UNIVERSIDAD DE HUANUCO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN

CIENCIAS DE LA SALUD

TESIS

“Modelo de salud intercultural y calidad de atención percibida por pobladores de Comunidades Nativas, 2019”

PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTORA EN

CIENCIAS DE LA SALUD

AUTORA: Palacios Flores, Elsa Elvira

ASESORA: Preciado Lara, María Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional( )
- Trabajo de Investigación ( )
- Trabajo Académico ( )

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Pública
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:
Área: Ciencias médicas, Ciencias de la salud
Sub área: Ciencias de la salud
Disciplina: Políticas de salud, Servicios de salud

DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: doctora en ciencias de la salud
Código del Programa: P24
Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ( )
- Fondos Concursables ( )

DATOS DEL AUTOR:
Documento Nacional de Identidad (DNI): 22731668

DATOS DEL ASESOR:
Documento Nacional de Identidad (DNI): 22465462
Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud
Código ORCID: 0000-0002-3763-5523

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Palacios Zevallos, Julia Marina	Doctora en ciencias de la salud	22407304	0000-0002-1160-4032
2	Rodríguez Acosta, Gladys Liliana	Doctora en ciencias de la salud	22404125	0000-0002-4021-2361
3	Marcelo Armas, Maricela Luz	Doctora en ciencias de la salud	04049506	0000-0001-8585-1426

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
ESCUELA DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE DOCTOR (A) EN CIENCIAS DE LA SALUD

En la ciudad de Huánuco, siendo las 16. horas del día 02 del mes de Mayo del año 2025, en Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud y en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados de Maestría y Doctorado de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- **Dra. Julia Marina PALACIOS ZEVALLOS** **(PRESIDENTA)**
- **Dra. Gladys Liliana RODRIGUEZ DE LOMBARDI** **(SECRETARIA)**
- **Dra. Maricela MARCELO ARMAS** **(VOCAL)**

Nombrados mediante Resolución N°048-2025-D-EPG-UDH, de fecha 21 de noviembre de 2024, para evaluar la sustentación de la tesis intitulada: **"MODELO DE SALUD INTERCULTURAL Y CALIDAD DE ATENCIÓN PERCIBIDA POR POBLADORES DE COMUNIDADES NATIVAS, 2019";** presentado (a) por el/la graduanda **Maestra Elsa Elvira PALACIOS FLORES** para optar el Grado Académico de Doctor en Ciencias de la Salud.

Dicho acto de sustentación, se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Juradoy de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a)..... Aprobada ..... por... Unanimidad con el calificativo cuantitativo
de ..... 16 ..... y cualitativo de ..... Bueno .....

Siendo las .....horas del día ..... del mes de..... ..... del año 202... , los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

PRESIDENTA
Dra. Julia Marina PALACIOS ZEVALLOS
DNI: 22407304
Código ORCID: 0000-0002-1160-4032

SECRETARIA
Dra. Gladys Liliana RODRIGUEZ DE LOMBARDI
Código ORCID: 0000-0002-4021-2061
DNI: 22404125

VOCAL
Dra. Maricela MARCELO ARMAS
Código ORCID: 0000-0001-8585-1436
DNI: 04049506

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: ELSA ELVIRA PALACIOS FLORES, de la investigación titulada "Modelo de salud intercultural y calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas, 2019", con asesor(a) LUZ PRECIADO LARA, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 699-2015-D-EPG-UDH del P. A. de DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 19 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 20 de diciembre de 2024

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE INTEGRIDAD CIENTÍFICA
HUÁNUCO - PERÚ

RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE TURNITIN
HUÁNUCO - PERÚ

FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

57. Palacios Flores, Elsa Elvira.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%	19%	8%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	1%
5	www.mesadeconcertacion.org.pe Fuente de Internet	<1%

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE INTEGRIDAD CIENTÍFICA
HUÁNUCO - PERÚ

RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE TUTORÍA
HUÁNUCO - PERÚ

FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

DEDICATORIA

A Dios por su amor infinito; a mis padres Grimaldo, Narciza por ser autores de mi vida, infundir valores, soporte en mi desarrollo personal - profesional; a mis hermanas Marleny, María del Carmen, Melva, mis hermanos Ender y Sadler por su denodado apoyo en el camino de mi vida; a mi hija e hijos Marilú, Marco, Ian, Nick regalos de Dios y a mi compañero de vida Marco Antonio Cárdenas Guiño por su comprensión y apoyo para alcanzar mis metas, a mis sobrinas Jasmín, Zoe y Leslie, inspiración en el camino de mi vida; a la memoria de mi mamá María Pardavé Santillán por su ejemplo de fortaleza, prudencia, superación, perseverancia, gratitud y paciencia.

AGRADECIMIENTOS

A las Autoridades, Docentes de la Universidad de Huánuco, por contribuir en mi desarrollo académico, como es la presentación de esta tesis, en especial a mi asesora Dra. Luz Preciado Lara, por su dirección, comprensión y apoyo en el proceso de elaboración de la tesis doctoral.

A mis familiares: Victoria Trujillo, Edith Guiño R., Carlos Cárdenas A., Benavides Requejo, Irene, Zenaida, Edgar, Alina, Yolanda, Vilma, Rubén, Oswaldo, Eda, Marco, Hilda, Aldo, Carlos, Cecilia, Susi, Karine, Ketty, Edwin, José, Mireya.

A Dra. María Luz Ortiz Cruz, Dr. José Villanueva, Dr. Guillermo Renjifo, Lic. Enf. Adela Celis, Dra. Ana Morales, Lic. Enf. Lorena Cerna, Lic. Adm. Brindisi Paulino, Mg. Enf. Gladis Estacio, Blga. Margarita Zuniga, Lic. Enf. Claribel Jerónimo, Lic. Enf. Yolanda Cabrera, Blga. Rosa Avelino, Lic. Enf. Alida Rada, Mg. Enf. Otto Carbajal, Lic. Enf. Ines Alania, por ser parte del tránsito en los senderos de la Epidemiología y la Salud Pública.

A las autoridades, trabajadores de salud y comunidades nativas de Dos Unidos y Nueva Alianza en el distrito de Honoria, provincia de Puerto Inca, por su aporte en la construcción del Modelo de Salud Intercultural.

En memoria de la Dra. Marita Salcedo Zúñiga de Jaime, por su ejemplo de Enfermera y contribución a la Salud Pública de la región Huánuco.

ÍNDICE

DEDICATORIA II
AGRADECIMIENTOS III
ÍNDICE IV
ÍNDICE DE TABLAS VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS IX
RESUMEN XI
ABSTRACT XII
RESUMO XIII
INTRODUCCIÓN XIV
CAPITULO I 16
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN 16
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 16
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 20
1.2.1. PROBLEMA GENERAL 20
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS 20
1.3. OBJETIVOS 21
1.3.1. OBJETIVO GENERAL 21
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 21
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 22
1.4.1. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA 22
1.4.2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA 22
1.4.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA 23
1.4.4. JUSTIFICACIÓN TÉCNICA – CIENTÍFICA 25
1.5. LIMITACIONES 25
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN 25
CAPÍTULO II 27
MARCO TEÓRICO 27
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 27
2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES 27
2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES 30
2.1.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS 34
2.2. BASES TEÓRICAS 35

2.2.1. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL 35
2.3. BASES FILOSÓFICAS 58
2.3.1. PARADIGMA FILOSÓFICO 58
2.3.2. PARADIGMA ONTOLÓGICO 59
2.3.3. PARADIGMA EPISTEMOLÓGICO 59
2.3.4. PARADIGMA AXIOLÓGICO 59
2.3.5. LA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA EN LA INTERVENCIÓN 59
2.4. HIPÓTESIS 62
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL 62
2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS 62
2.5. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 65
2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE 65
2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE 65
2.5.3. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN 65
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 65
2.6.1. DEFINICIONES OPERACIONALES 65
2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 67
CAPÍTULO III 68
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION 68
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN 68
3.1.1. ENFOQUE 68
3.1.2. ALCANCE O NIVEL 68
3.1.3. DISEÑO 68
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA 69
3.2.1. POBLACIÓN 69
3.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN 69
3.2.3. MUESTRA 70
3.2.4. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA – TEMPORAL Y TEMÁTICA 71
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS; ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN 72
3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS 72
3.3.2. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS 75

3.3.3. PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS 76
3.4. ASPECTOS ÉTICOS 83
CAPÍTULO IV 85
RESULTADOS 85
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS 85
4.2. RESULTADOS INFERENCIALES 103
4.2.1. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS 103
CAPÍTULO V 115
DISCUSIÓN DE RESULTADOS 115
5.1. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA 115
5.2. CONJUNTO DE ARGUMENTOS 115
5.3. PROPUESTA DE NUEVAS HIPÓTESIS 124
5.4. APORTE CIENTÍFICO 125
CONCLUSIONES 127
RECOMENDACIONES 129
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 130
ANEXOS 144

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de la aplicación del modelo de atención de salud intercultural en la calidad de atención en pobladores de comunidades nativas, 2019 78

Tabla 2. Características generales de los pobladores de las comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, usuarios de los servicios de salud, 2019 85

Tabla 3. Distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: libre determinación, percibida por pobladores de comunidades nativas dos unidos y nueva alianza, antes y después de la intervención, 2019..... 87

Tabla 4. Distribución porcentual del nivel de calidad en la dimensión libre determinación percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, según momentos del estudio, 2019 89

Tabla 5. Distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: continuidad cultural, percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, antes y después de la intervención, 2019 90

Tabla 6. Distribución porcentual del nivel de calidad en la dimensión continuidad cultural, percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, según momentos del estudio, 2019 92

Tabla 7. Distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: derecho, legislación, políticas y programas, percibida por pobladores en estudio, antes y después de la intervención, 2019 93

Tabla 8. Distribución porcentual del nivel de calidad en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas, percibida por pobladores de las comunidades nativas en estudio y sus momentos de intervención, 2019.... 95

Tabla 9. Distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: estrategias interculturales, percibida por pobladores de comunidades nativas en estudio, antes y después de la intervención, 2019 96

Tabla 10. Distribución porcentual del nivel de calidad en la dimensión estrategias interculturales percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, según momentos del estudio, 2019 98

Tabla 11. Distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: respeto e inclusión, percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, antes y después de la intervención, 2019 99

Tabla 12. Distribución porcentual del nivel de calidad de atención la dimensión respeto e inclusión percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, según momentos del estudio, 2019 101

Tabla 13. Distribución porcentual del nivel de calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, según momentos del estudio, 2019 102

Tabla 14. Comparación antes y después de la intervención con el modelo de salud intercultural, sobre la calidad de atención percibida por los pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, 2019 103

Tabla 15. Comparación antes y después de la intervención con el modelo de atención de salud intercultural, sobre la calidad de atención en la dimensión libre determinación percibida por los pobladores en estudio, 2019 105

Tabla 16. Comparación antes y después de la intervención con el modelo de salud intercultural, sobre la calidad de atención en la dimensión continuidad cultural percibida por los pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, 2019 107

Tabla 17. Comparación de la calidad de atención en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas antes y después de la intervención con el Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019..... 109

Tabla 18. Comparación de la calidad de atención en la dimensión estrategias interculturales antes y después de la intervención con el Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019 111

Tabla 19. Comparación de la calidad de atención en la dimensión respeto e inclusión antes y después de la intervención con el Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio 2019 113

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentaje del nivel de calidad percibida por pobladores en estudio, en la dimensión libre determinación, según momentos de intervención, 2019 89

Gráfico 2. Porcentaje del nivel de calidad de atención percibida por la población en estudio, en la dimensión continuidad cultural, según momentos de intervención, 2019..... 92

Gráfico 3. Porcentaje del nivel de calidad de atención percibida por pobladores en estudio, en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas, según momentos de intervención, 2019 95

Gráfico 4. Porcentaje del nivel de calidad de atención percibida por pobladores en estudio, en la dimensión estrategias interculturales, según momentos de intervención, 2019..... 98

Gráfico 5. Porcentaje del nivel de calidad de atención percibida por pobladores en estudio, en la dimensión respeto e inclusión, según momentos de intervención, 2019..... 101

Gráfico 6. Porcentaje del nivel de calidad de atención percibida por pobladores en estudio, según momentos de intervención, 2019..... 102

Gráfico 7. Comparación antes y después de la intervención con el modelo de salud intercultural, sobre la calidad de atención percibida por los pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, 2019 103

Gráfico 8. Frecuencia de la calidad de atención en la dimensión libre determinación antes y después de la intervención con el modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019..... 105

Gráfico 9. Agrupación de frecuencia de calidad de atención en la dimensión continuidad cultural antes y después de la intervención con Modelo de salud intercultural en los pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, 2019 107

Gráfico 10. Agrupación de frecuencia de Calidad de atención en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas antes y después de la intervención con Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019..... 109

Gráfico 11. Agrupación de frecuencia en la calidad de atención en la dimensión Estrategias interculturales antes y después de la aplicación del Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019..... 111

Gráfico 12. Agrupación de frecuencia en la calidad de atención en la dimensión respeto e inclusión antes y después de la intervención con Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019 113

RESUMEN

Objetivo. Explicar el efecto de la aplicación del modelo de atención de salud intercultural en la calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas, 2019. **Métodos.** Fue un estudio de nivel experimental, tipo cuasi experimental de pre y post test, no controlado, prospectivo y longitudinal. Se seleccionaron 87 sujetos por muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, a quienes se les aplicó un cuestionario de percepción de la calidad de atención de salud y una encuesta de caracterización previamente validada y fiabilizadas. El personal de salud fue entrenado en intervención de salud intercultural. Se aplicaron las consideraciones éticas de investigación. Se realizó el análisis descriptivo y las hipótesis se comprobaron con la prueba Chi cuadrado para $p<0,05$. **Resultados.** A un nivel de confianza del 95%, se comprobó la existencia efecto significativo entre la pre y post intervención con el modelo de atención de salud intercultural en la percepción sobre la calidad de atención según dimensiones: libre determinación, derecho, legislación, políticas y prácticas, estrategias Interculturales, respeto e inclusión [($\chi2$ = 170,04) ($\chi2$ = 128,00), ($\chi2$= 166.2), ($\chi2$ = 39,3) y ($\chi2$ = 149,7) respectivamente], y con p - valor = 0,000 < 0, 05, siendo los valores mayores en la post intervención. **Conclusiones.** La aplicación del modelo de atención de salud intercultural tiene efecto en la calidad de atención percibida por pobladores de las comunidades nativas en el 2019 al obtenerse diferencias entre la pre y post intervención ($\chi2$ = 116,6 y p - valor = 0,000 < 0, 05).

Palabras claves. Atención intercultural, calidad de atención, modelo de atención, interculturalidad en salud, medicina tradicional.

ABSTRACT

Objective: Demonstrate the effect of the application of the intercultural health care model on the quality of care perceived by residents of native communities, 2019. **Methods**. It was an experimental level study, quasi-experimental type of pre and post test, uncontrolled, prospective and longitudinal. 87 subjects were selected by simple random probabilistic sampling, to whom a health care quality perception questionnaire and a previously validated and reliable characterization survey were applied. Health personnel were trained in intercultural health intervention. Research ethical considerations were applied. Descriptive analysis was carried out and the hypotheses were tested with the Chi square test for $p<0.05$**. Results**. At a confidence level of 95%, the existence of significant effect was verified between the pre and post intervention with the intercultural health care model in the perception of the quality of care according to dimensions: self-determination, law, legislation, policies and practices, Intercultural strategies and respect and [($\chi2 = 170.04$) ($\chi2 = 128.00$), ($\chi2 = 166.2$), ($\chi2 = 39.3$) and ($\chi2 = 149.7$) respectively], and with p - value = 0.000 < 0.05, being the highest values in the post intervention. **Conclusions.** The application of the intercultural health care model has an effect on the quality of care perceived by residents of the native communities in 2019 by obtaining differences between the pre and post intervention ($\chi2 = 116.6$ and p - value = 0.000 < 0.05).

Keywords. Intercultural care, quality of care, care model, interculturality in health, traditional medicine.

RESUMO

Objetivo.Demonstrar o efeito da aplicação do modelo intercultural de atenção à saúde na qualidade da atenção percebida por moradores de comunidades nativas, 2019. **Métodos.** Methods. It was an experimental level study, quasi-experimental type of pre and post test, uncontrolled, prospective and longitudinal. 87 subjects were selected by simple random probabilistic sampling, to whom a health care quality perception questionnaire and a previously validated and reliable characterization survey were applied.

O pessoal de saúde recebeu formação em intervenção intercultural. Considerações éticas de pesquisa foram aplicadas. A análise descritiva foi realizada e as hipóteses testadas com o teste Qui-quadrado para $p<0,05$. **Resultados**. A um nível de confiança de 95%, a existência de diferenças significativas entre o pré e o pós-intervenção com o modelo intercultural de cuidados de saúde na perceção da qualidade dos cuidados segundo as dimensões: autodeterminação, lei, legislação, políticas e práticas, Intercultural estratégias e respeito e inclusão [($\chi2 = 170,04$) ($\chi2 = 128,00$), ($\chi2 = 166,2$), ($\chi2 = 39,3$) e ($\chi2 = 149,7$) respectivamente], e com p - value = 0,000 < 0,05 , sendo os valores mais altos na pós-intervenção. **Conclusões**. A aplicação do modelo intercultural de atenção à saúde tem efeito na qualidade da atenção percebida pelos moradores das comunidades nativas em 2019 ao obter diferenças entre a pré e a pós-intervenção ($\chi2 = 116,6$ e p - valor = 0,000 < 0,05). .

Palavras chaves. Cuidado intercultural, qualidade do cuidado, modelo assistencial, interculturalidade em saúde, medicina tradicional.

INTRODUCCIÓN

Las comunidades nativas amazónicas enfrentan carencias, como respuesta a esta situación el Estado atiende ciertas demandas de los pueblos, construyendo infraestructuras de establecimientos de salud, Debido a las unidades organizativas dispersas del Ministerio de Salud y sus capacidades separadas, el Sector de la Salud no ha podido ejecutar completamente planes y programas de salud que incluyan un punto de vista multicultural. (1)

Los sistemas de salud establecidas en las Comunidades Nativas se establecen en función a su cosmovisión, aplicando prácticas del cuidado de su salud, los mismos que constituyen parte de sus tradiciones culturales, uso de plantas medicinales, animales o minerales a través de agentes de medicina tradicional (curanderos, parteras, chamanes, hierberos, hueseros entre otros), con respeto a la naturaleza en torno a su territorio.

Todavía es difícil abordar los problemas sociales de una manera que promueva la equidad y la igualdad, así como una vida digna para personas de muchos orígenes, reconociendo sus derechos y culturas, que a veces se ignoran (2).

A la luz de esto, el estudio actual presentó un modelo de atención médica intercultural como un medio para abordar las disparidades en la atención médica que existen entre las comunidades nativas americanas. Este modelo sería un enfoque integral y holístico de la atención en salud que priorice la gestión humana, técnica y accesible de los servicios de salud, así como la expresión de protocolos de acción que promuevan el conocimiento local y la sensibilidad cultural mutua.

El planteamiento de la hipótesis general, expresada de la siguiente forma: ¿Cuál es el efecto de la aplicación del modelo de atención de salud intercultural en la mejora de la calidad de atención percibida por los usuarios de los servicios de salud de las Comunidades Nativas en el 2019?, se realizó una investigación a nivel experimental utilizando un diseño cuasi experimental con un solo grupo. El estudio incluyó pruebas previas y posteriores, y se

eligieron 87 individuos mediante procedimientos de selección no probabilísticos. La población estuvo conformada por 112 usuarios.

Luego de realizado la intervención se compararon los momentos del estudio obteniéndose un valor Z = -12,375 con p ≤ 0,05, que reconoce el impacto del paradigma multicultural de la atención médica en la mejora de la calidad percibida del tratamiento para las comunidades nativas en 2019.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Según las Naciones Unidas, aproximadamente en el mundo existen 476 millones de personas indígenas en cinco mil culturas indígenas diferentes, viviendo en 90 países, componiendo el 5% de la población mundial, que representa el 20% de la superficie terrestre, constituyendo parte de la diversidad cultural, la mayoría de la población indígena de nuestra región concentra los Países de Chile, Colombia, Guatemala, México, Bolivia y Perú, así mismo los pueblos indígenas componen el 15% de los pobres del mundo, América Latina y el Caribe albergan más de 54,8 millones de indígenas en una proporción del 8,5% de la población total de la región [(3)].

El Estado Peruano es reconocido como un país pluricultural, multiétnico, multilingüe, habiendo identificado 48 idiomas/lenguas indígenas u originarios, como forma de comunicación de todas las culturas, 7250 localidades de pueblos originarios con un rango de 19,2% y 74,8% de la población es indígena, se ha registrado 16 familias lingüísticas y 76 grupos étnicos distribuidos en el ámbito nacional información relevante para la construcción de la salud intercultural (4,7); según los resultados del III Censo de comunidades Nativas 2017 – INEI, se levantaron datos de 2703 comunidades distribuidas en 55 pueblos indígenas (51 amazónicos y 4 andinos); de los cuales la comunidad nativa Ashaninka representa el mayor porcentaje con 19,22% (520 comunidades), Awajún con 15,50% (419 comunidades) y Kichwa con 11,65% (315 comunidades). Por otro lado, las comunidades de Resígaro, Quechuas, Marinahua, Jíbaro, Chapra y Chamicuro (una comunidad nativa cada uno); le siguen con 0.07% los pueblos Arabela, Kakinte, Nahua y Ocaina (2 comunidades nativas cada uno) representan el menor porcentaje (0.04%) [(5)]

Los departamentos con mayor presencia de comunidades indígenas y originarias son: Loreto (43,2%), Ucayali (14,2%), Amazonas (13,4%) y los departamentos que presentan porcentajes más bajos son Ayacucho (0,4%),

Cajamarca (0,6%) y Huánuco (0,8%); asimismo, diferentes estudios reportan que los pueblos indígenas forman el 15% de pobres y extremos pobres del mundo[5].

