lima: CAAAP.

Malgesini, G., & Gimenez, C. (2000). Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Madrid: Ed. Catarata. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/fn/v12n24/v12n24a9.pdf>

Méndez, V. (2018). Teorías de la diversidad cultural y prácticas de comprensión: conexiones y rupturas entre las hermenéuticas platónica y analógica. *AGÓN*, 118 - 130. Obtenido de <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/agon/article/download/313/296/>

Ministerio de salud. (17 de Abril de 2023). Ley que establece los derechos en las personas usuarios de servicio de salud. Ministerio de salud. Obtenido de <http://www.quark-soft.com/pdf/regla29414.pdf>

Ministerio de Cultura. (2015). Servicios Públicos con pertinencia cultural guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos. Lima - Perú: USAID. Obtenido de [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9D986975CA6858FA05257F1800746915/\\$FILE/guia_para_la_aplicacion_parte2.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9D986975CA6858FA05257F1800746915/$FILE/guia_para_la_aplicacion_parte2.pdf)

Ministerio de Cultura. (2015). Servicios públicos con pertinencia cultural: Guía para la aplicación de enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos. Lima-Perú. Obtenido de [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9D986975CA6858FA05257F1800746915/\\$FILE/guia_para_la_aplicacion_parte2.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/9D986975CA6858FA05257F1800746915/$FILE/guia_para_la_aplicacion_parte2.pdf)

Ministerio de Cultura. (17 de Febrero de 2020). El racismo no es normal y debe ser denubiado. Diario *laR Republica*. Obtenido de <https://alertacontraelracismo.pe/articulos/el-delito-de-discriminacion-en-el-peru-avances-y-retrocesos-en-sus-veinte-anos-de>

- Ministerio de Salud. (2018). Orientaciones para incorporar la pertinencia cultural en los servicios diferenciados de atención integral de salud del adolescente. Lima - Perú: MINSA. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4421.pdf>
- Ministerio de Salud. (2019). Adecuacion de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atencion. Gobierno del Peru. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4809.pdf>
- Nayip , F. (2012). La interculturalidad en salud: Competencias en practicas indigenas. Scielo, 17-24. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532012000300003&script=sci_arttext&tlng=en
- Nevado , A. (2013). La comunicacion intercultural en el ambito de salud reproductiva. Universidad Jaume I. Universidad Jaume, Castellon de plana. Obtenido de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/396350/2013_Nevado_Llopis_Almuena.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int. J. Morphol. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pilleux, M. (2001). Competencia comunicativa y análisis del discurso. Scielo, 143-152. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0071-17132001003600010&script=sci_arttext
- Reguera, A. (2020). Las politicas Linguisticas son humanas. Digital de Políticas Lingüísticas. Obtenido de <file:///C:/Users/Pc/Downloads/0+Reguera.pdf>

- Rodrigo, N., Silva, M., & Chávez, S. (02 de Agosto de 2017). Scribd. Obtenido de Relativismo Cultural: <https://es.scribd.com/document/355383762/Relativismo-Cultural>
- Sánchez, F. (2022). Características de la comunicación bilingüe en la interacción docente – alumno en la enseñanza de las matemáticas. *Ciencia Latina*. doi:https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4130
- Sanchez, J. (1996). *Ecología y Cultura. Política y Sociedad*, 51-64. Obtenido de <file:///C:/Users/Pc/Downloads/ecob,+POSO9696330051A.PDF.pdf>
- Sanchez, N. (2013). Actualidad del relativismo cultural. *Metafisica y teoria del conocimiento*, 29-48. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/desacatos/n41/n41a2.pdf>
- Sánchez, N. (2013). Actualidad del relativismo cultural. *Desacatos*, 29-48. Obtenido de <https://repositorio.ciesas.edu.mx/bitstream/handle/123456789/206/84-75-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Stora, N. (1994). La ecología cultural y la interacción entre el hombre y su entorno. *Cultural Ecology. One Theory*, 11-23. Obtenido de https://congreso.us.es/atlas/documentos/articulos/Stora_CulturalEcology.pdf
- Solana, E., & Gómez, M. (2019). La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *Liminar*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/745/74561548011/html/>
- Tambo, M. (2018). Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios- 2018. Para optar el grado de Maestría en Gestion Publica. Universidad Cesar Vallejo, Peru. Obtenido

de

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/27606/tambo_chm.pdf?sequence=1

- Tejero , J. (2021). Tecnicas de investigacion cualitativa en los ambitos snitarios y sociosanitarios. Cuenca: UNE. Obtenido de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/28529/04%20TECNICAS-INVESTIGACION-WEB-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tello, A. (2019). Políticas públicas e interculturalidad. Scielo. Obtenido de <https://books.scielo.org/id/7b42x/pdf/garces-9789978104972-06.pdf>
- Triana, J., & Jimenez, J. (2016). La discriminación como fenómeno bidireccional. Un estudio exploratorio sobre grupos vulnerables en Acapulco. Enfoques: Ciencia Política y Administración Pública, 37-58. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/960/96049292003.pdf>
- Val, A. (2017). La diversidad cultural: ¿es posible su aplicacion al sector audiovisual. Comunicacion y sociedad, 11-130. Obtenido de <https://www.scielo.org.mx/pdf/comso/n28/0188-252X-comso-28-00111.pdf>
- Valenzuela, F., Salaverry, O., Trujillo, O., Monteza, B., Fuentes, D., Trujillo, O., . . . Reyes, I. (2015). Percepcion del usuario sobre los servicios de salud de la comunidad de Chopcca,Huancavelica, desde una mirada intercultural (Resultado preliminar). Centro Nacional de Salud. Obtenido de <https://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/20.500.14196/325/BOLETIN-2015ene-feb-16-23.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Villanueva, R. (2020). Barreras de comunicación culturales presente en las organizaciones públicas. Tesis de pregrado. Universidad San Martin de Porres