El análisis de Pelcastre-Villafuerte, et al (8) concluye que la población indígena usa con menor frecuencia los servicios de salud, sin embargo, se refleja doble carga e inequidad en los indicadores que mide el acceso, siendo la salud reproductiva el componente más golpeado por las diferencias encontradas.

Pelcastre-Villafuerte et al, (8) observaron que las comunidades nativas que utilizaban los servicios de salud recibieron muy pocas explicaciones durante la consulta médica y manifestaron deseos de no regresar a atenderse en los servicios de salud porque esperaron más tiempo de lo debido para recibir la atención (mayor a 30 minutos), todo esto, denota signos de discriminación y desigualdad social.

El 89.5% de las comunidades acuden a puestos de salud, donde son atendidos por técnicos de salud y, en raras ocasiones, profesionales del Servicio de Salud Rural Urbano Marginal (SERUMS), los centros de salud prestan el 9,2% de los servicios de salud, mientras que los hospitales representan solo el 1,3%. Esta situación se ve agravada por el hecho de que el seguro integral de salud cubre a más del 90% de la población, educado desde un punto de vista médico científico con un enfoque clínico recuperativo, pero carente de experiencia práctica y del enfoque intercultural necesario para construir puentes que permitan el desarrollo de programas de desarrollo de la atención médica para estas comunidades. Mientras tanto, la atención primaria es proporcionada por un promotor voluntario con solo un botiquín de primeros auxilios. Existen problemas con la transferencia de casos de emergencia a instalaciones con más capacidad para resolverlos debido a los horarios del personal; estos programas solo se activan cuando surgen complicaciones. Hay señales de escasez de medicamentos y vacunas debido a la falta de refrigeración, así como a la escasez de traductores de idiomas indígenas. Todos estos factores son limitantes para los servicios de salud [9]

El Perú se caracteriza por albergar población con mayor diversidad étnica y lingüística, donde se encuentran asentados 55 pueblos indígenas, 51 son amazónicos 4 corresponden a los andinos y también se tiene la presencia de los afroperuanos. En la Región Huánuco se asientan 6 pueblos indígenas: Asháninca, Asháninca/Yanesha, Kakataibo, Shipibo – Konibo y Yanesha; 32 comunidades indígenas, con una población de 3226 habitantes, caracterizado por un conjunto de creencias sobre la relación entre el bienestar y la salud, salud y enfermedad, entre enfermedad y muerte, como un conjunto de ideas mágicas y religiosas (daño) a las que atribuyen la causa del sufrimiento (8), en un entorno que plantea un problema para los trabajadores de la salud, quienes deben tener en cuenta las normas culturales y las prácticas religiosas de los pacientes para que la atención médica sea más accesible, lo que se muestra como métricas desfavorables[5] [10] [11].

En relación a esta problemática Eyzaguirre, Fallaque, Lou, identifican sectores poblacionales que no acceden con efectividad a los servicios de salud, siendo el principal factor la diversidad cultural y la barrera geográfica, dado la condición de exclusión social con grandes repercusiones en el estado de salud, expresado en altas tasas de morbimortalidad [12].

Este contexto enfatiza la importancia de la demanda intercultural como tema crucial para el desarrollo de las naciones democráticas, siendo el respeto a la diversidad cultural el pilar más fundamental. Esto es cierto a pesar de que ha habido mejoras en la creación de políticas públicas, planes, programas y/o estrategias interculturales para las comunidades indígenas y Nativas en la Amazonía peruana [13].

Por lo tanto, los gobiernos deben proveer servicios de salud adecuados a las culturas con respeto a sus costumbres y deben ponerse a disposición de las personas para garantizar el acceso a la atención médica [14] preventiva, recuperativa y paliativa.

En las comunidades nativas de la Región Huánuco y Loreto, se ha comprobado a partir de actividades de supervisión, que las intervenciones sanitarias efectuadas por el Ministerio de Salud (MINSA) y por los Organismos

No gubernamentales (ONG), competencia cultural insuficiente; muy poco uso del enfoque multicultural de la salud, la enfermedad y el tratamiento en entornos diversos [1] a pesar de que la población nativa opta sus propios servicios comunitarios de salud originaria/tradicional, basado en sus costumbres, creencias ancestrales y reconocen como sus medios de curación a los sanadores originarios, parteras y otros, haciendo uso de su propia medicina.

Los servicios públicos, especialmente la atención médica, debe tiene identificado esta necesidad fundamental largamente esperada de reconocimiento de las prácticas culturales y los derechos individuales adoptando un enfoque intercultural. Al hacerlo, pueden fomentar un entorno en el que se puedan identificar problemas y explorar soluciones mediante el uso de intervenciones participativas e inclusivas como el diálogo intercultural, la medicina tradicional [15] [16].

Además, ofrece herramientas conceptuales para que terapeutas y expertos en medicina convencional y alternativa trabajen juntos de manera más armoniosa, valorando la experiencia de los demás y fomentando un discurso abierto que solo puede beneficiar a los pacientes de ambos campos [16].

El presente estudio se propuso abordar este problema aplicando el modelo de salud intercultural a la percepción de la calidad de la atención entre los miembros de la comunidad nativa en 2019. Lo hizo entendiendo que la atención en salud incluye aspectos problemáticos o situaciones que deben ser consideradas, como la atención intercultural que brinda. Las comunidades indígenas y los profesionales de la salud pueden desarrollar e implementar programas e iniciativas de mejora colaborativa basados en un punto de vista intercultural a través de un proceso integrado, participativo, inclusivo y consensuado.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es el efecto de la aplicación del modelo de salud intercultural en la calidad de atención percibida por los pobladores de comunidades nativas, en el 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Pe1

¿Cuál es la diferencia del nivel de calidad de atención dimensión libre determinación, percibida por pobladores de comunidades nativas durante la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural?

Pe2

¿Qué diferencias se encuentran en el nivel de calidad de atención dimensión continuidad cultural percibida por pobladores de comunidades nativas, durante la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural?

Pe3

¿Qué diferencias se encuentran del nivel de calidad de atención dimensión derecho, legislación, políticas y prácticas percibidas por pobladores de comunidades nativas durante la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural?

Pe4

¿Cuáles son las diferencias existen en el nivel de calidad de atención: dimensión estrategias interculturales percibida por pobladores de comunidades nativas durante la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural?

Pe5

¿Cuáles son las diferencias del nivel de calidad de atención: dimensión respeto e inclusión percibida por pobladores de comunidades

nativas durante la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Demostrar el efecto de la aplicación del modelo de salud intercultural en la calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oe1

Comparar el nivel de calidad de atención: dimensión libre determinación, percibida por los pobladores de comunidades nativas, durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural, en el año 2019

Oe2

Determinar qué diferencias se encuentran en el nivel de calidad de atención: dimensión continuidad cultural percibida por los pobladores de comunidades nativas, durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural, en el año 2019.

Oe3

Analizar las diferencias que se encuentran en el nivel de calidad de atención: dimensión derecha, legislación, políticas y prácticas percibidas por los pobladores de comunidades nativas, durante la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural, en el año 2019.

Oe4

Evaluar las diferencias del nivel de la calidad de atención: dimensión estrategias interculturales percibida por los pobladores de comunidades nativas, durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en el año 2019.

Oe5

Confrontar las diferencias en el nivel de calidad de atención: dimensión respeto e inclusión percibida por los pobladores de comunidades nativas, durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Debido a que permite la medición objetiva y sistemática de las opiniones de los residentes de la comunidad local sobre la calidad del tratamiento recibido dentro de un modelo de salud intercultural, el enfoque metodológico cuantitativo es el más adecuado para esta investigación. La investigación de este tipo se basa en datos numéricos recopilados a través de diversos medios y analizados estadísticamente en busca de correlaciones, tendencias e impactos en la percepción del usuario.

1.4.2. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

Las intervenciones en salud intercultural con capacitación y sensibilización a los trabajadores de salud en temas de atención de salud intercultural han sido poco estudiadas, por lo que este estudio es una extensión del mandato de la Comisión de Políticas Sectoriales, marcos nacionales de planificación para la provisión de recursos humanos para la atención primaria con enfoque intercultural y atención especializada [18] Por el contrario, esta investigación proporcionará la base para estudios que mejoren la salud intercultural y ayuden a elevar el listón de la calidad de la atención médica en el futuro.

Por otro lado, los pueblos indígenas del Perú tienen una idea clara de sus derechos a la atención de la salud adecuada a su cultura y la obligación de comprender, reconocer, respetar y revalorar sus características culturales [12].

Para mejorar la gestión de los servicios de salud, es necesario crear un sistema intercultural, inclusivo y holístico que atienda las necesidades de las comunidades aborígenes. Este sistema debe caracterizarse por una calidad de alta tecnología, centrada en el ser humano y de fácil acceso, así como por la capacidad de aprovechar el conocimiento local sin dejar de ser sensible a las diferencias culturales. Al hacerlo, podemos fomentar un ciclo de salud, enfermedad y muerte, fomentando el diálogo respetuoso y el aprendizaje mutuo entre las dos culturas [17].

Mejorar las disparidades de acceso a la salud, que reducen la eficacia y longevidad de los tratamientos de salud, es otra contribución importante de este trabajo [19], [20]; protegido por la Ley General de Salud, que garantiza que todas las personas tienen derecho a estar sanas y que todos los servicios de salud deben cumplir con los estándares de calidad establecidos [21].

1.4.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

Por tanto, el modelo teórico propuesto tiene como finalidad organizar atención de servicios flexibles, creando un ambiente que respete las costumbres y creencias de la población indígena amazónica y se den los procesos de interculturalidad.

Este estudio resalta la necesidad de que el Ministerio de Salud y la Dirección Regional de Salud de Huánuco fortalezcan sus vínculos socioculturales con el fin de mejorar el acceso a los servicios comunitarios de salud para los pueblos indígenas de la Amazonía. Para que estas personas puedan disfrutar de todo su potencial en términos de salud, felicidad y calidad de vida, es imperativo que se otorgue la máxima prioridad a la atención primaria de salud en términos de desarrollo. En consecuencia, existe una necesidad inmediata de un paradigma de salud intercultural que pueda abordar los requisitos culturales y económicos de esta exigente población.

Una comprensión sólida de las complejidades de la diversidad cultural y la dinámica social es crucial para los profesionales de la salud

que colaboran con los pueblos indígenas para establecer la salud intercultural. Mejorar la educación y la capacitación continua de los proveedores de atención médica puede lograr este objetivo. Esto, a su vez, mejorará la comunicación entre los sistemas de salud indígena y convencional, lo que beneficiará a las poblaciones atendidas. Eventualmente, esto conducirá a un mayor cumplimiento de las políticas de salud, que es una propuesta política y ética que respeta los derechos individuales y colectivos al tiempo que preserva la identidad peruana y fomenta el entendimiento intercultural [16].

Además, la investigación destaca los beneficios de la gestión participativa que están en consonancia con los hechos culturales de los empleados. Cuando se trata de cuidar a las personas, las familias y las comunidades, las prácticas culturales, incluidos los conocimientos, las tradiciones y los rituales, son cruciales. Las personas pueden empoderarse y los servicios de salud pueden mejorarse integrando estas prácticas en la promoción de la salud, la prevención, la cura, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

El presente estudio fue posible gracias a la participación activa de líderes comunitarios, representantes, autoridades y actores sociales en el esfuerzo por educar a los profesionales de la salud y capacitarlos para adoptar el modelo intercultural de salud.

Un pequeño fondo económico cubrió el costo de la capacitación del personal y esto para el público, y también se cumplieron los gastos mínimos para la sensibilización, capacitación e implementación de la intervención.

Garantizar la ausencia de desafíos o incumplimientos éticos se logra mediante la aplicación de los principios de justicia, beneficencia y no maleficencia, además de las nociones de consentimiento informado e investigación científica.

1.4.4. JUSTIFICACIÓN TÉCNICA – CIENTÍFICA

Existe una necesidad crítica en el contexto actual del sistema de salud de investigar el modelo de salud intercultural y cómo los miembros de la comunidad nativa perciben la calidad de la atención que reciben. Esto es particularmente cierto en áreas donde los pueblos indígenas encuentran distintos obstáculos para acceder a la atención médica debido a barreras lingüísticas, culturales y geográficas. Para promover una atención más inclusiva y apropiada para las poblaciones nativas, es necesario comprender la dinámica entre las prácticas de salud convencionales y las prácticas locales. Esto se puede lograr mediante un estudio técnico y científico sobre el tema. Aquí se presentan los argumentos científicos y tecnológicos que permitirán que este proyecto llegue a buen término.

1.5. LIMITACIONES

La falta de un grupo de control es una de las limitaciones del estudio; sin embargo, pudimos mitigar el impacto de la deserción de participantes realizando evaluaciones iniciales y posteriores a la intervención durante el período de intervención de seis meses.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Juntos, el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud están abordando temas de agenda relacionados con el acceso de los pueblos indígenas a la atención diferenciada, lo que ha permitido que la investigación llegue a buen término. En consecuencia, es fundamental desarrollar un modelo de salud intercultural que complemente la medicina occidental con las prácticas tradicionales, promueva la conciencia de la diversidad cultural y ayude a construir arreglos complementarios que se basen en ambos sistemas.

Esta conciliación entre el equipo médico, profesional y técnico (medicina occidental/convencional) y terapeutas de la medicina tradicional/originaria se propicia específicamente para que el saber y la práctica creen espacios de

verdadera escucha y se respete la conciencia epistemológica. Esto, porque dicha población de las comunidades nativas, dado sus características particulares percibe el proceso salud /bienestar, salud/enfermedad, enfermedad/muerte desde su cosmovisión, por lo cual demandan atenciones de salud con orientación intercultural, de manera horizontal a sus expectativas. Por lo tanto, el planteamiento de un modelo de abordaje intercultural en las poblaciones de las comunidades nativas dará a conocer lo importante que resulta trabajar con una visión de interculturalidad, logrando mayor satisfacción del usuario, que permite el cierre de brechas en la atención de salud en las comunidades en mención.

Los gastos que demandó el desarrollo del estudio han sido asumidos por la investigadora, lo que hizo viable su desarrollo.

El desarrollo del presente trabajo ha sido viable, porque se enmarca en un código constitucional que expresa el respeto al derecho al buen vivir, la atención primaria en salud (APS) y la Ley General de Salud N° 26842, que establece el derecho de las personas a acceder a los servicios médicos, donde el estado debe garantizar el acceso a los servicios de salud [23] y el Convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales, documento constitucional de aplicación obligatoria por el Estado Peruano [22]

.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Siguiendo una secuencia cronológica, se remiten las siguientes investigaciones en función de su trascendencia durante el proceso y su examen en la literatura actual; estos estudios forman la base de la presente investigación:

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Rueda, et al (2022), en Colombia, realizó una investigación sobre el tema de la comunicación intercultural y la construcción de relaciones entre el personal del departamento de emergencias y la comunidad indígena en un hospital de Puerto Carreño, distrito de Vichada, cuyo objetivo fue proponer un plan de mejora que permita fortalecer la comunicación entre talento humano en salud (THS) y el paciente indígena, incorporando el enfoque intercultural, el diálogo y el entendimiento entre culturas; concluyeron que; Las comunidades indígenas estudiadas tienen su propio Sistema de Salud Indígena Intercultural Único (SISPI) que está arraigado en su propia cosmovisión y prácticas de atención. Como resultado, este sistema de salud culturalmente relevante permite que la THS se alinee con las diversas visiones, conocimientos y prácticas de salud de la comunidad indígena. Colaborar en la práctica de la salud, salvaguardar las tradiciones ancestrales y garantizar la satisfacción del usuario con la atención son todos los objetivos de este sistema [(20)].

Galdámez, et al (2022), en Chile realizó una investigación titulada Salud intercultural para poblaciones indígenas y migratorias de Chile: un concepto vacío; con el fin de examinar, desde una perspectiva jurídica, las dificultades que ha encontrado la sociedad chilena contemporánea, tanto en cuestiones teóricas como en obstáculos prácticos, en relación con el acceso de migrantes y pueblos indígenas a los servicios

interculturales de salud. Los hallazgos revelan una falta de sustancia en las relaciones interculturales; las comunidades indígenas tienen su propio conjunto de estándares y prácticas cuando se trata de atención médica; hay espacio para la internacionalización de las prácticas de medicina complementaria que incorporan las prácticas indígenas; y, en última instancia, buscamos una interculturalidad funcional que pueda ayudar a cambiar las relaciones de desigualdad y mejorar la visión de las comunidades indígenas sobre la calidad de la atención médica que reciben[23].

Flores, et al (2019) [24], en México, en un artículo titulado Servicios de salud para pueblos indígenas: comparación de la calidad del tratamiento para poblaciones de bajos ingresos de 2012 a 2018, cuyo objetivo era examinar las percepciones de la calidad del tratamiento ambulatorio en poblaciones indígenas y no indígenas entre 2012 y 2018. Los investigadores llegaron a la conclusión de que, al implementar un modelo intercultural de atención ambulatoria, los grupos más vulnerables, especialmente las comunidades indígenas, deberían tener cubiertas sus necesidades y expectativas en primer lugar. Luego, podrían monitorear los cambios en la opinión pública sobre la eficacia del tratamiento médico ambulatorio de esta manera.

Forrellat (2014) una cultura de calidad gira en torno a algunos puntos clave, como se indica en un mensaje rápido: satisfacer a los clientes externos, establecer una buena relación con los pacientes y sus familias, identificar y corregir errores, colaborar en equipo, motivar la participación y crear un sentido de pertenencia para todos los empleados [25]

Riveros-Pinto (2020), el texto profundiza en el concepto de parto respetuoso, destacando la importancia de la sabiduría femenina durante el embarazo, el parto y el posparto. Destaca cómo las parteras tradicionales pueden integrarse en el sistema biomédico sometiéndose a biomedicina, lo que ayuda a reducir la mortalidad materna y perinatal y promueve nacimientos más humanos. Este enfoque fomenta el entendimiento intercultural [26].

Rivera (2014) Al analizar los datos de la parroquia de San Fernando, el sector comparó el nivel de satisfacción de los usuarios con un modelo de atención integral que incluía a miembros de la comunidad y familias de muchos orígenes culturales. El peor escenario: Las intervenciones son planificadas y realizadas por el equipo de salud bajo el Modelo Intercultural de Atención Integral de Salud Comunitaria y Familiar. Por lo tanto, el placer del usuario se asoció con estas variables. La forma en que el personal de salud maneja los esfuerzos comunitarios es insatisfactoria, hay una participación comunitaria limitada y el 68.75% de los usuarios no están contentos [(27)].

Mamani (2023), describe las características de la cultura Kallawaya, como centro de saberes, ritualidades, especialidades lo que le da amplio conocimiento de la medicina tradicional desarrollado en instituciones oficiales como al Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) hasta su ejercicio como médicos itinerantes, siendo otras de sus tareas de esta cultura la transferencia de los saberes del manejo de la medicina herbolaria, usos y costumbres de la cultura Kallawaya [(28)].

Polo-Andrade (2020), realizó una evaluación para medir la eficacia de la implementación del modelo SAFCI en el servicio departamental de salud de Chuquisaca. El modelo es una estrategia intercultural de salud comunitaria que busca mejorar la eficacia y eficiencia de la atención de salud dentro del Sistema Nacional de Salud. Centrándose en el primer nivel de tratamiento, la investigación concluyó que el modelo era relevante; sin embargo, no era aplicable al tercer nivel de atención hospitalaria [(29)].

Bautista (2017) los pacientes están más satisfechos y la calidad del servicio es mayor cuando las escuelas de medicina incluyen la competencia intercultural en su plan de estudios, según la investigación. La importancia de los canales abiertos de comunicación entre los curanderos convencionales y los profesionales de la medicina moderna es un principio fundamental. Esto, a su vez, dicta el estándar de atención

médica multicultural, que se basa en un paradigma integrador que incorpora la comprensión de los curanderos tradicionales de las cosmovisiones ancestrales de la salud [30].

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Segovia, et al (2022), en Ica, en colaboración con el Centro Nacional de Salud Intercultural del Ministerio de Salud, crearon talleres y brindaron apoyo técnico remoto a cuatro establecimientos de salud piloto en la Región como parte de un estudio titulado "Un modelo de gestión para incorporar la interculturalidad en la prevención y control de la tuberculosis en IC, 2021-2022".El estudio se basó en el Modelo de Excelencia en la Gestión de la Innovación (EMOI) de la Universidad Politécnica de Valencia en España. Es más probable que estas empresas usen tarjetas familiares con una perspectiva multicultural, tengan un espacio situacional variado según la etnia y tengan mejores resultados a la hora de identificar grupos étnicos, según los datos [31].

Montalvo, et al (2022), en Huancayo, Realizaron un estudio titulado "Cambios a realizar en la administración del enfoque multicultural del Programa de Promoción de la Salud en la Microrred Monzón - Red Leoncio Prado de 2020-2022". El objetivo fue empoderar a los actores locales de la microrred de Monzón para promover la salud desde una perspectiva intercultural abordando los procesos salud-enfermedad reconocidos, estudiados y comprendidos en la zona. En primer lugar, que los programas de promoción de la salud que adoptan un enfoque intercultural deben estar bien administrados para fomentar las relaciones horizontales entre las instituciones de salud y las comunidades a las que sirven. En segundo lugar, que dichos programas contribuyan a reducir los prejuicios y la exclusión dentro de los entornos de atención médica. En tercer lugar, que dichos programas mejoren la percepción pública de la atención médica en general [32].

Abanto (2021), en Cusco, desarrolló un estudio titulado Pertinencia cultural del personal sanitario en la atención primaria de salud de la

Microred Livitaca 2018; el propósito de este estudio descriptivo fue evaluar la competencia cultural del personal médico de atención primaria. Se les pidió a los participantes que completaran un cuestionario de ocho preguntas; los resultados mostraron un coeficiente de confiabilidad de 0.75 según el alfa de Cronbach. Esto sugiere que los miembros del personal encuestados tenían capacitación y experiencia limitadas con la atención médica intercultural, y que solo el 37.0 por ciento otorgaba un valor adecuado a los tratamientos tradicionales. Llegó a la conclusión de que; comprender y respetar los antecedentes culturales de los pacientes y sus familias es un componente clave de la diversidad cultural, que a su vez mejora la prestación de atención centrada en el paciente [33].

Scarlett (2020), en Lima, Un estudio realizado en el Hospital Santa María de Nieva denominado "Incorporando la interculturalidad: Una mirada a la estrategia de salud del parto vertical institucional" tuvo como objetivo analizar las narrativas y experiencias del sujeto para explicar cómo se implementó el enfoque intercultural en la atención del parto dentro de los servicios públicos de salud. El estudio utilizó metodología cualitativa del tribunal fenomenológico. Según sus hallazgos, las mujeres awajún poseen información exclusiva sobre salud reproductiva, que se ha transmitido de generación en generación a través de la experiencia personal. Como parte de su identidad y de su derecho como ciudadanos, el conocimiento de estas personas debe incluirse en los tratamientos y procedimientos que reciben en su centro de salud local. Lamentablemente, este conocimiento está siendo descalificado y dejado de lado debido a la reciente medicalización del parto y la normalización de la biopolítica de la salud en Nieva [34].

La investigación de López (2019), este estudio de inclusión de tipo descriptivo utilizó el método histórico comparativo para examinar a 49 familias de pequeños pueblos y caseríos del distrito de Usquil, provincia de Otuzco, región La Libertad. El entorno del estudio se caracterizó por la diversidad geográfica y cultural. Para atender las necesidades de las comunidades marginadas (aquellas ubicadas fuera de las áreas rurales),

las iniciativas de inclusión social a menudo adoptan la forma de programas de asistencia con duraciones variables, con énfasis en mejorar la capacidad de la población para brindar servicios a través del trabajo de recursos humanos (funcionarios y promotores). Los formuladores de políticas pueden tener buenas intenciones cuando aprueban medidas destinadas a mejorar la vida de los ciudadanos, pero hay muchos factores que influyen en cómo las personas perciben la calidad del trato que reciben [35].

Cárdenas (2017) y et al; en un artículo sobre interculturalidad en salud, el autor analiza la Asociación Interétnica para el Desarrollo de la Selva Peruana (AIDESEP). AIDESEP propone un programa donde jóvenes indígenas son capacitados como enfermeros técnicos en salud intercultural y luego internados en establecimientos de salud. Esto ayuda a garantizar que se brinden servicios de salud culturalmente apropiados. El artículo muestra que la interculturalidad se puede poner en práctica cuando los pueblos indígenas se involucran en su propio autocuidado de su salud [36].

Campos (2017), en un estudio titulado, Modelo de gestión y participación de actores involucrados en la pertinencia cultural de los servicios de salud en Churcampa (Huancavelica), a partir de su investigación, ha llegado a la conclusión de que existen dos niveles de diálogo intercultural: adecuación cultural y adecuación de los servicios con relevancia cultural. La adecuación cultural es el primer nivel, y el personal de salud debe aplicar este nivel de conocimiento y experiencia a la salud de sus ciudadanos. El segundo nivel implica reconocer y evaluar conocimientos previos, tener encuentros entre actividades y entendimientos, y ayudar a las mujeres embarazadas en su papel protagónico durante el parto. Por lo tanto, la interculturalidad no se trata solo de servicios de salud culturalmente adecuados, sino también de brindar servicios que sean culturalmente relevantes. Este es el resultado de un diálogo horizontal que tuvo lugar entre proveedores de atención médica y pacientes, así como entre la medicina convencional y la medicina tradicional/indígena. El objetivo es trabajar con diferentes

ramas del gobierno, como el Ministerio de Salud, el Gobierno Regional y el Ministerio de Cultura, el Ministerio de la Mujer, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Gobierno Local y la comunidad organizada, para crear políticas públicas sobre salud materna que sean culturalmente relevantes. Con el objetivo de maximizar la participación familiar e integrar la atención vertical del parto en la atención estándar del parto como un producto mejorado, diseñaremos y difundiremos espacios de discusión coordinados para la atención de la salud materna [37].

Vega (2021), en su artículo Aportes para la construcción de Salud Intercultural en el ámbito amazónico los procesos interculturales están cambiando porque, en el pasado, el sistema de salud era mono cultural y trataba a los indígenas como una civilización de clase baja, que debería renunciar a sus prácticas de salud y otras formas de vida solo para mantenerse con vida. Ahora, sin embargo, los proveedores de atención médica están mejor preparados para manejar problemas interculturales porque participan en talleres de concientización intercultural, donde pueden hablar sobre sus experiencias y discutir cómo el taller mejoró la calidad de la atención intercultural en sus instalaciones. Los participantes notaron mejoras en las siguientes áreas: tratamiento más empático, claridad sobre la identidad cultural y el territorio, armonía con la naturaleza, relaciones saludables, ausencia de agresión, ambiente de confianza, mayor felicidad y eficacia terapéutica. Dicho esto, señalan que la atención médica y la medicina tradicional tienen mucho camino por recorrer antes de que puedan colaborar para tratar las enfermedades de los pueblos indígenas [2].

Pintado (2016) en su estudio de implementación de políticas públicas para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas, las comunidades indígenas enfrentan barreras para la atención médica, la equidad cultural y la inclusión social como resultado de un marco centralizado que se aplica de manera consistente y puede generar conceptos erróneos e incluso prejuicios. Además, las comunidades indígenas y los servicios de salud a veces reciben

mensajes contradictorios entre sí debido a brechas legislativas en salud intercultural y contenido intercultural estratégico, como se muestra en el estudio de implementación de políticas. Cuando los enfoques de las políticas nacionales se contrastan con los marcos culturales de estas comunidades, surgen desacuerdos y disputas, lo que compromete la calidad y sostenibilidad de la prestación de atención médica [38].

Castro (2021) en su artículo hacia una tipología de la interculturalidad en salud: alcances, disputas y retos, la interculturalidad se define como la interacción entre comunidades indígenas y actores territoriales, abarcando los procesos sociales y económicos relacionados con la salud, la enfermedad y la muerte. El objetivo es reconocer a los pueblos indígenas como sujetos legales y trabajar para mejorar su salud y la salud de sus comunidades. Para abordar las desigualdades, garantizar el derecho a la salud y la protección de la salud, mantener la relevancia cultural y abrazar el pluralismo médico, es decir, diversos sistemas médicos, conocimientos y prácticas terapéuticas, el Estado debe liderar, financiar, administrar y brindar atención médica a través de un enfoque intercultural que reconozca y colabore con otros actores territoriales. A largo plazo, esta estrategia espera promover una interacción más equitativa en todo el continuo de salud, enfermedad y atención al mejorar las circunstancias de vida y la calidad de vida de las personas [48].

2.1.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde 1920, cuando los colonos indígenas estadounidenses se pusieron en contacto con la Sociedad de las Naciones y las Naciones Unidas, respectivamente, con poco éxito, los investigadores han examinado las poblaciones indígenas. En respuesta, el gobierno boliviano solicitó a la ONU que estableciera una subcomisión para abordar el tema de frente [34].

En la 57ava Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en 2004, respaldó una estrategia de atención primaria de la salud cuyo

objetivo es llevar la salud a todos y el Estado peruano establece el Modelo Integral de Atención en Salud, actualmente Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la persona, Familia y Comunidad (MCI) aprobada con Resolución Ministerial N° 030-2020/MINSA [19], estableciendo un marco para el cambio real en la salud peruana si se aplica como tal, lo que incluye el enfoque intercultural en la atención de salud; así mismo, el MINSA formuló políticas de revaloración de saberes tradicionales en salud de estas poblaciones, respetando la relación con su entorno, para mejorar la atención a los servicios de salud [15].

Según Decreto N° 1166-2014, da su bendición al establecimiento y operación de Redes Integradas de Atención Primaria de Salud, parte esencial de la cartera mejorada de salud pública; también ordena la atención a determinantes sociales, como elementos culturales, exclusión social como resultado de la pobreza y circunstancias que pueden restringir el desarrollo humano de las personas de menores ingresos [41], como es el caso de las comunidades amazónicas, quienes por sus características tienen limitadas oportunidades en el ejercicio de sus derechos y capacidades como son los conocimientos propios en su comunidad.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

Las redes integradas de salud (RI) son responsables de brindar las características definitorias de la atención primaria de salud (primer punto de contacto, coordinación, integración, longitudinalidad y continuidad), así como una gama completa de servicios de salud a través de la ejecución de programas de salud públicos y privados. En esta estrategia también se incluyen aspectos sociales. Los sistemas de salud de todo el mundo han implementado diferentes tipos de control de calidad para garantizar que los pacientes reciban un tratamiento de primera

categoría. Esto se debe a que la calidad es ampliamente reconocida como crucial [41].

Existen una serie de modelos que intentan cuantificar la calidad de la atención médica, tanto para individuos como para el público en general. Uno de esos modelos es el creado por Donabedian, quien adopta un enfoque triple de la calidad al considerar los aspectos humanos, técnicos y ambientales [42].

Ejecutar lo correcto en cada situación y durante cada procedimiento, manteniendo bajos los costos y asegurándose de que las personas que reciben ayuda estén contentas, es lo que significa brindar atención de alta calidad. La satisfacción de la población asistida que recibe atención, la implicación de los gestores sanitarios en la planificación y la consecución de una práctica clínica adecuada son los determinantes de la calidad asistencial [42].

Rodríguez, presenta los siete pilares de la calidad de Avedis Donabedian como principios que sustentan el modelo de salud intercultural presentado en este estudio. También analiza la calidad de la atención a través de la Teoría de Sistemas, prestando especial atención a la precisión de la estructura, el proceso y el resultado. Se consideran los siguientes aspectos: eficacia, eficiencia, optimización, aceptabilidad (incluida la relación médico-paciente, comodidad, accesibilidad y preferencias del paciente), legitimidad y equidad [42].

La adhesión a un conjunto de criterios basados en tres principios rectores es una forma de pensar sobre la calidad de la atención médica. a) el campo médico, que establece la eficacia; b) creencias y expectativas personales, que proporcionan legitimidad; y c) normas y expectativas sociales, que establecen la aceptabilidad.

Dado que la calidad no puede ser juzgada solo por profesionales de la salud o en términos técnicos, sino también por las preferencias únicas de los pacientes y la sociedad en general, evaluar y garantizar la calidad de la atención médica es un problema desafiante para la comunidad médica [43].

La calidad del tratamiento que afecta la satisfacción de la población está determinada por la demografía de los pacientes, que incluye la edad, el género, el nivel de educación, el nivel socioeconómico, etc., así como las actitudes profesionales y los avances en reacción a estos datos demográficos [42].

Garantizar un tratamiento de alta calidad es responsabilidad compartida de todas las partes interesadas del sistema de salud que entran en contacto directo con los pacientes. La razón de esto es porque cuando los pacientes reciben atención interpersonal de alta calidad que coincide con la oportunidad, el tratamiento y la comunicación que reciben es más probable que tengan una experiencia positiva en general.

El Ministerio de Salud define la atención de salud intercultural de excelencia como el grado en que las probabilidades de los pacientes de lograr sus objetivos y disminuir sus riesgos de sufrir efectos desagradables mejoran con tratamientos médicos convencionales, tradicionales/ancestrales o únicos. Cuando se trata de comunidades indígenas, esto significa darles la máxima prioridad en términos de relevancia cultural, calidad, calidez, excelente trato, comunicación horizontal con los médicos y satisfacción de sus necesidades específicas [44].

2.2.1.1. EPISTEMOLOGÍA DE LA CALIDAD

Desde los albores del tiempo, la calidad ha sido intrínseca a la existencia humana. Ya sea en la creación de armas, alimentos o ropa, las personas siempre han prestado mucha atención a los detalles para mejorar sus productos. La garantía de calidad existe desde antes de Cristo. En 2150 a.C., por ejemplo, el Código de Hammurabi ordenaba que los constructores debían usar buena resistencia al construir casas; de lo contrario, la regla establecía que el constructor sería ejecutado si la casa se derrumbaba mientras los ocupantes estaban dentro. De manera similar al programa de medidas correctivas de los fenicios, que implicaba cortar la mano del delincuente cuando la calidad se consideraba

inadecuada, la calidad se puede ver en los artefactos de civilizaciones antiguas como las pirámides egipcias y los frisos de los templos griegos, entre otros. La idea de Calidad Total, sin embargo, se originó en Japón, donde los seguidores la consideran una religión. Las sedas de damasco, la porcelana china y otros artículos ilustres de la Edad Media tenían sus propios mercados distintos que prosperaban gracias al renombre de sus propios estándares de calidad.

Existió un cambio del taller a la fábrica durante la revolución industrial. Las fábricas podían producir en masa productos terminados o piezas para ensamblar más tarde. El taller dio paso al sistema de fábrica de trabajos en serie especializados para satisfacer la alta demanda y mejorar la calidad del proceso. Una parte importante de este sistema fue la inspección, que fue realizada por el mismo operador para garantizar el cumplimiento de las normas. A finales de la década de 1800 y principios de la de 1900, la producción fue el foco principal. Sin embargo, con la llegada del control de calidad en los Estados Unidos y otros países, los japoneses vieron la necesidad de superar a sus competidores internacionales, particularmente a los Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania, para competir en el mercado global cada vez más competitivo. Esto fue a pesar de los limitados recursos naturales de Japón y la dependencia de las exportaciones de divisas, lo que les permitió importar bienes que no podían producir en el país.

Por lo anterior, refinaron la idea de calidad; según ellos, debería estar presente durante todo el ciclo de vida del producto, desde la conceptualización hasta la entrega final al comprador. Esto abarca no solo la producción, sino también las tareas administrativas y comerciales, en particular las relacionadas con el ciclo de servicio al cliente y todos los servicios que siguen [42].

Los indígenas expresaron su insatisfacción con el nivel de trato que reciben en las entrevistas. Sus experiencias con

proveedores de atención médica que los castigaban o criticaban por cosas como ver a un curandero, usar medicina tradicional, vestirse con amuletos o curitas, o discutir rituales como peregrinaciones, subir la colina, hacer recados o exponer sus cuerpos eran temas comunes. También mencionaron el tema de los sentimientos de culpa de las mujeres cuando revelan demasiada piel, la necesidad de cuarentena posparto y los beneficios de los baños de hierbas y vapor. También insistieron en que el personal médico los escuchara con tolerancia y amabilidad y los tratara con compasión [45].

2.2.1.2. TEORÍA DE CUIDADOS CULTURALES, DE LA DIVERSIDAD Y UNIVERSALIDAD

Alvear, describe la teoría de Madeleine Leininger, relacionado con la Enfermería Transcultural o teoría de la Cultura del Cuidado, centrado en el examen de once variaciones culturales y subculturales globales en relación con las prácticas de cuidado, el cuidado de enfermería culturalmente apropiado, los principios universales, las creencias y los patrones de comportamiento a seguir para construir una base científica y humanística del conocimiento. Su teoría sostenía que los cuidadores culturales podían aprender más sobre las preferencias y necesidades de sus pacientes adoptando una visión más holística de la condición humana, una que tuviera en cuenta los contextos sociales e históricos del paciente, así como su cosmovisión, valores culturales, uso del lenguaje y los sistemas profesionales y populares dentro de los cuales operan [46].

2.2.1.3. LA TEORÍA DEL CAMBIO

Rogers (2016), plantea que la Teoría del Cambio, expone cómo actividades productivas una serie de resultados precisando los impactos concluyentes; en efecto, se entiende usualmente como una articulación de cómo y por qué una determinada

intervención conducirá a un cambio específico. Presenta cuatro propósitos: planificación estratégica, descripción, seguimiento - evaluación y aprendizaje. Para ello, es necesario el análisis del contexto y del rol de la entidad participante para el logro del proceso de transformación, asegurar que los recursos, la experiencia y las condiciones externas necesarias para el cambio estén identificados y presentes [47].

2.2.1.4. MARCO LEGAL DE LA ATENCIÓN DE SALUD INTERCULTURAL

La legislación sobre comunidades nativas y de desarrollo agrario de las regiones de la selva y ceja de selva, están centradas en sus tierras y recursos naturales [48], sin tener en cuenta el bienestar de su propia gente, en una sociedad donde el tratamiento médico se considera un derecho básico. El Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) del Ministerio de Salud realiza investigación y desarrollo de tecnologías apropiadas para el estado actual de salud a nivel nacional y regional. INMETRA tiene en cuenta las prácticas médicas modernas y tradicionales. El desarrollo de una estrategia para la medicina tradicional con el objetivo de aumentar su integración con la medicina académica para mejorar la salud comunitaria también es su responsabilidad, al igual que la implementación de la Ley mencionada anteriormente (40) Además, el Centro Nacional de Investigación Social e Intercultural y Salud Social (CENSI) también fue acusado de violaciones a esta ley. La ley establece Unidades Interculturales de Salud y formaliza regulaciones para proteger a los pueblos indígenas en aislamiento voluntario. Proporciona fondos para investigaciones, educación, programas y servicios interculturales relacionados con la salud. La ley también tiene como objetivo restaurar y utilizar los conocimientos, prácticas y hábitos médicos tradicionales. Durante el peligro epidémico, el Estado está obligado a establecer estas unidades, y se les otorgarán permisos especiales para ingresar a los territorios indígenas.

2.2.1.5. ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto sobre la Atención Primaria en Salud (APS) mejorar la atención médica comienza por brindar a las personas las herramientas que necesitan para ser participantes activos en su propia salud y bienestar. Después de eso, sigue la planificación de la atención médica; aquí es donde comienza la mayoría del tratamiento médico continuo de las personas dentro del sistema de salud. Por último, las disparidades en salud en los países en desarrollo solo pueden eliminarse con la ayuda de un Estado que sea flexible y esté respaldado por instituciones nacionales e internacionales [(50)]. La declaración de Alma-Ata define la atención primaria de salud como la atención médica sustancial, con acceso a la comunidad, previa participación de las familias lo que implica aceptación del proceso de atención, con prácticas y tecnologías sólidas y socialmente aceptables a científicamente acercando a los hogares donde viven o trabajan los individuos, constituye la primera interacción entre personas, familias y comunidades, primer paso en un período duradero de cuidado médico [(50)].

2.2.1.6. POBLACIONES INDÍGENAS

Los nativos americanos son un pueblo que ha vivido en los mismos lugares durante generaciones y que continúa usando esas mismas tierras y formas de vida. A pesar de ser uno de los grupos más marginados del mundo, los pueblos indígenas han logrado preservar muchos de sus rasgos sociales, culturales, económicos y políticos distintivos [(44)] a la luz del hecho de que las poblaciones humanas son productos culturales, se deduce que el desarrollo prospera y está entretejido en un tejido cultural particular.

2.2.1.7. MODELO DE SALUD INTERCULTURAL

Al instituir un enfoque intercultural de la salud, un modelo de atención intercultural puede reconocer la variedad étnica y cultural de la población indígena y reaccionar en consecuencia a sus

necesidades percibidas. Los rasgos y necesidades de los pueblos indígenas pueden entenderse mejor a través de la discusión, la introspección y el análisis que este enfoque hace posible. Incorporar aspectos de la antropología social y la participación de las personas en la organización y prestación de la atención médica son componentes esenciales [15].

La OPS definió los siguientes principios básicos para el desarrollo del modelo de salud intercultural [52].

- Los aspectos promocionales, preventivos y de rehabilitación de la atención médica deben considerarse en un enfoque holístico.
- El compromiso social de los pueblos indígenas debe garantizarse de manera metódica.
- Debemos alentar la reactivación de las prácticas culturales.
- La estructura gubernamental y la sociedad civil trabajan juntas para asumir responsabilidades gerenciales, regulatorias y de supervisión, de acuerdo con la idea de reciprocidad.
- Todos en la sociedad, independientemente de su estatus socioeconómico, ubicación geográfica o antecedentes culturales, tienen acceso a atención médica básica.

El desarrollo del modelo de atención seguirá estas estrategias, que están estructuradas de acuerdo con los principios de la reforma del sector de la salud*:*

Equidad

- La mayor preocupación debería ser por las comunidades indígenas, en particular sus mujeres y niños, así como por otros grupos oprimidos.
- Evaluar estas preocupaciones a la luz de las iniciativas actuales para proteger la biodiversidad y el medio ambiente;

mantener la dieta autóctona y reevaluar y salvaguardar la medicina tradicional.

Participación social

- Consolidar los esfuerzos hacia la descentralización. Es decir, garantizar el empoderamiento de los pueblos indígenas mediante la transferencia de autoridad a las administraciones locales.

- Mejora de la participación social, particularmente entre las comunidades indígenas, mediante su inclusión en la formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas relacionados con la salud.

Calidad

- Seguir las reglas y regulaciones que allanan el camino para paradigmas y prácticas innovadoras de atención médica.

- Los defensores abogan por el crecimiento de la atención primaria como principio clave del modelo.

- Capacitar al personal para que cumpla con los requisitos de los pueblos indígenas y mejorar sus capacidades analíticas y de apoyo técnico en todos los niveles de gestión son dos formas de fortalecer y hacer crecer los recursos humanos.