ANEXOS

ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
¿Cómo es la visión del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020?	Conocer la visión del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.	La visión del usuario acerca los servicios de salud con pertinencia cultural ofrecidos en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro durante el periodo 2020, está relacionada a la presencia de discriminación y la calidad de comunicación bilingüe durante el proceso de atención.	Pertinencia Cultural	➤ Discriminación	-Lingüística -Género -Edad	Nivel: Descriptivo Diseño: No experimental Enfoque: Mixto Método: Hipotético Deductivo. Población: 500 Muestra: 70 usuarios del Centro de Salud de Paruro. Técnicas e Instrumentos ✓ Entrevista ✓ Libreta de Campo ✓ Camara Fotográfica Método de análisis de datos. ✓ Hoja de Cálculo Excel para el procesamiento Cuantitativo. ✓ Codificación de datos para el
PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICAS		➤ Comunicación Bilingüe	-Nivel de conocimiento del quechua -Comunicación visual -Comunicación escrita -Comunicación Verbal	
P.E.1: ¿Cuál es la percepción del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural libres de discriminación presentes en el Centro de Salud Santa Gema	O.E.1: Describir la percepción del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural libres de discriminación presentes en el Centro de Salud Santa Gema	H.E.1: La percepción del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural, libres de discriminación, presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro durante el periodo 2020, está relacionada a la discriminación lingüística, de género y de edad por parte del personal de salud durante el proceso de atención.				

<p>Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020?</p> <p>P.E.2: ¿Cuál es la percepción del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural relacionado a la comunicación bilingüe presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020?</p>	<p>Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.</p> <p>O.E.2: Comprender la percepción del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural relacionado a la comunicación bilingüe presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro, periodo 2020.</p>	<p>H.E.2: La percepción del usuario acerca de los servicios de salud con pertinencia cultural, relacionado a la comunicación bilingüe, presentes en el Centro de Salud Santa Gema Galgani en la provincia de Paruro durante el periodo 2020, está asociada al nivel de conocimiento del quechua, así como a la calidad de la comunicación visual, escrita y verbal durante el proceso de atención.</p>				<p>procesamiento de datos Cualitativos</p>
--	--	---	--	--	--	--

Elaboración propia.

ANEXO 2. REGISTRO FOTOGRÁFICO



Fotografía 1. Entrevista a usuaria del Centro de Salud - Paruro



Fotografía 2. Entrevista a familia usuaria del Centro de Salud



Fotografía 3. Entrevista a usuaria saliendo del Centro de Salud



Fotografía 4. Usuaris del Centro de Salud en espera.



Fotografía 5. Centro de Salud - Paruro (Circuito no Covid -19)



Fotografía 6. Entrada principal del Centro de Salud – Paruro



Fotografía 7. Consultorio de niño sano en el Centro de Salud – Paruro



Fotografía 8. Paneles informativos en el Centro de Salud - Paruro



Fotografía 9. Banners informativos y promocionales en el Centro de Salud de Paruro



Fotografía 10. Panel informativo sobre la Microred del Centro de Salud de Paruro

ANEXO 3: GUIA PARA ENTREVISTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD
DEL CUSCO**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE ANTROPOLOGIA



Guía de Entrevista

- ❖ Nombre o DNI.....
- ❖ Genero/ Sexo: (M) (F)
- ❖ Edad:
- ❖ Lugar de procedencia:
- ❖ Nivel Educativo:
- ❖ Oficio:
- ❖ Frecuencia de visita al centro de Salud:
 - () Muy frecuentemente,
 - () Frecuentemente
 - () Ocasionalmente,
 - () Rara Vez
 - () Nunca

D1: DISCRIMINACIÓN		ESCALA DE MEDICION
❖ Lingüística		
1.	¿Puede conversar abiertamente con los trabajadores de la posta acerca de sus problemas de salud?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
❖ Género		
2.	¿Considera que las bromas de mal gusto son una forma de discriminación? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
❖ Edad		
3.	¿Vio alguna vez un acto de discriminación por parte del personal de salud? (Solo si la respuesta es sí) ¿Podría contarnos al respecto?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4.	¿Noto alguna vez que le atendieron de forma inadecuada? (Solo si la respuesta es sí) ¿Podría contarnos al respecto?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.	¿Se sintió alguna vez incomodo (a) estando en la posta/centro de salud? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
D3: COMUNICACIÓN BILINGÜE		
❖ Nivel de conocimiento del quechua		
6.	¿Qué lengua habla?	<input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Castellano
7.	¿Cuál es su lengua materna?	<input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Castellano
8.	¿Qué lengua utiliza cuando recurre a la posta de salud? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Castellano
❖ Comunicación Visual		
9.	¿Sabe si existe (símbolos, carteles, láminas o cartillas) en lengua quechua?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
❖ Comunicación Escrita		
10.	¿Se entiende los (láminas o cartillas de	<input type="checkbox"/> Si

	información) de la posta médica?	<input type="checkbox"/> No
❖ Comunicación Verbal		
11.	¿Para usted, es importante que el personal de salud hable en quechua?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12.	¿Cómo califica la atención del personal de salud?	<input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Muy mala <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Muy buena
13.	¿Existe razones por las que no iría a la posta médica? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
14.	¿Alguna vez presento quejas o denuncia por la atención que recibió? ¿Por qué?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Fuente: Elaboración propia.