Eficiencia

- Para mejorar las habilidades de toma de decisiones de la oferta institucional, se necesita una red más extensa de servicios adaptados a ciertas características demográficas.

- Los métodos incluyen la creación de consenso, la negociación, la cooperación y la responsabilidad compartida que llevan a las personas de la comunidad a la administración del hospital a través del desarrollo de nuevas técnicas de gestión.

Sostenibilidad

La promoción de una estrategia comunitaria para abordar los problemas, la defensa de las libertades personales, la mejora del bienestar familiar y la ampliación de oportunidades para una educación primaria y secundaria de alta calidad.

Capital para apoyar programas de educación para la salud y mejorar las habilidades de resolución de disputas.

Influencia en cómo se han desarrollado las medidas para salvar el medio ambiente.

Para gestionar mejor los recursos financieros, humanos y logísticos, es fundamental:

- Crear plataformas de diálogo y negociación entre los sectores indígenas e institucionales, así como entre los diferentes niveles de gobierno.

- Realizar investigaciones para desarrollar metodologías y bases de datos que se construyan y coordinen desde las perspectivas de los grupos indígenas e institucionales.

- Mejorar la salud y la capacidad de los pueblos indígenas para analizar los recursos humanos a través de la educación y la comunicación.

a. Cultura

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el arte, la literatura, el estilo de vida, los derechos humanos básicos, los sistemas de valores, las creencias y las tradiciones forman parte de lo que se caracteriza como la cultura de una sociedad o grupo social. La cultura puede describirse como una colección de rasgos espirituales, materiales y emocionales [51]. De esta base se deriva

la idea de identidad cultural; esta identidad es intangible y comunitaria, y se desarrolla mediante la interacción de muchos componentes (creencias, valores, lenguaje, ritual, comportamiento, celebración, música, etc.). Por lo tanto, la cultura se ve mejor como un fenómeno en evolución, compuesto tanto por tradiciones transmitidas como por innovaciones contemporáneas que incluyen tantas normas establecidas como ideas prestadas [53].

b. Interculturalidad

Reconocer y apreciar las variaciones que existen dentro y entre culturas dentro de un lugar específico es un proceso social interactivo en el que debemos participar si queremos construir una sociedad justa en todos los aspectos, incluidos, entre otros, la política, la economía, los problemas sociales, cultura, género, edad, idioma y generación [15].

Los cambios en las costumbres sociales, las mentalidades, las emociones y las cosmovisiones son parte de este intercambio cultural. La cultura se define por su visión en constante cambio, que da la bienvenida a nuevas conexiones sociales, construye la igualdad de derechos de los ciudadanos y fomenta el cambio a través de la comunicación empática. Una sociedad que respeta la existencia de los demás se construye negociando y superando los desequilibrios sociales, económicos y políticos [54].

Para Castro, involucrar efectivamente a las personas, las comunidades y otras partes interesadas en el desarrollo y la ejecución de políticas y programas de salud dentro de sus respectivos territorios, es necesario participar en una reflexión intercultural sobre la práctica de la salud y comunicarse respetuosamente para lograr el entendimiento mutuo [55].

La interculturalidad es un enfoque interdisciplinario, ya que impregna todos los dominios donde interactúan los individuos y sus antecedentes culturales [39].

c. Interculturalidad en salud

Desde una perspectiva positiva con las relaciones interculturales, se trata de comprender el proceso de salud, bienestar, enfermedad y muerte de diferentes orígenes culturales y étnicos, respetando la diversidad cultural en términos de conocimientos, creencias, prácticas y las formas en que se basan [56].

Para Mirlelly Aguilar; es necesaria una agenda política, servicios de salud suficientes y la formación de profesionales en salud intercultural a nivel técnico, tecnológico, profesional y de posgrado. La interculturalidad facilita la comunicación y el entendimiento entre las culturas indígenas y occidentales. Para las comunidades indígenas, los malos comportamientos son la causa fundamental de las enfermedades. También valoran mucho vivir en paz con el mundo natural, sus mayores y las deidades [54].

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos, considera el ejercicio de los derechos económicos, sociales, culturales y la igualdad de oportunidades de las personas y colectivos, así mismo se requiere la práctica de mecanismos de diálogo social, coordinación interinstitucional para la aplicación las representaciones de género, interseccionalidad e interculturalidad [57].

La interculturalidad en Salud, en nuestro país se encuentra en desarrollo, mientras que en Bolivia en la Comunidad de Racaypampa cuentan con un Estatuto y en su artículo 70, título I describe su autonomía en la planificación, ejecución de las políticas de salud intercultural, donde implanta la complementariedad entre la medicina tradicional y medicina académica, incluyendo el uso de los recursos, prácticas curativas locales, labor de los especialistas locales que hacen labor de sanadores [26].

El Ministerio de Salud; el término "interculturalidad" se refiere a la práctica de fomentar una atmósfera de respeto y comprensión mutuos entre personas de diferentes orígenes culturales y étnicos en relación con la salud y la enfermedad. Esto incluye sus conocimientos, creencias, prácticas e interpretaciones únicas de estos conceptos, así como su acceso a información actualizada sobre medicina convencional con el propósito de mejorar o preservar su salud. En consecuencia, las relaciones interculturales se establecen en un entorno libre de discriminación, dinámicas de poder o subyugación de ningún tipo [44].

La atención de salud intercultural

Respetar e incorporar el conocimiento culturalmente único de los pacientes sobre la enfermedad y la salud es esencial para un enfoque intercultural de la atención médica, que también reconoce la necesidad de escuchar y aprender de los diversos puntos de vista de los pacientes. Las comunidades indígenas y sus profesionales de la salud tienen distintos puntos de vista y necesidades que deben ser respetados. Es de suma importancia incluir la salud de los pueblos indígenas en los protocolos de investigación y respetar el triángulo de la vida (la persona, su comunidad y la tierra) [58].

Una salud intercultural entendida como lo señalan Vega et al, [2] vivir en equilibrio con el medio ambiente y todos sus habitantes implica cultivar conexiones cordiales dentro de la comunidad y mantener una sólida reverencia por el planeta y sus riquezas. En consecuencia, los proveedores de atención médica deben abordar su trabajo con una perspectiva multidimensional, considerando las normas culturales y los principios éticos; es esencial reconocer la salud como una condición de bienestar mental y físico total; y es crucial crear interacciones sociales equitativas entre hombres y mujeres indígenas con respecto a la atención médica.

d. Enfoque intercultural de la salud

La atención médica multicultural tiene como objetivo brindar cobertura universal y acceso justo a atención médica de alta calidad al considerar las distintas formas de vida, actitudes, creencias y aspiraciones de las personas [11].

El enfoque intercultural es definido por el Ministerio de Salud de la siguiente manera: es una estrategia que pone énfasis en la relevancia cultural al planificar y brindar servicios de salud. Este enfoque ayuda a los proveedores de atención médica y a las comunidades a las que sirven a comunicarse de una manera que derriba las barreras sociales y culturales, lo que a su vez conduce a una mayor inclusión social [18].

Los lineamientos estratégicos del enfoque intercultural de la salud se han agrupado en tres áreas de acción: 1) armonización jurídica, 2) armonización conceptual y 3) armonización práctica.

La armonización jurídica, este enfoque puede ayudar a garantizar que las leyes, programas y regulaciones sean más conscientes de los distintos contextos sociales y culturales de los pueblos indígenas. Adoptar políticas que garanticen que todos tengan acceso a entornos seguros y saludables y tratamiento médico de alta calidad; reconocer la importancia de los sistemas de salud indígenas para la prevención de enfermedades, el tratamiento y la promoción de la longevidad; y trabajar hacia una relación más equitativa entre las comunidades indígenas y el resto de la sociedad [16].

El Estado Peruano, reconoce que los pueblos indígenas, cuentan con derechos colectivos específicos, propuestos por el Convenio 169 de la OIT, ratificado por el Perú en 1994, asimilar la idea de derechos comunales en su marco judicial. El derecho a la salud está firmemente asentado en este paradigma, enfatizando que el bienestar físico y mental son derechos humanos

fundamentales garantizados por la sociedad y utilizados por el Estado para promover su propósito sistémico. Sin embargo, aún existen brechas en la salvaguarda de este derecho; un ejemplo de ello es la contaminación que destruye los hogares y la salud de los pueblos indígenas al contaminar los alimentos producidos o recolectados localmente y el agua que se obtiene bajo tierra. Por lo tanto, incluso si las políticas sociales quedan fuera del ámbito del sector de la salud, es fundamental asegurarse de que sean coherentes con la salud [22]

La armonización conceptual, fundada en el entendimiento de que la sabiduría, los métodos y los materiales indígenas tradicionales constituyen un sistema de salud que ayuda a preservar y mejorar la salud [16].

La armonización práctica, junto con la utilización de los activos comunitarios y la medicina convencional de acuerdo con perfiles epidemiológicos particulares, al tiempo que se cultivan recursos humanos indígenas y no indígenas que son capaces de honrar, comprender y reaccionar ante los diversos entornos socioculturales de los sistemas de salud que posee la población objetivo, particularmente los sistemas tradicionales, complementarios y alternativos, y el conjunto subyacente de creencias y valores que los conforman [16], con el fin de brindar atención médica centrada en la comunidad y en el individuo que sea sensible a las normas y prácticas culturales.

Otra de las estrategias valiosas en la atención de salud intercultural es el establecimiento del diálogo intercultural, en el que la comunicación entre proveedores y usuarios cobra relevancia[16], cuando los cinco pasos de la comunicación efectiva (escuchar, explicar, reconocer, sugerir y negociar) se ejecutan de manera efectiva; Los componentes gramaticales, simbólicos y semánticos del lenguaje son los más citados como barrera de comunicación.; sin embargo, esto no significa que la conexión no pueda superar

los desafíos: personal médico-paciente, es decir, si el personal médico es comunicativo y está familiarizado con los antecedentes culturales y las prácticas de salud del paciente, incluidos, entre otros: los nombres de enfermedades y afiliaciones culturales, el papel de los hábitos en la salud y la enfermedad, el aspecto físico del dolor y el uso de remedios herbales tradicionales. El establecimiento de una relación horizontal se demuestra a través de las siguientes prácticas: utilizar el idioma nativo de la población durante la atención, comprender y respetar los elementos culturales relevantes para la recuperación y el cuidado de la salud del paciente, coordinar el uso de la medicina occidental e indígena, fomentar y recomendar el uso racional de los medicamentos, etc. Al hacer que la comunicación intercultural sea más operativa, se puede llevar a cabo esta negociación y se pueden tratar los trastornos primarios [44].

e. Medicina tradicional

Atriano-Briano, en su artículo Medicina Tradicional Mexicana, cultura y tradición, el campo de la medicina tradicional incluye el conjunto de información obtenida de diversas prácticas y creencias indígenas. La salud mental y física, la prevención de enfermedades, el análisis y el tratamiento son áreas que se benefician de estos métodos. Gran parte del conocimiento, los recursos, los métodos de desarrollo y la salud del mundo provienen de la medicina tradicional, que es en sí misma un componente invaluable del legado cultural material e inmaterial de la humanidad [58].

La Medicina Tradicional reconoce un acumulado de conocimientos, saberes y técnicas ancestrales desarrollado por los pueblos indígenas sobre las plantas medicinales, que han transcurrido de generación en generación como parte de su expresión cultural, sumándose a estos procesos juicios donde congenian el respeto y beneficio de la naturaleza amplia y extensa que provee recursos con propiedades usados en la sanación del

ser humano, con práctica de rituales, creencias, donde rol de práctica y experiencia de los sanadores, es elemental[44].

f. Calidad de atención

La palabra calidad proviene etimológicamente del latín “qualitas o qualitatis”, que significa perfección. Las características intrínsecas de una cosa se definen como su rasgo o combinación de atributos que permiten valorar su valía en el vocabulario de la Real Academia Española. Un rasgo que distingue a las personas, los productos y los servicios es lo que este término tiene en mente [59], optimizar los beneficios para la salud y minimizar los riesgos para el usuario y sus acompañantes mediante el uso de investigación y tecnología.

Años más tarde, concretamente en 1989, la Organización Internacional de Normalización (ISO) definió: Para ser de alta calidad, un producto o servicio debe tener características que le permitan funcionar como se espera. Comenzar con una mente abierta comunica dos ideas fundamentales: primero, que la calidad es una medida del grado en que se logran los objetivos; segundo, que cómo se define y usa la calidad determina su uso. Sin embargo, la calidad tiene connotaciones diversas según a quién le pregunte: administradores, usuarios o administración de la atención médica. Sin embargo, estos tres conceptos distintos de calidad están relacionados y comparten un fundamento similar [43].

Calidad de atención en salud

Evaluar la calidad de la atención implica un juicio que garantice que el usuario experimente un bienestar óptimo al evaluar el equilibrio de beneficios y perjuicios a lo largo del proceso. En consecuencia, brindar una atención médica de calidad que reconozca la diversidad cultural de toda la población requiere capacitación, la utilización de las lenguas indígenas, la incorporación de alimentos y equipos tradicionales y el fomento de

un diálogo horizontal y respetuoso con los curanderos tradicionales, además de priorizar la atención humanizada [44].

Desde 1991, la OMS; la atención médica excelente abarca todos los aspectos del bienestar de una persona o de un grupo, incluida la educación, la prevención, el tratamiento y el mantenimiento, y la provisión rápida y eficiente de todos los recursos relevantes [45].

Lo siguiente debe considerarse en el modelo multicultural de salud: la importancia de la salud para la vida de las personas, el derecho a la salud para todos y el requisito previo para el florecimiento humano. Como resultado, las personas valoran la salud como un producto de las fuerzas sociales y culturales, y su avance requiere conversaciones entre culturas [59].

Dimensiones de la calidad de atención

Consideraremos para el presente estudio lo descrito por Donabedian citado por Ramírez [42] y se describe a continuación:

- Dimensión técnico – científica, referida a la efectividad explicada como los cambios positivos que se logró en el estado de salud de la población y eficacia descrita en el logro de objetivos de atención en base a las normas técnica y administrativa incluye la eficiencia, continuidad e integralidad de la persona, su entorno y el mundo que lo rodea.

- La dimensión humana, que pertenece al aspecto interpersonal, se caracteriza por lo siguiente: Atención a la persona atendida, sus percepciones, necesidades, requerimientos, amabilidad, empatía, hospitalidad, cuidado ético y deontología; Información precisa, completa y oportuna; Respeto a las características culturales e individuales; Puntualidad y precisión en la presentación de información.

- Cuando hablamos de la dimensión ambiental de una institución, estamos hablando de los recursos que tiene a su disposición para brindar un servicio de primer nivel. Estos recursos incluyen cosas como un ambiente agradable, limpieza, orden, privacidad y el grado en que los clientes confían en el servicio.

Calidad de atención de salud intercultural

Una indicación de la calidad de la atención de salud intercultural es la forma en que las comunidades indígenas y los actores del sistema de salud trabajan juntos para mejorar las posibilidades de resultados positivos para los pacientes y minimizar las posibilidades de resultados negativos. Los proveedores de atención médica deben capacitar a su personal para que se comunique de manera efectiva con pacientes de diversos orígenes culturales y se adhieran a los estándares de invisibilidad para garantizar el acceso oportuno a sus tratamientos. Esto, a su vez, implica una atención culturalmente apropiada, un trato cálido y la integración del conocimiento sobre la salud y la enfermedad. También significa que los pacientes están completamente involucrados en su atención y que sus solicitudes se consideran cuidadosamente [43].

En 1986, la Carta de Ottawa estableció estándares para mejorar la salud; estas sugerencias, que se concentran en tratar las causas de la enfermedad en lugar de su tratamiento, son consistentes con la atención médica multicultural. Los cursos de acción iniciados incluyen reorientar la atención de la salud hacia un modelo más participativo, empoderar a las personas, aprobar leyes y promover políticas públicas saludables, como la construcción de entornos propicios y la promoción de estilos de vida saludables [60]

Dimensiones de la calidad de atención intercultural

Los siguientes componentes conforman el modelo analítico de atención intercultural de la salud de los pueblos indígenas, que se utiliza en este estudio:

- **Libre determinación**, esto incluye respetar los idiomas, la sabiduría y otros aspectos de su cultura e identidad de los pueblos indígenas; los Estados brindan acceso efectivo a la atención médica ampliando el alcance de los sistemas nacionales y haciendo un uso adecuado de la medicina tradicional. Las personas tienen derecho a la autodeterminación en el contexto de la salud intercultural, lo que implica honrar los tejidos orgánicos sociales y políticos de una comunidad y garantizar que todos los miembros de esa comunidad tengan las mismas oportunidades de participar en la construcción y configuración de las instituciones de gobierno que afectan su vida cotidiana. Al llegar a un acuerdo con el Estado, los grupos e individuos indígenas pueden disponer libremente de su cultura de salud sin dejar de adherirse a los principios de beneficio mutuo, buena fe y toma de decisiones [61].

- Ezeizabarrena, las personas que han vivido bajo control colonial tienen un derecho intrínseco a la autodeterminación, enfatiza. Al final, todo el mundo tiene que hacer uso de este derecho, y todo país tiene que seguir las reglas cuando se trata de acuerdos, tratados y convenciones internacionales, especialmente aquellos que salvaguardan los derechos humanos. Algunos ejemplos incluyen los siguientes: el derecho a una resolución justa; la libertad de expresión, prensa e información; el derecho al voto; y el derecho a la minoría lingüística [60]; En una línea similar, Ramírez menciona el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación como un medio para que sean dueños de sus vidas y elijan cómo quieren avanzar económica, social y culturalmente [62], por lo que para el disfrute de una buena salud es un determinante importante el ejercicio de sus derechos fundamentales en el marco de la libre determinación y autodeterminación.

- **Continuidad cultural,** está relacionado con el crecimiento de sus propios sistemas, así como con el ejercicio de los derechos políticos, legales, económicos, sociales y culturales, así como con la toma de decisiones (relaciones de poder y conversación entre iguales). El derecho a defender y promover las propias creencias, rituales, prácticas y prácticas religiosas; el derecho a participar y beneficiarse de las actividades culturales; el derecho a participar y beneficiarse de las expresiones culturales tanto ahora como en el futuro; el derecho a recuperar y transmitir la propia historia, lenguaje, filosofía, sistema de escritura, literatura y prácticas espirituales; y el derecho a tomar medidas efectivas para salvaguardar a la propia gente y su patrimonio [44], acciones que no solamente corresponde al Ministerio de Salud sino que debe desarrollarse de manera articulada a otros sectores del estado y la propia comunidad.

- **Derecho, legislación, políticas y programas.** Con la autodeterminación en su núcleo, contempla una concentración en los derechos colectivos que es complementaria a la actualización de los derechos individuales. Si bien las comunidades indígenas tienen algunos derechos, estos derechos no pueden realizarse plenamente hasta que se compartan con otros. Dado que los pueblos indígenas no son reconocidos en censos, fronteras geográficas ni en ningún idioma en particular, sus derechos deben estar vinculados a su historia e identidad compartidas. Debemos rechazar la perspectiva proteccionista que trata a los pueblos indígenas como víctimas indefensas del agotamiento de los recursos que reciben un trato favorable cuando se abordan sus demandas y necesidades, pero no como entidades legales por derecho propio. Entre los muchos aspectos del derecho a la salud de los pueblos indígenas se encuentran los siguientes: la capacidad de practicar y preservar la medicina tradicional; acceso a servicios sociales y de salud; bienestar psicológico y fisiológico;

rehabilitación de enfermedades relacionadas con la contaminación; participación en el desarrollo y ejecución de iniciativas para salvaguardar el medio ambiente y mejorar la salud; y, por último, el derecho a utilizar plenamente la propia tierra y territorio [58].

- La igualdad de trato y oportunidades para hombres y mujeres indígenas, la preservación y mejora de los sistemas tradicionales de atención de la salud y el respeto de los derechos fundamentales de las poblaciones indígenas deben garantizarse mediante un enfoque participativo en Perú. Las estrategias sectoriales interculturales de salud son el medio exclusivo para lograrlo. El Estado peruano no suprime la identidad cultural, como lo establece un artículo de la Constitución política peruana. Más bien, reconoce la variación cultural y no obliga a las personas a ajustarse a una determinada definición basada en características como clase, género, edad, religión, raza o cultura [5].

- En primer lugar, la necesidad de un punto de vista multicultural sobre la atención de la salud; en segundo lugar, la necesidad de mejorar las conexiones entre la medicina tradicional y alternativa; en tercer lugar, la necesidad de aumentar el número de profesionales de la salud capacitados para practicar la medicina tradicional; y, por último, la necesidad de un punto de vista multicultural sobre la atención de la salud y el empoderamiento de las comunidades indígenas en las regiones andina, amazónica y afroperuana en relación con su identidad cultural y su capacidad para impactar en la adecuación de los servicios de salud [15].

- **Prácticas y estrategias interculturales en salud. -** La prosperidad general, la riqueza y la armonía espiritual, individual y social son el resultado de que las personas vivan en armonía consigo mismas, con el mundo natural y entre sí [13,15].

La prevalencia de la enfermedad es un factor en los niveles de conocimiento de la enfermedad de los diversos grupos; desde una perspectiva biomédica, las culturas con mayores tasas de incidencia tienden a tener una comprensión más extensa de la enfermedad. Pero este no es siempre el caso, por lo que parece que otras cosas también afectan el nivel de conocimiento de las personas [63].

Zapana (2017) en su estudio, describe el enfoque de promoción de la salud que se utilizó para crear el Programa de Vivienda Familiar y Saludable. Este programa tenía como objetivo reunir diversas intervenciones con el objetivo de fomentar hábitos y comportamientos saludables dentro de las familias. También incluyó medidas de prevención, ya que la unidad familiar es una fuerza poderosa para mejorar las condiciones de vida y la calidad de vida en general [62], proceso de intervención en salud pública que debería ser abordado con enfoque intercultural.

El Ministerio de Salud (2019) expone los pasos a seguir para adaptar sus servicios culturalmente competentes a los entornos de atención primaria, ayudando así a la realización del derecho a la salud y cerrando la brecha de acceso que existe para los pueblos indígenas y nativos [44].

- **Respeto e inclusión.** Estos conceptos corresponden a ejes de seguimiento en el proceso de trabajo indígena, el respeto y la inclusión comprenden a la democratización plena de la sociedad, derecho a la vida, la dignidad, la identidad y la integridad de la persona, la no discriminación, el respeto a la diversidad cultural, el libre desarrollo y el bienestar de todos los peruanos. Artículo de la Constitución Política y Tratados Internacionales de Derechos Humanos suscritos por el Estado del Perú [15,44].

Es la aceptación de grupos sociales en los componentes social, económica, política, culturalmente marginada y vulnerable:

las investigaciones han demostrado que la inclusión de elementos transculturales aumenta significativamente el uso de los servicios de salud, lo que se refleja en una mejor aceptación de estos servicios por parte de las personas y en su calidad.

Es necesario también reconocer e incorporar a los agentes de la medicina ancestral tradicional, denominados: huesero, partera, hierbero, curandero, chamán, altomisayoc, yatiri, colliri, vegetalista, vaporador, entre otros; a fin de capacitarlos y formar alianzas para llegar a cada uno de los pobladores [44] según sus necesidades de salud.

Solís (2017) en análisis de discriminación estructural y desigualdad social concluye que en México las y los jóvenes que se identifican como indígenas tienen dificultades de ingreso a las escuelas y consecuentemente a la educación superior y se ha encontrado una probabilidad de 42 veces masa alta que las y los jóvenes no indígenas de no haber cursado un solo grado de escolaridad [30].

2.3. BASES FILOSÓFICAS

2.3.1. PARADIGMA FILOSÓFICO

Esta investigación sigue el paradigma Proposicional crítico en el sentido de que ofrece varias soluciones a un problema en un esfuerzo por mejorar la prestación de atención médica fomentando la colaboración y el comportamiento constructivo. Su principal valor es que desafía las explicaciones lineales basadas en la causalidad y los sistemas de moldes vistos a través de la lógica instrumental del poder. Enfatiza tener una visión holística de los procesos sociales al intentar estudiarlos, comprenderlos o explicarlos. Al incorporar principios de equidad y solidaridad, profundiza en los fenómenos hasta su esencia y los presenta dentro de una red de relaciones e interacciones, permitiendo que los actores sociales tomen el centro del escenario como protagonistas y provocando cambios cualitativos sustanciales a través de la dinámica de las contradicciones [64].

2.3.2. PARADIGMA ONTOLÓGICO

Partiendo de una visión ontológica de la realidad que no incluye la conciencia pero que, sin embargo, está sujeta a leyes y en un estado de perpetuo cambio y movimiento, el modelo intercultural de salud propone una realidad sistémica socialmente elevada e interconectada en el marco del relativismo científico, que ve la ciencia como un proceso continuo en lugar de uno final y concluyente, sino como una espiral ascendente de posibilidades abiertas y sucesivas [65].

2.3.3. PARADIGMA EPISTEMOLÓGICO

Epistemológicamente; en su argumentación, afirma que el conocimiento científico es el resultado de una interacción entre personas y cosas, que a su vez conduce a mejoras en la vida humana y transformación social, particularmente para las comunidades indígenas. Esta comprensión de la ciencia como un cuerpo de información es fundamental para sus afirmaciones [66].

2.3.4. PARADIGMA AXIOLÓGICO

Axiológicamente, Este estudio se basa en una dedicación al mejoramiento de todas las personas, en la comprensión y observancia de los principios fundamentales de la sociedad: unidad, aceptación, reverencia por la diversidad y protección del patrimonio cultural individual [26].

2.3.5. LA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA EN LA INTERVENCIÓN

Desde la perspectiva de ciertos escritores, la intervención es algo construido histórica y socialmente, nacido de las dinámicas sociales cambiantes de las personas involucradas en la práctica profesional. La misma intervención en la misma esfera de actividad genera esta interacción, que incluye otras disciplinas.

Una creación complicada en sí misma, la intervención profesional se define por la forma en que uno ve, entiende y explica, lo que a su vez

determina el objeto y la técnica. Esta mediación entre teoría y práctica no se define como un dispositivo de axiomas y reglas a seguir, sino como una construcción informada por la intencionalidad de la transformación y sus opciones particulares. Se expresa en un marco metodológico que modifica la situación presentada como resultado de la intervención profesional en el trabajo, tareas o prácticas específicas.

2.3.5.1. PARADIGMAS QUE ORIENTAN LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Entre los paradigmas que orientan el estudio de la interculturalidad se encuentran los siguientes:

1. **El paradigma biológico empirista**: enfoca la variación genética humana en la susceptibilidad, resistencia a la enfermedad, influencias ambientales, las relaciones con la cultura y el medio ambiente.

2. **El paradigma ecológico**: Los principios de los ecosistemas y la homeostasis informan la salud humana cuando las personas participan en actividades humanas centradas en el medio ambiente; sin embargo, los avances culturales y tecnológicos cambian estos principios. Los campos de la ecología cultural, la ecología política y la ecología médica emergen bajo este marco.

3. **La teoría cultural interpretativa**: según Good (1994), la enfermedad se entiende mejor como un sistema de explicación y se considera parte de la cultura médica. Sin embargo, tanto los pacientes como los médicos pueden comprender la enfermedad a través de una serie de actividades interpretativas que involucran biología, prácticas sociales y marcos significativos construidos culturalmente.

4. **El paradigma de la antropología médica crítica**: Profundiza en el tema, explicando cómo las disparidades en el poder influyen en la dinámica social y cómo las creencias y patrones

hegemónicos fuera de la biomedicina están profundamente entrelazados con el tratamiento médico.

La estratificación social de la salud se examina observando a las comunidades indígenas, la prensa capitalista, los capitalistas y los socialistas. Esto nos permite ubicar el problema de salud en su contexto político y económico adecuado, estableciendo conexiones entre el nivel macro del mundo capitalista y el nivel micro de las creencias y experiencias de los pacientes con la enfermedad.

5. **El paradigma etnomédico:** investiga la forma en que diversas comunidades humanas estructuran sus creencias sobre la enfermedad y su tratamiento. Los elementos clave de este trabajo son los métodos de curación, las comparaciones del sistema médico, las concepciones de la enfermedad y la salud, los comportamientos de búsqueda de la salud y la eficacia del sistema médico.

6. **El paradigma aplicado:** El uso de la teoría y metodologías antropológicas para abordar problemas de salud en la atención médica, la salud pública, los entornos clínicos, el monitoreo de tratamientos y otros campos relacionados es su área de interés.

Desde los puntos de vista de reforzar las culturas no dominantes, aumentar la conciencia de las culturas dominantes—incorporar similitudes entre culturas y promover un proceso de aprendizaje bidireccional, todo lo cual cuenta con el apoyo de varios autores, el enfoque intercultural debe integrarse en la atención de la salud. Para lograr un acceso equitativo a la atención médica de calidad, que se define por: oportunidad, efectividad y seguridad (calidad técnica), calidez, trato digno, en condiciones físicas y éticas apropiadas que determinen la aceptabilidad del usuario para la prestación de la atención médica (calidad percibida), reconocer y respetar las distinciones lingüísticas, culturales, sociales, políticas, económicas, de género y generacionales que ocurren dentro y entre culturas requiere un

proceso social involucrado. Los conceptos fundamentales de este enfoque son la comunicación abierta, la tolerancia de otros puntos de vista, la democracia cultural y el compromiso activo a través de la discusión, el debate, la creación de consenso y el establecimiento de objetivos compartidos.

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

H0: El modelo de salud intercultural no tiene efecto en la calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas en el 2019.

Ha: El modelo de salud intercultural tiene efecto en la calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas en el 2019.

2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

$H0_1$: No existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión libre determinación, percibida por los usuarios en estudio.

Hi_1: Existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: libre determinación, percibida por los usuarios en estudio

. **$H0_2$:** No existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: continuidad cultural, percibida por los usuarios en estudio.

Hi_2: Existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: continuidad cultural, percibida por los usuarios en estudio.

$H0_3$: No existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: derechos, legislación, políticas y programas, percibida por los usuarios en estudio.

Hi_3: Existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: derechos, legislación, políticas y programas, percibida por los usuarios en estudio

$H0_4$: No existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: estrategias de atención intercultural, percibida por los usuarios en estudio

Hi_4: Existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: estrategias de atención intercultural, percibida por los usuarios en estudio

$H0_5$: No existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: respeto e inclusión, percibida por los usuarios en estudio.

Hi_5: Existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: respeto e inclusión, percibida por los usuarios en estudio.

2.4.2.1. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

En el presente estudio, las hipótesis estadísticas o de estimación a contrastar presentan la siguiente notación matemática (solo se mencionará una, dado que el procedimiento en las hipótesis estadísticas siguió la misma estructura):

H0: La variable **A** es igual a la variable **B**.

XA = XB

XA (La calidad de atención en la dimensión libre determinación antes de la intervención con el modelo de salud intercultural) = (Es igual) a **XB** (La calidad de atención en la dimensión libre determinación, después de la intervención con el

modelo de salud intercultural percibida por los usuarios en estudio)

Ha: La variable **A** es diferente a la variable **B**.

XA ≠ XB

XA (La calidad de atención en la dimensión libre determinación antes de la intervención con el modelo de salud intercultural) **≠** (Es diferente) a **XB** (La calidad de atención en la dimensión libre determinación, después de la intervención con el modelo de salud intercultural percibida por los usuarios en estudio).

2.4.2.2. ANÁLISIS Y DATOS (PRUEBA DE HIPÓTESIS)

Como parte del estudio estadístico, comparamos las percepciones de los usuarios sobre la calidad de la atención en dos momentos: antes y después de la implementación del modelo intercultural de salud.

Nivel de significancia

En esta investigación se utilizó el nivel de significancia acordado para las ciencias de la salud (α = 5%); más específicamente, es 0,05, que es la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es cierta, cuando se expresa en términos de unidad. El nivel de confianza, que es del 95 %(en el nivel de 0,95), tiene una puntuación Z de 1,96.

Análisis inferencial

Para el análisis inferencial, se aplicó las pruebas no paramétricas Chi Cuadrado, tabulado en el programa SPSS V26.0.

Para la significancia estadística de esta prueba se tuvo en cuenta un valor $p < 0,05$.

2.5. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas

2.5.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

Modelo de salud intercultural

2.5.3. VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN

Edad, sexo, lugar de procedencia, grado de instrucción, nivel de ingresos

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.6.1. DEFINICIONES OPERACIONALES

Interculturalidad en salud: El término se refiere a la presencia de individuos, organizaciones y sistemas que varían en términos de sus rasgos y perspectivas culturales. Las personas en este sentido son capaces de expresarse plenamente y son reconocidas por su valor inherente al ver la variedad como una fuente de riqueza potencial, independientemente de si tienen éxito o no. Viven y trabajan juntos en un entorno abierto, horizontal, inclusivo, cortés y sinérgico.

Modelo de salud intercultural: Es un documento académico integrado por dos módulos, los cuales contienen temáticas de identidad cultural y de relaciones interculturales entre proveedores y usuarios de los servicios de salud.

Calidad de atención percibida por el usuario: En este artículo, analizaremos cómo las personas ven la mejora de la calidad en los servicios de salud desde el punto de vista del usuario. Ignoraremos eventos particulares que pertenezcan a relaciones establecidas, proveedores o métodos de autoayuda. Es decir, se utilizará una

encuesta mediante escalas tipo Likert para cuantificarla. Los resultados se compararán entre las variables medidas antes y después de la intervención.

2.7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Dimensión	Indicadores	Instrumentos
Calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas	Nivel de calidad	Libre determinación. Continuidad cultural. Derecho, legislación, políticas y programas Estrategias de atención en salud intercultural Respeto e inclusión.	Cuestionario
	Libre determinación	Respeta la autonomía, toma de decisiones, consentimiento informado, líderes en emergencias sanitarias, etc.	Cuestionario
	Continuidad Cultural	Respeta la diversidad cultural y buenas prácticas a nivel comunitario.	Cuestionario
	Derecho, legislación, políticas y programas.	Desarrollo de programas en base a los derechos, políticas de salud a favor de las comunidades nativas.	Cuestionario
	Estrategias de atención de salud intercultural.	Intervención en los determinantes sociales, diálogo horizontal y los niveles de prevención de la salud, adecuación cultural de los servicios de salud.	Cuestionario
	Respeto e inclusión	Acceso a los servicios de salud y criterios definidos por el pueblo indígena.	Cuestionario
Modelo de salud intercultural	Atención de salud a pueblos indígenas diferenciados con criterio de calidad y satisfacción	Enfoque intercultural, de derechos a la salud y calidad de atención	Cuestionario
Demográficos	Edad	Años cumplidos	Cuestionario
	Sexo	Estado biológico	Cuestionario
	Estado civil	Condición legal de si tiene o no pareja.	Cuestionario
	Nivel educativo	Grado de estudios	Cuestionario
	Lugar de procedencia	Lugar donde vive	Cuestionario
Socioeconómicos	Ocupación	Situación laboral	Cuestionario
	Nivel de ingreso económico mensual	Condición económica	Cuestionario

CAPÍTULO III

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. ENFOQUE

Los investigadores y el personal médico intervinieron en esta investigación cuantitativa, que utilizó un diseño cuasi experimental con un solo grupo realizando pruebas pre y post.

De carácter prospectivo porque el objeto del estudio fue seguido durante un periodo de tiempo a partir de la propuesta del estudio.

De carácter Longitudinal porque se midieron en dos momentos del estudio (antes y después) y fue analítico porque se analizó una relación causal.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL

El estudio corresponde a un nivel explicativo, ya que se buscó analizar el comportamiento de la variable (dependiente), en función de otra variable (independiente), planteando una posible relación causal; aplicando un control metodológico y estadístico estricto.

La investigación que adopta un enfoque pragmático para estudiar la sociedad y usar lo que encuentra para informar mejores tácticas y acciones tangibles, todo mientras fomenta la innovación y la creatividad, es una respuesta al nivel aplicado o práctico [64].

Se buscó el conocer, para hacer, actuar e implementar un nuevo modelo de atención en salud con enfoque intercultural.

3.1.3. DISEÑO

Como se puede ver a continuación, el estudio utilizó un diseño cuasi experimental con un solo grupo en estudio tanto antes como

después:

GE O1 --------X------- O2

Dónde:

GE = Muestra de estudio, usuarios de los servicios de salud de las comunidades nativas, durante el año 2019.

X = Variable independiente: Aplicación del modelo de salud intercultural.

O1 = Primera medición de la variable dependiente: La calidad de atención percibida por usuarios de los servicios de salud de las comunidades nativas, durante el año 2019 (antes de la intervención).

O2 = Segunda medición de la variable dependiente: La calidad de atención percibida por usuarios de los servicios de salud de las comunidades nativas, durante el año 2019 (después de 6 meses de aplicada la intervención), con ambas mediciones se comparó el cambio en la variable dependiente (mejora de la calidad de atención de salud).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población estuvo constituida por los pobladores originarios de las comunidades nativas: Dos Unidos y Nueva Alianza, del grupo etnolingüística Shipibo Campa y Shipibo-Conibo, de la jurisdicción del Puesto de Salud Dos Unidos, en el distrito de Honoria, para el presente estudio se contó con una población finita conocida de 112 habitantes, según los registros nominales con los que contaban los establecimientos de salud.

3.2.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Criterios de inclusión: se incluyeron en el estudio, a los pobladores de las comunidades nativas en la condición de:

- Ser poblador originario mayor de 18 años perteneciente a alguna comunidad nativa en estudio.
- Ser usuario continuador o de reingreso para recibir atención de salud por algún problema o necesidad de salud, durante el 2019 en el Puesto de Salud Dos Unidos/Nueva Alianza.
- Ser usuario de establecimientos de prioridad A de pertinencia cultural.
- Y que hayan firmado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: se excluyeron del estudio a los pobladores con las siguientes características:

- Usuarios con ciertas alteraciones o con problemas de salud mental o con alguna discapacidad.

- Atendidos cuando menos una vez en otros servicios de salud público o privado.

- Usuarios con negativa de participar en el estudio y no firmen el consentimiento informado.

El perfil de los participantes trabajadores de salud del establecimiento de salud del ámbito de las comunidades nativas fue: Personal de la salud: Enfermera (o), Obstetra y personal Técnico que trabajaban en el puesto de salud, además, participaron funcionarios de la Red de Salud Puerto Inca.

3.2.3. MUESTRA

Estará conformada por 87 pobladores de las comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza del distrito de Honoria, jurisdicción del Puesto de Salud Dos Unidos.

De acuerdo

$$n = \frac{z^2 p \cdot q \cdot N}{E^2(N-1) + 2^2 p.q}$$

Donde:

N = Población (112)

Z = 1, 96 (95% coeficiente de confianza)

E = 0.05 (5% de máximo de error permitido)

P = Probabilidad que ocurra (50%)

Q = Probabilidad que no ocurra (50%)

n = Muestra

Reemplazamos los valores de la fórmula:

$$n = \frac{1{,}96^2 \text{ x } 0.5 \text{ x } 0.5 \text{ x } 112}{0.05^2(112\text{-}1)+1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{107.888}{1.2379} = 87 = 87$$

Tipo de muestreo: Se tomó en cuenta la técnica del muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple [67], lo cual es adecuado para asegurar que todos los miembros de la población tienen la misma probabilidad de ser seleccionados, permitiendo una estimación representativa.

Unidad de muestreo: Estuvo constituida por pobladores de las comunidades nativas de las comunidades de Dos Unidos y Nueva Alianza del distrito de Honoria jurisdicción del Puesto de Salud Dos Unidos.

3.2.4. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA – TEMPORAL Y TEMÁTICA

3.2.4.1. UBICACIÓN EN EL ESPACIO.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2017), existen 1.786 comunidades indígenas en la zona amazónica de nuestro país; estas comunidades están organizadas en aproximadamente 60 grupos étnicos y 13

familias lingüísticas, caracterizándose por su biodiversidad y riqueza cultural.

El puesto de salud Dos Unidos, jurisdicción del distrito de Honoria en la provincia de Puerto Inca del departamento de Huánuco fue el sitio de la investigación, el mencionado establecimiento se ubica en la margen derecha de la autopista Federico Basadre, a 18 km2 de distancia terrestre del distrito de Honoria y tiene asignado 112 usuarios para la atención, quienes no acogen por completo la atención de los servicios de salud, ya que prefieren emplear la medicina tradicional, indígena y ancestral.

Ubicación en el tiempo.

Este estudio tuvo una duración entre los meses de junio a noviembre de 2019 (seis meses).

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS; ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN

3.3.1. PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1.1. MÉTODOS

Según Hernández [65], en este estudio se utilizaron métodos cuantitativos que se basan en mediciones numéricas y análisis estadísticos para identificar patrones de comportamiento y poner a prueba ideas. El objetivo final de la investigación cuantitativa es proporcionar una explicación o predicción de los eventos en estudio mediante la identificación de patrones, posibles causas y efectos.

3.3.1.2. TÉCNICAS

Son un conjunto de procedimientos organizados sistemáticamente que orientan al investigador en la

profundización del conocimiento y en el planteamiento de nuevas líneas de investigación. Su aplicación es viable en diferentes ramas del conocimiento que busquen la lógica y comprensión del conocimiento científico de los hechos y acontecimientos que nos rodean [66].

3.3.1.3. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La investigación actual examinó la validez de contenido de una escala intercultural de evaluación de la calidad de la atención médica teniendo en cuenta los siguientes factores:

- **Validación racional:** examinamos a fondo estudios previos sobre el tema de la calidad intercultural de la atención médica para identificar reactivos relevantes que pudieran adaptarse al entorno de nuestro propio estudio.

- **Validación por aproximación a la población:** La comunicación, el lenguaje, la ambigüedad de las preguntas y la gestión del tiempo fueron algunas de las áreas que el piloto descubrió que pueden tener algo de trabajo para cada instrumento. La prueba piloto se llevó a cabo utilizando una muestra externa comparable a la que se estaba investigando para verificar que se entendieran los reactivos del instrumento.

1. **Validación por juicio de expertos:** Se realizó mediante juicio de expertos, esto nos permitió ver si el contenido de la herramienta era consistente con respecto a las preguntas (ítems) en la herramienta de recolección de datos y las variables recolectadas (considerando sus dimensiones). La encuesta incluyó a 6 jueces expertos en el campo de la salud intercultural.

1. Dra. Marina Ivercia Llanos Melgarejo
2. Dra. Irene Deza y Falcón
3. Dra. Violeta Benigna Rojas Bravo
4. Dra. Enith Ida Villar Carbajal
5. Dra. Silvia Alicia Martel y Chang
6. Dr. Holger Alex Aranciaga Campos

a. Propiedades métricas de los instrumentos

Durante la prueba piloto, se compararon estadísticamente diez residentes que no formaban parte del grupo de investigación con el fin de crear una base de datos. Debido a la naturaleza de escala de los instrumentos en consideración, se utilizó un análisis de consistencia interna mediante la prueba alfa de Cronbach para estimar su confiabilidad durante la fase cuantitativa. Luego, los instrumentos se clasificaron de acuerdo con su nivel de confiabilidad, con valores que oscilaban entre 0 y 0,2 que indicaban una confiabilidad extremadamente baja, 0,2 a 0,4 que indicaban una confiabilidad baja, 0,4 a 0,6 que indicaban una confiabilidad normal, 0,6 a 0,8 que indicaban una confiabilidad aceptable y 0,8 a 1 que indicaban una confiabilidad excelente. Establecer la confiabilidad de los instrumentos requiere alcanzar un nivel aceptado de confiabilidad o un alto grado de confiabilidad.

b. Procedimientos de recolección

Trabajó en conjunto con los dos jefes comunitarios que participaron en la investigación para llevar a cabo el trabajo de campo. A través de una solicitud, solicitamos permiso para ingresar a la comunidad nativa. Nos dieron la autorización correspondiente, para usar nuestras herramientas de recopilación de datos y crear nuestra intervención.

Expertos en atención intercultural de la salud proporcionaron los datos utilizados para educar a los encuestadores para el trabajo de campo, lo que permitió la recopilación de datos.

3.3.2. PARA LA PRESENTACIÓN DE DATOS

Los datos contenidos en los instrumentos documentales se constituyeron en información, generando resultados de la presente investigación, para lo cual se siguieron los siguientes procedimientos:

- Se categorizaron las preguntas incluidas en los formularios de recolección de datos utilizados durante el trabajo de campo.
- Asignación de códigos a los valores proporcionados en la encuesta para cada variable.
- Desarrollar y evaluar la matriz de datos derivada de los formularios de recolección de datos para su análisis estadístico.
- Análisis de datos con cada formulario y pregunta trazados a lo largo de las dimensiones.
- Los resultados del análisis descriptivo de características demográficas y calidad asistencial se presentan en tablas y gráficos junto con su interpretación. Las variables categóricas se representan mediante frecuencias y porcentajes, mientras que las variables medias se muestran con desviación estándar o mediana según el tipo de distribución de la variable cuantitativa.
- El análisis inferencial se evaluó mediante pruebas de Chi cuadrado no paramétricas.
- Dar una presentación de los hallazgos de la prueba de hipótesis basada en SPSS. Parte 26.
- Hallazgos de la comparación de momentos de investigación a lo largo de dimensiones definidas y detalladas en la matriz de operacionalización de variables.

3.3.3. PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

a. Organización de datos

Las representaciones tabulares y gráficas de los datos se preparan de acuerdo con las variables de investigación con el propósito de analizarlas e interpretarlas a la luz del marco teórico relevante. Se logró un valor de normalidad, siendo el umbral un valor de significancia de $p < 0,05$.

Se sometió a análisis inferencial un nivel general de la calidad percibida de la atención intercultural en salud, así como las siguientes variables: autodeterminación, continuidad cultural, derecho, legislación, políticas y prácticas, respeto e inclusión. Los resultados demuestran que el valor de significancia de estas variables es menor que el valor de $p \leq 0,05$.

Por lo tanto, se utilizó una prueba estadística no paramétrica llamada chi cuadrado para evaluar la calidad percibida de las personas de las comunidades locales que accedían a los servicios de salud a lo largo de la investigación. Esto se hizo después de rechazar la hipótesis de normalidad.

Para formular las pruebas de hipótesis generales y particulares del presente estudio, se consideraron los siguientes factores:

Confiabilidad	p valor (Margen de error)	Valor critico
95%	0,05	1,96

Sesiones de aprendizaje

Expertos en salud intercultural desarrollaron los programas educativos siguiendo el paradigma del Ministerio de Salud de atención integral y de alta calidad para las poblaciones indígenas.

Utilizamos materiales impresos, materiales de video y artefactos físicos. El enfoque de la investigación fue colaborativo e interactivo. De junio a noviembre de 2019, la intervención se llevó a cabo de forma concurrente. Un experto en promoción y educación de la salud que se especializa en trabajar más allá de las fronteras culturales dirigió las sesiones. No se presentaron a los participantes más intervenciones educativas o preventivas relacionadas con los ejes temáticos dados durante la ejecución de la intervención.

La intervención mediante el Modelo de Salud Intercultural fue implementada simultáneamente (con una duración de 6 meses de junio a noviembre del 2019). La secuencia didáctica comprendió las fases de: motivación, recojo de saberes previos, nuevo conocimiento y la evaluación que fueron aplicadas en las sesiones, siendo una (1) por semana de 45 minutos cada una (total 21 sesiones de clases). Se realizó en los ambientes del establecimiento de salud en el horario de tarde al final de la jornada laboral.

Los contenidos de la intervención comprendieron dos capítulos: Capítulo I: Identidad cultural con los contenidos: Unidad 1: Cultura y Cosmovisión, Unidad 2: Identidad cultural, Unidad 3: Diversidad cultural y Unidad 4: Interculturalidad.

Capítulo II: Relaciones interculturales entre proveedores y usuarios de los servicios de salud, Unidad 5: Integrando enfoques, Unidad 6: Medicina y prácticas tradicionales, Unidad 7: Servicios de salud con pertinencia intercultural y Unidad 8: Inclusión Participante. Cada una realizada en una sesión educativa (Tabla 1).

En cada sesión se desarrolló el siguiente contenido:

Tabla 1. Descripción de la aplicación del modelo de atención de salud intercultural en la calidad de atención en pobladores de comunidades nativas, 2019

N°	Eje temático de sesión a	Descripción	Objetivo de la sesión educativa	Perfil del facilitador
CAPÍTULO I: Identidad cultural				
1	Unidad 1: Cultura y Cosmovisión	Cosmovisión y cultura	Conocen aspectos de cosmovisión y cultura de los usuarios de los servicios de salud.	Especialista
2		Seminario-taller: Relación entre cosmovisión y cultura. Sistema de creencias, valores, normas, imágenes y fantasías en la quinta esencia de la población nativa.	Fortalecer competencias en la comprensión y reconocimiento de la cosmovisión en la construcción de la vida cultural de las comunidades nativas (en la manera de ser, pensar-creencias y representaciones religiosas - en el transcurso de su vida). Transcurso de armonía, equilibrio biopsicosocial, cultural y espiritual del individuo mismo y su entorno: familia, comunidad y naturaleza.	Especialista
3		Seminario-taller: Determinantes sociales de la salud	Los trabajadores de la salud se apropien de los factores que crean las inequidades y comprendan la influencia que tienen en el perfil de salud-bienestar, salud-enfermedad, enfermedad muerte de la población, para que puedan actuar como agentes de cambio social e incidir directamente en la problemática de las personas y miembros de las comunidades nativas, identificando las causas de las causas.	Especialista
4	Unidad 2: Identidad cultural	Diferencias culturales	Fortalecer competencias en atención de salud intercultural.	Especialista
5		La multidiversidad. Iguales o diferentes	Fortalecer competencias hacia el respeto de la dignidad de la persona humana como ser trascendente.	Especialista
6		Consentimiento informado y libre determinación	Debemos reconocer que toda persona posee libre determinación y voluntariamente consiente o acepta intervenciones o procedimientos de salud.	Especialista
7		El Perú un Estado culturalmente diverso Pertinencia, convivencia y pertenencia	Reconocer los aportes de cada persona y pueblo para afirmar su dignidad, sus derechos humanos, auto reconocimiento conservando su identidad cultural, considerando su lengua originaria.	Especialista

8	Unidad 3: Diversidad cultural	La multidiversidad. Iguales o diferentes	Fortalecer competencias en el respeto de la dignidad de la persona humana como ser trascendente	Especialista
9		Pueblos indígenas y pobreza	Identifiquen las formas de eliminar las barreras en las inequidades socioeconómicas	Especialista
10		Instrumentos legales sobre diversidad cultural. Derechos humanos	Comprender que la diversidad (Pluralidad) como un valor para el desarrollo. La Legislación en atención de salud intercultural.	Especialista
11		Continuidad cultural.	Reconocen el valor de continuidad cultural.	Especialista
12	Unidad 4: Interculturalidad	La medicina tradicional en las comunidades nativas.	Conocer los aportes de la medicina tradicional como medio de subsistencia para la cura de enfermedades en las comunidades nativas.	Especialista
13		La protección de la madre tierra.	Identificar la importancia de la conservación y protección de la Madre Tierra, por su valor de albergar en los bosques las plantas medicinales utilizadas por algunos efectos naturales y antropológicos.	Especialista
14		Estrategias de atención de salud intercultural	Integrar los servicios y prestaciones en Redes de Servicios ante las necesidades apremiantes de la población.	Especialista
CAPÍTULO II: Relaciones interculturales entre proveedores y usuarios de los servicios de salud				
15	Unidad 5: Integrando enfoques	Medicina tradicional y medicina convencional.	Comprender los fundamentos y características de la medicina tradicional y convencional.	Especialista
		Instrumentos legales sobre diversidad cultural. Derechos humanos	Comprender que la diversidad (Pluralidad) es un valor para el desarrollo. Legislación en atención de salud intercultural.	Especialista
16		Complementariedad del modelo médico occidental con el sistema médico tradicional	Comprender la complementariedad del modelo médico occidental con el sistema médico tradicional y modelos complementarios de atención a la salud. Desarrollo de políticas de género y promoción de los derechos humanos en salud, mejorando la calidad de los servicios	Especialista
			Atención primaria en salud y prácticas de salud preventiva	

17	Unidad 6: Medicina y prácticas tradicionales	Sistema de conocimientos indígenas. Relación intercultural entre la medicina tradicional y la medicina oficial y/o convencional.	Diseñar y poner en práctica estrategias y metodologías específicas para reavivar los sistemas indígenas de salud. Comprender los problemas afines con la medicina tradicional y la medicina oficial/occidental en la salud pública.	Especialista
18	Unidad 7: Servicios de salud con pertinencia intercultural	Barreras en la implementación de la política intercultural en salud.	Identificar y conocer las barreras que impiden la adecuada implementación de la política intercultural en salud: estereotipos, prejuicios, situaciones de discriminación y descalificación mutua. Procedimientos de adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural	Especialista
19		Respeto e Inclusión.	Reconoce el respeto e inclusión de las culturas	Especialista
20	Unidad 8: Inclusión Participante	Integración de sistemas médicos alternativos en ambientes culturalmente diversos.	Integrar la promoción de la salud en la población y la sensibilización del personal de salud en sus diversos niveles, considerando los diferentes actores, sus percepciones, necesidades y contexto sociocultural.	Especialista
21		Filiación cultural, registros de atención e Interculturalidad	Inclusión de los usuarios en salud intercultural, filiación del síndrome cultural y/o enfermedades de la comunidad	Especialista

En la perspectiva intercultural se promovió:

1) Comunicación personal y bidireccional reconociendo relaciones entre iguales; 2) lenguaje corporal, gestual y oral afectivo; 3) ubicación de redes de comunicación respetando jerarquías y validando sus propias formas; 4) generación de confianza, libertad y seguridad en los usuarios. Se desarrolló las siguientes actitudes: a) asimilación de la diversidad cultural y los derechos de las comunidades nativas; b) alianza entre los saberes ancestrales y occidentales/convencionales; c) valoración de las diferentes prácticas y pensamientos respecto al cuidado de la salud; d) interacción y apoyo cooperativo, solidario, colaborativo e involucramiento.

Productos

Realizaron un censo de recursos humanos comunitarios para la salud describiendo sus roles: parteras, expertos tradicionales (chamanes), hueseros, hierbateros.

Inventario de términos aborígenes;

Problemas de salud donde aplican la medicina tradicional.

Usos de herbolaria en el tratamiento de los problemas de salud de sus hijos por las madres de familia.

La situación de género.

Las actividades del estudio fueron los siguientes:

- Se seleccionaron espacios a nivel local, comunitario donde se aplicó el modelo de atención intercultural.
- Se ha presentado la aprobación a las autoridades sanitarias regionales y locales.
- Se aplicó el consentimiento informado a los trabajadores de salud antes de participar en la preparación del módulo de salud con enfoque intercultural en poblaciones nativas.

- Se realizó las actividades educativas y de aprendizaje del módulo de atención de salud con enfoque intercultural en poblaciones nativas.
- Se realizaron evaluaciones de salida de las competencias desarrolladas en el personal de salud.
- Los grupos de beneficiarios fueron invitados a reuniones o talleres comunitarios para compartir sus experiencias en temas de salud. Para ello se utilizaron medios locales (tambores, megafonía, invitaciones personales, etc.).
- Se aplicó un primer cuestionario de satisfacción.
- Previamente se usó los medios radiales, utilizando el idioma local y en la variedad regional del español.
- Se seleccionó un facilitador para que se encargue de la motivación a los participantes.
- Un equipo técnico capacitado en habilidades de comunicación invitó a las familias a una reunión para discutir la satisfacción de la comunidad con los servicios de salud brindados por los trabajadores de salud, se consideran factores y aspectos que motivan a la comunidad y mejoran la calidad de vida.
- Se realizó una campaña de visitas domiciliarias para explicar los resultados del fortalecimiento y ampliación de horizontes para el abordaje de los problemas de salud, con enfoque intercultural.
- Cabe recalcar que durante todo el proceso se expresó la importancia de involucrar a los líderes comunitarios en la búsqueda del desarrollo comunitario, partiendo desde la mejora de los servicios de salud, mediante el desarrollo de la salud intercultural.
- Las reuniones se llevaron a cabo cada 15 días.
- Finalmente se aplicó las encuestas postest.

3.4. ASPECTOS ÉTICOS

El uso de encuestas como método en el estudio aseguró que no violara la integridad física o moral de los participantes, por lo que la investigación no fue intrusiva.

Los protocolos seguidos por el Comité Institucional de Ética e Investigación de la Dirección Regional de Salud de Huánuco (DIRESA) estuvieron de acuerdo con los principios de integridad científica, incluidos los siguientes: honestidad, transparencia, autonomía, equidad, beneficencia y no maleficencia.

- **Beneficencia:** Los datos generales del estudio son valiosos para los investigadores, ya que proporcionan una imagen actualizada de la situación y los ayudarán a elaborar planes futuros para cuidar mejor a los pueblos indígenas de la Amazonía.

- **No maleficencia:** el presente estudio, no representó riesgo alguno, por ser un estudio observacional.

- **Autonomía.** Con el fin de garantizar una recopilación precisa de datos, a los residentes se les dio una explicación exhaustiva de los riesgos y beneficios del estudio, la confidencialidad de su información y los criterios de inclusión y exclusión antes de administrar cualquier encuesta. Esto les permitió elegir libremente si participar o no en el estudio. El siguiente paso fue que firmaran un documento de permiso informado que siguiera las pautas establecidas por el Instituto Nacional de Salud de Perú y el Ministerio de Salud de Perú para el uso de herramientas de recopilación de datos. No se ofreció compensación ni incentivo.

- **Justicia.** Existió igualdad de oportunidades de participación en el estudio para todas las unidades de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión.

- **Fidelidad.** Se cumplieron todas las promesas y responsabilidades hechas a la muestra del estudio.

- **Veracidad.** Se proporcionaron instrucciones verbales sobre la investigación a quienes participarían en ella. Estas instrucciones incluyeron temas como los objetivos, métodos y herramientas del estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS

A. RELATOS Y DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD OBSERVADA

Tabla 2. Características generales de los pobladores de las comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, usuarios de los servicios de salud, 2019

	n = 87	
Características generales	N°	%
Intervalo de edades		
18 – 25 años	14	16,1
26 – 34 años	44	50,6
43 – 51 años	18	20.6
52 - 69 años	5	5,7
Mayor de 70 años	6	6.9
Sexo		
Masculino	61	70,1
Femenino	26	29,9
Estado civil		
Soltero	20	23,0
Casado	16	18,4
Conviviente	47	46,0
Separado	11	12,6
Viudo	0	0,0
Nivel educativo		
Analfabeto/a	41	47,1
Primaria	22	25,3
Secundaria	9	10,3
Superior técnica	11	12,6
Superior Universitaria	4	4,6
Lugar de procedencia		
Dos Unidos	51	58,6
Nueva alianza	36	41,3
Ocupación		
Ama de casa	24	27.5
Estudiante	5	5,7
Trabajo independiente	14	16,2
Agricultor	44	50,6
Nivel de ingresos		
Aceptable	42	48,2
Medio	25	28,7
Bajo	20	23,0
Total	87	100.0

Fuente. Guía de entrevista de características generales demográficas (Anexo 03).

En la tabla 2, respecto a la descripción de las características generales de los pobladores de las comunidades nativas en estudio, específicamente Dos Unidos y Nueva Alianza, usuarios de los servicios de salud, se observó en cuanto a la edad, que alrededor de la mitad de la muestra tenían entre 26 – 34 años [50,6% (44)] y en menor porcentaje se encontraban aquellos pobladores de 52 – 69 años de edad [5,7% (5)], de manera indirecta describiría la característica demográfica de la población donde la pirámide muestra su vértice angosta por la proporción de la población adulto y adulto mayor.

En cuanto al sexo, la mayoría de los pobladores refirió pertenecer al sexo masculino [70,1% (61)] y el [29,9% (26)] corresponde al sexo femenino y referente al estado civil, prevaleció la condición de conviviente en cerca de la mitad de la muestra [46,0% (47)], seguido del estado civil soltero [23,0% (207)] nótese que fue en porcentaje mínimo la condición de pobladores separados [12,6% (4)].

Con respecto al nivel educativo cerca de la mitad de la población en estudio fueron analfabetos/as [47,1% (41)] y un 4,6% (4) alcanzó la educación superior universitaria.

En cuanto a la procedencia de los pobladores un [58,6% (51)] fueron procedentes de la Comunidad Nativa Dos Unidos, mientras que el [41,3% (36)] provenían de Nueva Alianza.

Con relación a las características socioeconómicas se evidenció que la ocupación predominante fue la de agricultor en [50,6% (44)], lo que caracteriza a los pobladores de las comunidades nativas, ocupación que también lo desarrollan con la caza y pesca entre los principales, seguido de las amas de casa en [27.5% (24)]; se observó bajos porcentajes de la condición de estudiantes y trabajadores independientes.

En cuanto al nivel de ingresos fue aceptable en cerca de la mitad de la muestra [48,2% (42)], mientras que alrededor de la quinta parte [23,3% (20)] fueron de nivel bajo, no evidenciándose diferencias importantes el nivel de ingresos aceptable y medio.

B. CONJUNTO DE ARGUMENTOS ORGANIZADOS.

Tabla 3. Distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: libre determinación, percibida por pobladores de comunidades nativas dos unidos y nueva alianza, antes y después de la intervención, 2019

Percepción de la calidad de atención: libre determinación	n = 87																			
	Frecuencia																			
	Siempre				La mayoría de las veces				Algunas veces				Pocas veces				Nunca			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Respeta su autonomía en	2	2,3	36	41,4	2	2,3	34	39,1	29	33,3	15	17,2	41	47,1	1	1,1	13	14,9	1	1,1
coherencia con la realidad	1	1,1	45	51,7	6	6,9	32	36,8	37	42,5	10	11,5	37	42,5	0	0,0	6	6,9	0	0,0
Decide con participación de los líderes comunitarios	5	5,7	48	55,2	4	4,6	23	26,4	25	28,7	13	14,9	39	44,8	1	1,1	14	16,1	2	2,3
Desarrolla programas con ambas medicinas	4	4,6	57	65,5	8	9,2	20	23,0	27	31,0	9	10,3	38	43,7	0	0,0	10	11,5	1	1,1
Aplica los procedimientos de consentimiento libre, previo e informado	5	5,7	51	58,6	8	9,2	26	29,9	29	33,3	10	11,5	36	41,4	0	0,0	9	10,3	0	0,0
Participa a las convocatorias de los líderes comunitarios	4	4,6	53	60,9	4	4,6	23	26,4	21	24,1	11	12,6	44	50,6	0	0,0	14	16,1	0	0,0
Capacita a líderes comunitarios en emergencias	0	0,0	37	42,5	2	2,3	39	44,8	32	36,8	11	12,6	40	46,0	0	0,0	13	14,9	0	0,0

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

En la tabla 3, se muestra los resultados descriptivos de la variable percepción de la calidad de atención en la dimensión: libre determinación, por los pobladores de las comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, durante los momentos de estudio es decir antes y después de la intervención; en ese contexto presentamos los resultados de la aplicación del modelo de salud intercultural, donde antes de la intervención se alcanzó en la escala de medición de pocas veces, representado por el [47,1% (41)] opinaron el respeto a la autonomía y después de la intervención el [42,5% (37)] mencionaron que siempre respetaban la autonomía como parte de la calidad de atención, esta mejora es evidente desde solo el [2,3% (2)] antes de la intervención percibieron el respeto a la autonomía; a la pregunta si interactuaba en coherencia con la realidad sociocultural mencionaron pocas veces el [42,5% (37)] y después de la intervención corresponde a la escala de medición siempre el [51,7% /45)]; mientras que para la toma de decisiones con participación de los líderes comunitarios antes de la intervención se ubica en pocas veces el [44,8% (39)] y después de la intervención concierne al [55,2% (48)] la escala siempre; continuando en la misma escala (de pocas veces), el [43,7% (38)] percibía que el desarrollo de programas de salud era resultante de la coordinación entre ambas medicinas y después de la intervención el [65.5% (57)] percibieron siempre la coordinación entre ambas medicinas para el desarrollo de programas; el [41,4% (36)] aplicaba los procedimientos de consentimiento libre, previo e informado pocas veces, mejorando después de la intervención a [58,6% (51)]; del mismo modo, el [50,6% (44)] de los pobladores percibieron, que pocas veces participaban en las convocatorias de los líderes y después de la intervención siempre participaban el [60,9% (53)] y finalmente antes de la intervención el [46,0% (40)] refirieron que pocas veces capacitaban a los líderes comunitarios en emergencias sanitarias y después de la intervención se realizó el [42,5% (37)], es decir en la aplicación de la dimensión libre determinación por parte de los servicios de salud en coordinación con la comunidad debe haber: respeto a su autonomía, coherencia con la realidad sociocultural en el desarrollo de las intervenciones sanitarias, toma de decisiones participativas, interdependencia entre ambas medicinas la convencional y la medicina originaria, aplicación del consentimiento libre, previo e informado y capacitación a los líderes.

Tabla 4. Distribución porcentual del nivel de calidad en la dimensión libre determinación percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, según momentos del estudio, 2019

Percepción del nivel de calidad de atención en la dimensión: libre determinación	n = 87			
	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	N°	%	N°	%
Deficiente	78	89,7	10	11,5
Regular	9	10,3	14	16,1
Buena	0	0,0	63	72,4

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

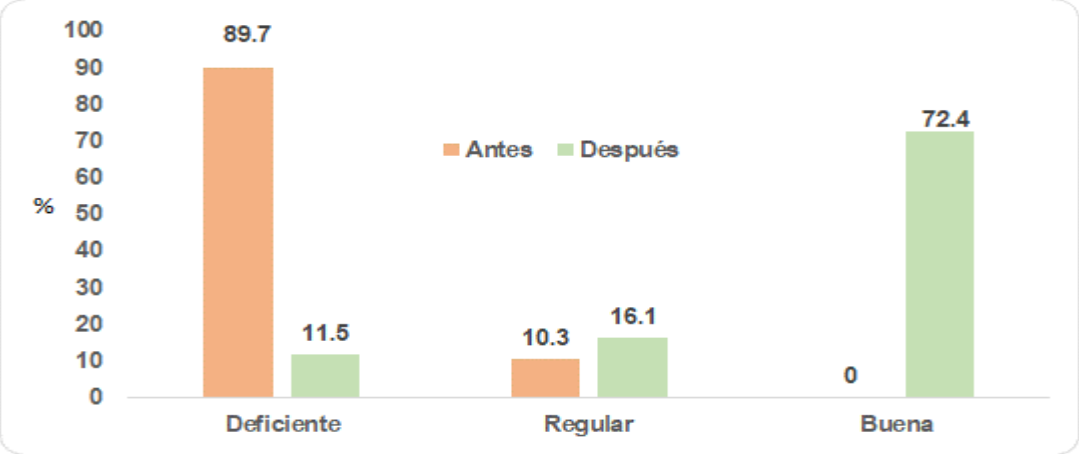


Gráfico 1. Porcentaje del nivel de calidad percibida por pobladores en estudio, en la dimensión libre determinación, según momentos de intervención, 2019

En la tabla 4 y gráfico 1, se presenta la distribución porcentual del nivel de calidad en la dimensión libre determinación según momentos del estudio, percibida por pobladores de comunidades nativas en estudio, donde, antes de la intervención el [89,7 % (78)] la aplicación de la libre determinación, se ubicaba en el nivel deficiente y posterior a la intervención disminuyó a un [11, 5 % (10)]; en el nivel regular, antes de la intervención, el [10, 3 % (9)] lo ubicó en este nivel, después de la intervención ascendió a un 16, 1 % (14)]. Finalmente, después de la intervención el [72, 4 % (63)] ubicaron a la dimensión libre determinación en el nivel de buena calidad en la atención de los servicios de salud y favorecería su acceso por parte de los pobladores en estudio.

Tabla 5. Distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: continuidad cultural, percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, antes y después de la intervención, 2019

Percepción de la calidad de atención en la dimensión: continuidad cultural	n = 87																			
	Frecuencia																			
	Siempre				La mayoría de las veces				Algunas veces				Pocas veces				Nunca			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Establece relaciones entre ambos sistemas de salud.	7	8,0	48	55,2	2	2,3	28	32,2	29	33,3	11	12,6	40	46,0	0	0,0	9	10,3	0	0,0
Respeta la diversidad cultural	6	6,9	57	65,5	11	12,6	35	40,2	29	33,3	41	47,1	32	36,8	32	36,8	9	10,3	9	10,3
Respeta los saberes ancestrales	7	8,0	53	60,9	13	14,9	25	28,7	29	33,3	9	10,3	27	31,0	0	0,0	11	12,6	0	0,0
Promueve la defensa de los saberes ancestrales.	3	3,4	48	55,2	16	18,4	24	27,6	29	33,3	14	16,1	31	35,6	0	0,0	8	9,2	0	0,0
Sistematiza la experiencia y aplica buenas prácticas en los síndromes culturales	3	3,4	47	54,0	2	2,3	25	28,7	28	32,2	14	16,1	42	48,3	0	0,0	12	13,8	0	0,0

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

En la tabla 5, se muestra la distribución porcentual de la percepción de la calidad de atención en la dimensión: continuidad cultural, donde, en la escala pocas veces, el [46,0% (40)] opinó que se establecían relaciones de poder entre iguales (entre el sistema de salud originario y el oficial) y después de la intervención siempre los hacían representado por el [55,2% (48)]; un [36,8% (32)] mencionó que los trabajadores de salud pocas veces respetaban la diversidad cultural en sus intervenciones y después de la intervención siempre respetaban la diversidad cultural expresado en un [65,5% (57)] de la población en estudio; entre tanto el [31% (27)] de los pobladores, percibían que los trabajadores de salud respetaban los saberes ancestrales en el proceso salud enfermedad y después de la intervención mejoró en un [60,9% (53)]; el [35,6 % (31)] percibieron que pocas veces el personal de salud promovían la defensa de los saberes ancestrales y con una mejora después de la intervención en un [55,2% (48)] y finalmente el [48,3% (42)] percibe que pocas veces el personal de salud sistematizaba las experiencias y aplicaban buenas prácticas en relación de los síndromes culturales y después de la intervención la población mejora su percepción respecto al contenido descrito como parte de asegurar la continuidad cultural para el desarrollo de la salud intercultural en la población indígena de las comunidades nativas de Dos Unidos y Nueva alianza.

Tabla 6. Distribución porcentual del nivel de calidad en la dimensión continuidad cultural, percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, según momentos del estudio, 2019

Percepción del nivel de calidad de atención en la dimensión continuidad cultural	n = 87			
	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	N°	%	N°	%
Deficiente	64	73,6	0	0.0
Regular	23	26,4	23	26,4
Buena	0	0,0	64	73,6

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

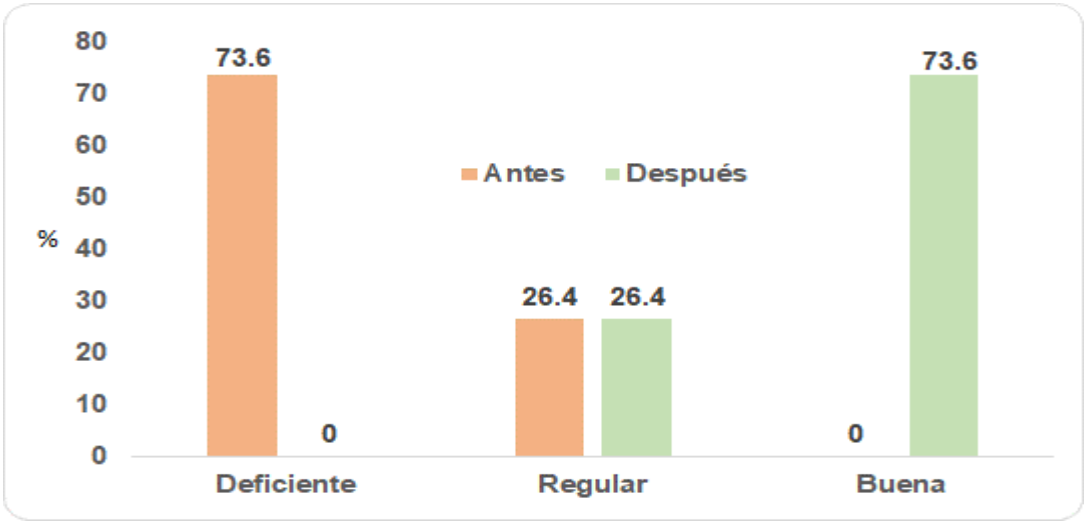


Gráfico 2. Porcentaje del nivel de calidad de atención percibida por la población en estudio, en la dimensión continuidad cultural, según momentos de intervención, 2019

En la tabla 6 y grafico 2, se evidenció que el [73, 6 % (64)] de la población intervenida observó un nivel deficiente, mejorando después de la intervención, y finalmente después de la intervención el [73, 6 % (64)] se ubicó en el nivel de calidad bueno según la percepción de los pobladores respecto a la continuidad cultural tal como se ha descrito en la tabla anterior.

Tabla 7. Distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: derecho, legislación, políticas y programas, percibida por pobladores en estudio, antes y después de la intervención, 2019

Percepción de la calidad de atención en la dimensión: derecho, legislación, políticas y programas.	n = 87																			
	Frecuencia																			
	Siempre				La mayoría de las veces				Algunas veces				Pocas veces				Nunca			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Reconoce derechos de acceso a la salud	1	1,1	44	50,6	4	4,6	30	34,5	32	36,8	13	14,9	38	43,7	0	0,0	12	13,8	0	0,0
Desarrolla programas de educación en salud intercultural	2	2,3	48	55,2	7	8,0	28	32,2	29	33,3	10	11,5	35	40,2	1	1,1	14	16,1	0	0,0
Coordina la conservación y protección del medio ambiente, producción de la tierra.	4	4,6	52	59,8	4	4,6	24	27,6	27	31,0	10	11,5	41	47,1	1	1,1	11	12,6	0	0,0
Promueve políticas de salud intercultural	4	4,6	54	62,1	8	9,2	22	25,3	30	34,5	9	10,3	35	40,2	1	1,1	10	11,5	1	1,1
Aplica lenguajes étnicos en los registros de atención	5	5,7	52	59,8	3	3,4	27	31,0	28	32,2	6	6,9	38	43,7	1	1,1	13	14,9	1	1,1
Propicia flexibilidad en los horarios	3	3,4	45	51,7	5	5,7	28	32,2	31	35,6	14	16,1	36	41,4	0	0,0	12	13,8	0	0,0
Brinda atención integral	2	2,3	47	54,0	3	3,4	30	34,5	25	28,7	10	11,5	43	49,4	0	0,0	14	16,1	0	0,0

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

En la tabla 7, se presenta la distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: derecho, legislación, políticas, prácticas y programas, según momentos de intervención, percibida por los pobladores de las comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, donde se encontró que [43,7% (38)] de los usuarios, pocas veces percibieron el reconocimiento de sus derechos y la atención de salud sin discriminación, y después de la intervención se ubica en la escala de medición de siempre reconocen los servidores sus derechos de acceso a la salud sin discriminación traducido en un [50,6% (44)]; mientras que el desarrollo de programas de educación para la salud con enfoque intercultural antes de la intervención en la escala de pocas veces es expresado en un [40,2% (35)] y después de la intervención el [55,2% (48)] percibieron que los servidores públicos, siempre desarrollan dichos programas de salud con enfoque intercultural; así mismo un [47,1%(41)] de los pobladores en estudio percibieron la coordinación para la conservación y protección del medio ambiente, producción de la tierra y el territorio en la escala de pocas veces, para mejorar considerablemente ubicándose en la escala de siempre el [59,8% (52)]; así mismo un [40,2% (35)] de los pobladores percibieron que el personal de salud pocas veces promovía los servidores públicos las políticas de salud a favor de los pueblos indígenas y después de la intervención el [62,1% (54)] lo hicieron siempre; referente a la percepción de si aplican lenguajes étnicos en los registros de atención el [14,9% (13)] percibían que nunca lo hacían mientras que después de la intervención el [59,8% (52)] siempre aplican lenguajes étnicos; propician flexibilidad en el proceso de atención, es decir establecen los horarios con participación de la comunidad, un porcentaje importante [41,4% (36)] pocas veces lo hacían antes de la intervención y después de la intervención el [51,7% (45)] de la población percibieron que el personal de salud lo hacía siempre; referente a la atención integral que brindan el personal de salud con criterio de eficacia pocas veces lo hacía representado por el [49,4% (43)] de percepción de la población, con una mejora importante después de la intervención con [54,0% (47)] de la población, percibió que el personal de salud, brinda la atención integral siempre con criterio de eficacia, considerando como eficacia para el presente estudio la capacidad de lograr el efecto que se desea y en este caso el acceso a los servicios de salud con calidad.

Tabla 8. Distribución porcentual del nivel de calidad en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas, percibida por pobladores de las comunidades nativas en estudio y sus momentos de intervención, 2019

Percepción del nivel de calidad en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas.	n = 87			
	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	N°	%	N°	%
Deficiente	87	100	2	2,3
Regular	0	0,0	27	31,0
Buena	0	0,0	58	66,7

Fuente: Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

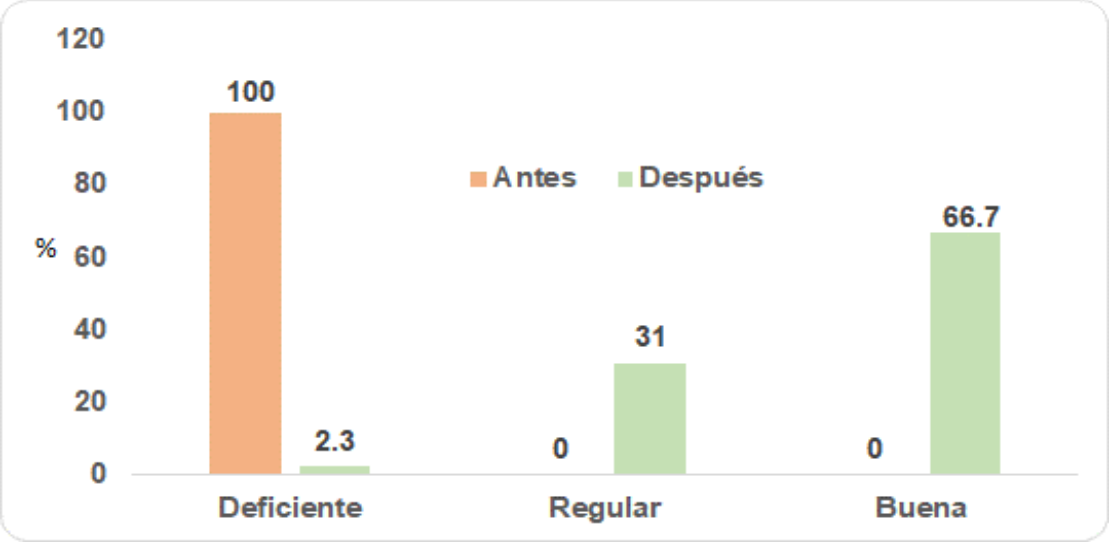


Gráfico 3. Porcentaje del nivel de calidad de atención percibida por pobladores en estudio, en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas, según momentos de intervención, 2019

En la tabla 8 y gráfico 3, se observa la distribución porcentual del nivel de calidad de atención en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas, percibida por pobladores en estudio, donde, antes de la intervención se evidenció que el [100% (87)] percibían la calidad de atención en el nivel deficiente. En la Pre-intervención los pobladores no percibieron un nivel regular, mientras que después de la intervención el [31, 0 % (27)] se ubicó en este nivel; finalmente, el [66, 7 % (58)] percibió la calidad de atención, en el nivel bueno después de la intervención en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas.

Tabla 9. Distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: estrategias interculturales, percibida por pobladores de comunidades nativas en estudio, antes y después de la intervención, 2019

Percepción de la calidad de atención en la dimensión: estrategias interculturales.	n = 87																			
	Frecuencia																			
	Siempre				La mayoría de las veces				Algunas veces				Pocas veces				Nunca			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Interviene en los determinantes sociales de la salud	5	5,7	31	35,6	4	4,6	36	41,4	27	31,0	19	21,8	41	47,1	0	0,0	10	11,5	1	1,1
Contextualiza el enfoque de salud intercultural el EESS	3	3,4	41	47,1	11	12,6	32	36,8	27	31,0	14	16,1	34	39,1	0	0,0	12	13,8	0	0,0
Muestra actitud de escucha resuelve los problemas de salud	5	5,7	28	32,2	8	9,2	33	37,9	29	33,3	23	26,4	32	36,8	2	2,3	13	14,9	1	1,1
Diálogo horizontal	3	3,4	37	42,5	11	12,6	30	34,5	29	33	18	20,7	34	39,1	1	1,1	10	11,5	1	1,1
Utiliza la medicina tradicional como complemento al tratamiento de la medicina científica	5	5,7	33	37,9	10	11,5	40	46,0	26	29,9	13	14,9	38	43,7	1	1,1	8	9,2	0	0,0
Promueve y recomienda el uso racional de las medicinas	6	6,9	35	40,2	9	10,3	31	35,6	29	33,3	19	21,8	34	39,1	1	1,1	9	10,3	1	1,1
Brindan atención con enfoque intercultural	5	5,7	35	40,2	13	14,9	30	34,5	32	36,8	20	23,0	31	35,6	1	1,1	6	6,9	0	0,0
Atención de salud de la mujer con respeto a sus creencias	4	4,6	36	41,4	11	12,6	38	43,7	33	37,9	13	14,9	34	39,1	0	0,0	5	5,7	0	0,0
Desarrolla la atención primaria de salud	4	4,6	35	40,2	13	7,5	37	42,5	25	28,7	14	16,1	34	39,1	1	1,1	11	12,6	0	0,0
Autogestión en la capacidad de respuesta a la salud	2	2,3	31	35,6	12	13,8	34	39,1	33	37,9	20	23,0	31	35,6	1	1,1	9	10,3	1	1,1
Acompañamiento técnico	4	4,6	25	28,7	5	5,7	39	44,8	25	28,7	22	25,3	49	56,3	0	0,0	4	4,6	1	1,1

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

En la tabla 9, respecto a la distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: estrategias interculturales, percibida por los pobladores de las comunidades nativas de Nueva Alianza y Dos Unidos, pocas veces, es decir el [47,1 % (41)] indicó que el personal de salud intervenían en los determinantes sociales de la salud y después de la intervención el [41,4% (36)] lo hacían la mayoría de veces; el [39,1% (34)] pocas veces contextualizaban con enfoque intercultural el establecimiento de salud, después de la intervención lo hacían siempre el [47,1% (41)]; antes de la intervención los pobladores percibieron que nunca el personal de salud mostró actitud de escucha en la solución de los problemas expresado en un [14,9% (13)] y después de la intervención se involucraron la mayoría de veces en un [37,9% (33)]; antes de la intervención pocas veces percibieron un diálogo horizontal en un [39,1% (34)] y después de la intervención un [34,5% (30)] la mayoría de veces percibían que había un diálogo horizontal.

Antes de la intervención el [43,7% (38)] pocas veces utilizaban la medicina tradicional mientras que después de la intervención el [37,9% (33)] percibieron que siempre lo hicieron.

El [39,1% (34)] pocas veces recomendaron el uso racional de los medicamentos, después el [40,2% (35)] percibieron esta mejora; antes de la intervención el [35,6% (31)] pocas veces brindaron atención recuperativa con enfoque intercultural y después el [40,2% (35)] lo hicieron siempre; pocas veces los servidores públicos atendían con respeto a las creencias antes de la intervención, percibidos por un [39,1% (34)] de los pobladores y después lo hicieron siempre en un [41,4% (36)].

Pocas veces desarrollaban los procesos de atención primaria en salud en un [39,1% (34)] y después de la intervención, percibieron que lo hicieron siempre en un [40,2% (35)].

Pocas veces auto gestionaban la respuesta de los servicios de salud [35,6% (31)] y después el [35,6% (31)] lo hicieron siempre según la percepción de los pobladores; en acompañamiento técnico el [56,3% (49)] pocas veces lo hacían y después de la intervención el [44,8% (39)] fue la mayoría de veces, según la percepción de la población.

Tabla 10. Distribución porcentual del nivel de calidad en la dimensión estrategias interculturales percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, según momentos del estudio, 2019

Percepción del nivel de calidad en la dimensión estrategias interculturales	n = 87			
	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	N°	%	N°	%
Deficiente	87	100	55	63,2
Regular	0	0,0	8	9,2
Buena	0	0,0	24	27,6

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

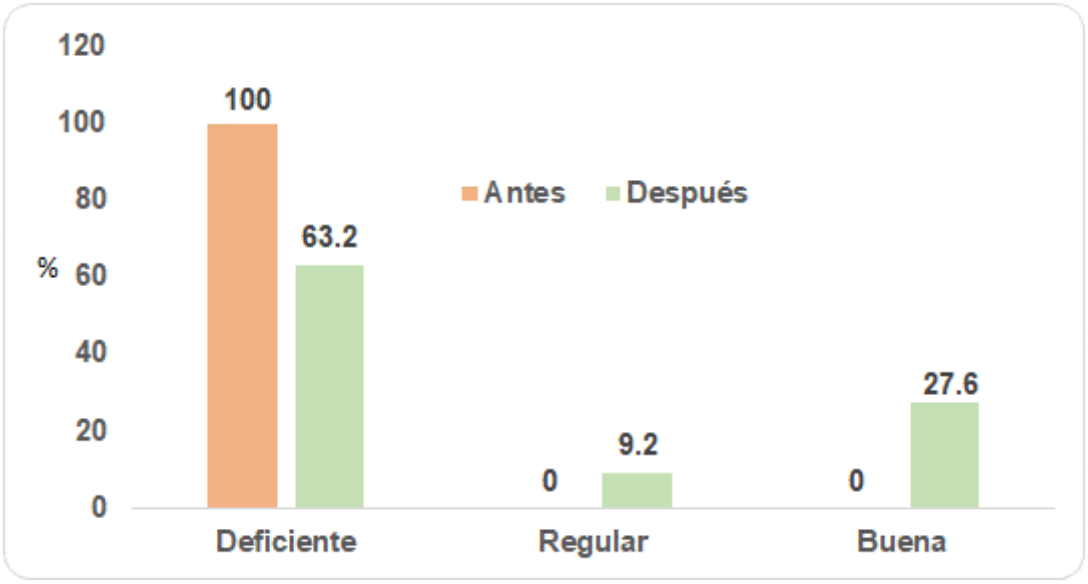


Gráfico 4. Porcentaje del nivel de calidad de atención percibida por pobladores en estudio, en la dimensión estrategias interculturales, según momentos de intervención, 2019

En la tabla 10 y grafica 4, se observa la distribución porcentual del nivel de calidad en la dimensión estrategias interculturales percibida por pobladores de comunidades nativas en estudio, según momentos del estudio, donde, antes de la intervención se evidenció que el [100 % (87)] de los usuarios consideró el nivel deficiente, mientras que, después de la intervención disminuyó en el [63,2 % (55)]. Asimismo, en el nivel regular antes de la intervención no consideraron este nivel, mientras que después el [9,2 % (8)] lo ubicó en este nivel. Finalmente, en el nivel bueno después de la intervención se ubicó el [27,6 % (24)].

Tabla 11. Distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: respeto e inclusión, percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, antes y después de la intervención, 2019

Percepción de la calidad de atención en la dimensión: respeto e inclusión	n = 87																			
	Frecuencia																			
	Siempre				La mayoría de las veces				Algunas veces				Pocas veces				Nunca			
	Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después		Antes		Después	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Facilita el acceso a servicios de salud compartidos	1	1,1	57	65,5	6	6,9	20	23,3	27	31	8	9,2	41	47,1	2	2,3	12	13,8	0	0,0
Participación en espacios y voces, interpretando sus significados	11	12,6	63	72,4	8	9,2	17	19,5	26	29,9	7	8,0	33	37,9	0	0,0	9	10,3	0	0,0
Acepta criterios de inclusión definidos por los pueblos indígenas	5	5,7	60	69,0	7	8,0	21	24,1	30	34,5	6	6,9	33	37,9	0	0,0	12	13,8	0	0,0
Establece relaciones de entendimiento y confianza con los agentes de medicina tradicional	4	4,6	60	69,0	8	9,2	16	18,4	29	33,3	10	11,5	39	44,8	0	0,0	7	8,0	0	0,0

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

En la tabla 11, se presenta la distribución porcentual de la calidad de atención en la dimensión: respeto e inclusión, percibida por los pobladores de comunidades nativas, donde, antes de la intervención, el [47,1 % (41)] pocas veces facilitaba el acceso a servicios de salud compartidos y después de la intervención lo hacían siempre el [65;% (57)]; pocas veces el [37,9% (33)] antes de la intervención promovían la participación de diversos espacios y voces, interpretando sus significados y después de la intervención el [72,4% (63)] lo hacían siempre; antes de la intervención el [37,9% (33)] pocas veces aceptaban los criterios de inclusión definido por los pueblos indígenas y post intervención lo hacían siempre el [69,0% (60)]; antes de la intervención pocas veces establecían relaciones de entendimiento y confianza con los agentes de la medicina tradicional y post intervención lo hicieron siempre el [69,0% (60)].

Tabla 12. Distribución porcentual del nivel de calidad de atención la dimensión respeto e inclusión percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, según momentos del estudio, 2019

Percepción del nivel de calidad en la dimensión: respeto e inclusión	n= 87			
	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	N°	%	N°	%
Deficiente	53	60,9	0	0,0
Regular	33	37,9	6	6,9
Buena	1	1,1	81	93,1

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

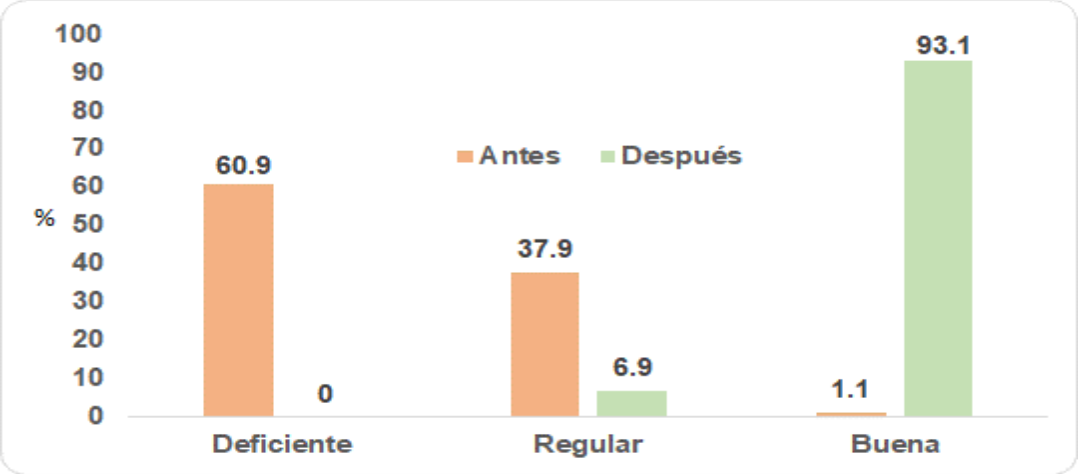


Gráfico 5. Porcentaje del nivel de calidad de atención percibida por pobladores en estudio, en la dimensión respeto e inclusión, según momentos de intervención, 2019

En la tabla 12 y gráfica 5, en la población nativa de las comunidades de Dos Unidos y Nueva Alianza y según momentos del estudio, se evidencia, antes de la intervención el [60,9 % (53)] de los usuarios percibió según nivel de la calidad en la dimensión: respeto e inclusión en el nivel deficiente, mientras que, después de la intervención ya no consideraron este nivel de calidad. Asimismo, en el nivel regular antes de la intervención indicaron el [37,9 % (33)] los usuarios, mientras que después de la intervención el [6,9 % (6)] se ubicaron en este nivel, y finalmente en el nivel bueno antes de la intervención consideraron el [1.1% (1)], mientras que después de la intervención el [93,1 % (81)] consideró este nivel respecto al respeto e inclusión.

Tabla 13. Distribución porcentual del nivel de calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, según momentos del estudio, 2019

Percepción del nivel de calidad de atención	n= 87			
	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	N°	%	N°	%
Deficiente	87	100	1	1,1
Regular	0	0,0	27	31,0
Buena	0	0,0	59	67.8

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

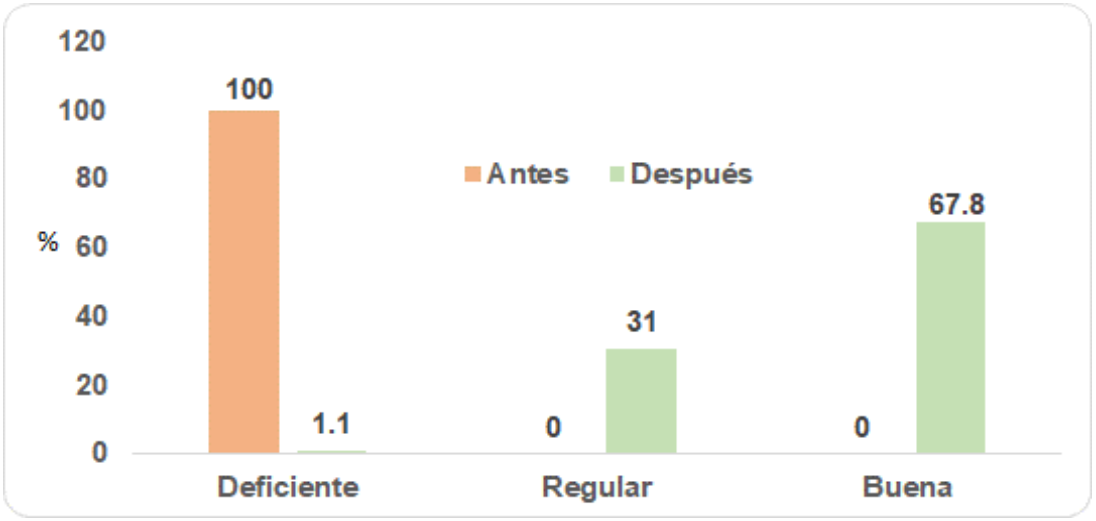


Gráfico 6. Porcentaje del nivel de calidad de atención percibida por pobladores en estudio, según momentos de intervención, 2019

En la tabla 13 y gráfica 6, se analiza la distribución porcentual del nivel de calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas, según momentos del estudio, donde, se evidenció que, antes de la intervención con la aplicación del modelo de salud intercultural, el [100 % (87)] de los usuarios consideraron el nivel deficiente, mientras que, después el [1,1 % (1)] de los usuarios se mantuvieron en este nivel. En el nivel regular después de la intervención el [31,0 % (27)] de los usuarios consideraron este nivel, y finalmente en el nivel bueno después de la intervención el [67,8 % (59)] de los usuarios indicaron su percepción en este nivel.

4.2. RESULTADOS INFERENCIALES

4.2.1. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 14. Comparación antes y después de la intervención con el modelo de salud intercultural, sobre la calidad de atención percibida por los pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, 2019

		Modelo de salud intercultural				Chi cuadrada Mc Nemar= χ2	Pvalor
		Antes		Después			
		N	%	N	%		
Calidad de atención	Deficiente	87	100	1	1,1	116,6	0,000
	Regular	0	0	27	31,0		
	Buena	0	0	59	67,8		
Total		87	100	87	100		

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

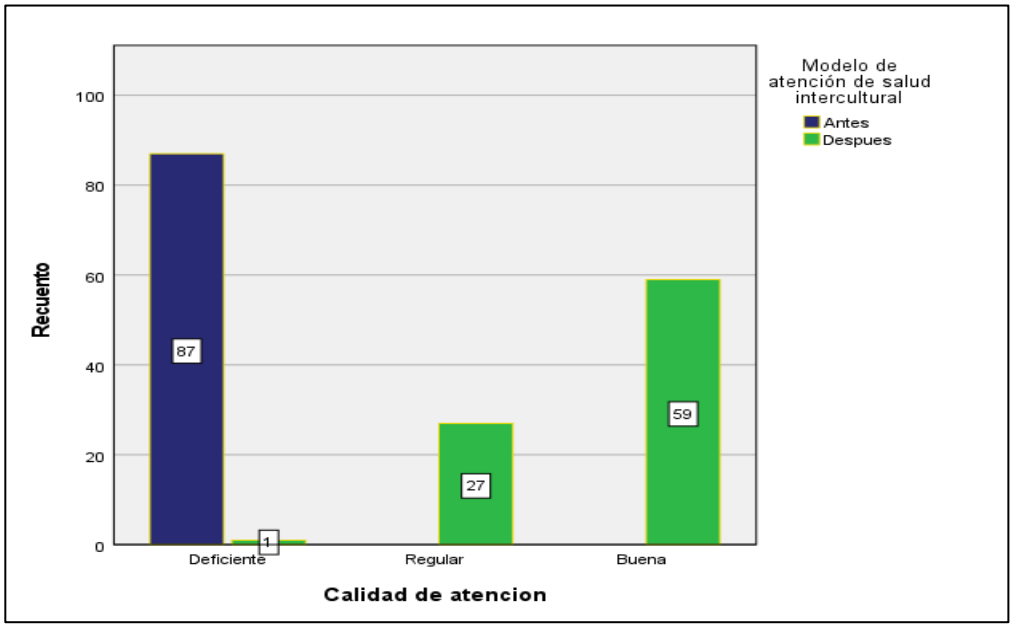


Gráfico 7. Comparación antes y después de la intervención con el modelo de salud intercultural, sobre la calidad de atención percibida por los pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, 2019

En la tabla 14 y grafico 7, los momentos del estudio se compararon antes y después de la intervención utilizando el modelo de salud intercultural, en relación con la percepción de las comunidades nativas sobre la calidad de la atención. Dado que el valor χ2 fue 116.6 y el valor p fue 0.000 < 0.05, tuvimos que rechazar la hipótesis nula y confirmar la hipótesis de investigación. Los residentes de comunidades nativas

perciben que el modelo de salud intercultural tiene un impacto significativo en la calidad de la atención que reciben en 2019. Este hallazgo está respaldado por un nivel de confianza del 95%. Vale la pena señalar que existen variaciones en la concentración entre los períodos de estudio; por ejemplo, 59 residentes informaron buena calidad de atención después de la intervención, mientras que 87 usuarios informaron mala calidad de atención antes de la intervención.

Con base en los resultados que muestran cambios estadísticamente significativos entre las dos métricas, podemos concluir que el modelo de salud intercultural mejora la calidad de atención para los usuarios de los servicios de salud en 2019 en las comunidades indígenas de Dos Unidos y Nueva Alianza.

Tabla 15. Comparación antes y después de la intervención con el modelo de atención de salud intercultural, sobre la calidad de atención en la dimensión libre determinación percibida por los pobladores en estudio, 2019

		Modelo de salud intercultural				Chi cuadrada Mc Nemar= χ^2	Pvalor
		Antes		Después			
		N	%	N	%		
Calidad en la dimensión libre determinación	Deficiente	78	89.7	10	1,1	170,04	0,000
	Regular	9	10.3	11.5	31,0		
	Buena	0	0	63	72.4		
Total		87	100	87	100		

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque intercultural en la atención de salud al personal de salud. (Anexo 02)

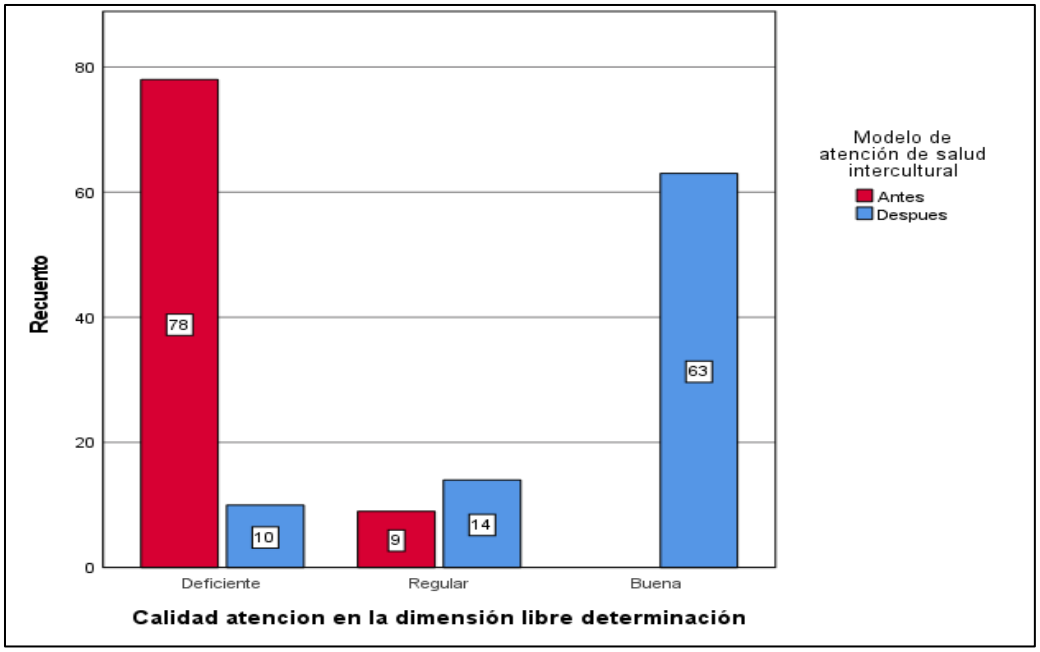


Gráfico 8. Frecuencia de la calidad de atención en la dimensión libre determinación antes y después de la intervención con el modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019

En la tabla 15 y gráfico 8, se comparó los momentos del estudio: antes y después de la intervención con el modelo de salud intercultural respecto a la percepción de la calidad atención en dimensión libre determinación en los pobladores de las comunidades nativas, donde, se halló un valor $\chi 2 = 170,04$ y p - valor = 0,000 < 0, 05, por lo que se tuvo que rechazar la hipótesis nula y afirmar la hipótesis de investigación: existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de

salud intercultural en la calidad de atención, dimensión libre determinación, percibida por los usuarios en estudio; esta determinación corresponde a un nivel de confianza del 95%, donde se aprecia claras diferencias de concentración entre los momentos del estudio, siendo los de mayor proporción después de la intervención, buena calidad de atención en la dimensión libre determinación con 63 pobladores, en tanto que la pre intervención prevalece con deficiente calidad de atención en la dimensión libre determinación, en un total de 87 usuarios, que acceden y reciben atención en los servicios de salud.

Los hallazgos demuestran cambios significativos entre ambas medidas por lo que nos permite deducir que la aplicación del modelo de salud intercultural mejora la calidad de atención en la dimensión libre determinación en los usuarios de los servicios de salud de las comunidades nativas de Dos Unidos y Nueva Alianza, usuarios en el 2019.

Tabla 16. Comparación antes y después de la intervención con el modelo de salud intercultural, sobre la calidad de atención en la dimensión continuidad cultural percibida por los pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, 2019

		Modelo de salud intercultural				Chi cuadrada Mc Nemar= χ^2	Pvalor
		Antes		Después			
		N	%	N	%		
Calidad de atención en la dimensión continuidad cultural	Deficiente	64	73,6	0	0,0	128,00	0,000
	Regular	23	26,4	23	26,4		
	Buena	0	0,0	64	73,6		
Total		87	100	87	100		

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque Intercultural en la atención de salud al personal de salud (Anexo 02)

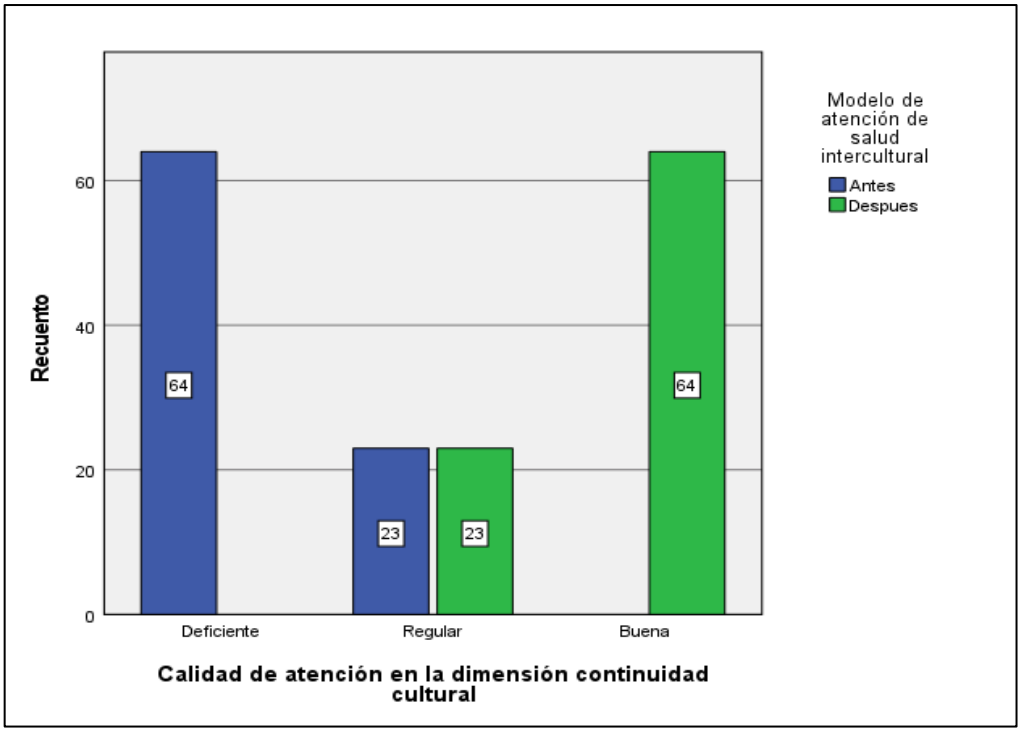


Gráfico 9. Agrupación de frecuencia de calidad de atención en la dimensión continuidad cultural antes y después de la intervención con Modelo de salud intercultural en los pobladores de comunidades nativas Dos Unidos y Nueva Alianza, 2019

En la tabla 16 y gráfico 9, Se comparó el momento del estudio pre y post de la intervención con el modelo de salud intercultural, observando cómo los residentes de las comunidades nativas percibían la calidad de la atención en la dimensión de continuidad cultural. Con un valor $\chi 2$ de 128,00 y un valor p de 0,000 < 0,05, se rechazó la hipótesis nula y se

confirmó la hipótesis de investigación, en términos de calidad del servicio, existen distinciones entre los períodos previos y posteriores a la intervención al utilizar el modelo de salud intercultural: los usuarios estudiados percibieron la continuidad cultural como un aspecto importante de su atención. Al nivel de confianza del 95%, hubo cambios notables en la concentración entre los períodos de estudio. La mayor proporción de usuarios que informaron buena calidad de la atención en la dimensión de continuidad cultural fue de 64 después de la intervención, al igual que 64 usuarios informaron mala calidad de la atención en esta dimensión antes de la intervención.

Los hallazgos demuestran cambios significativos entre ambas medidas por lo que nos permite deducir que la aplicación del modelo de salud intercultural mejora la calidad de atención en la dimensión continuidad cultural en los usuarios de los servicios de salud de las comunidades nativas de Dos Unidos y Nueva Alianza, usuarios en el 2019.

Tabla 17. Comparación de la calidad de atención en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas antes y después de la intervención con el Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019

		Modelo de salud intercultural				Chi cuadrada Mc Nemar= χ^2	Pvalor
		Antes		Después			
		N	%	N	%		
Calidad en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas	Deficiente	87	100.	2	2.3	166.2	0,000
	Regular	0	0.0	27	31.0		
	Buena	0	0	58	66.7		
Total		87	100	87	100		

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque Intercultural en la atención de salud al personal de salud (Anexo 02)

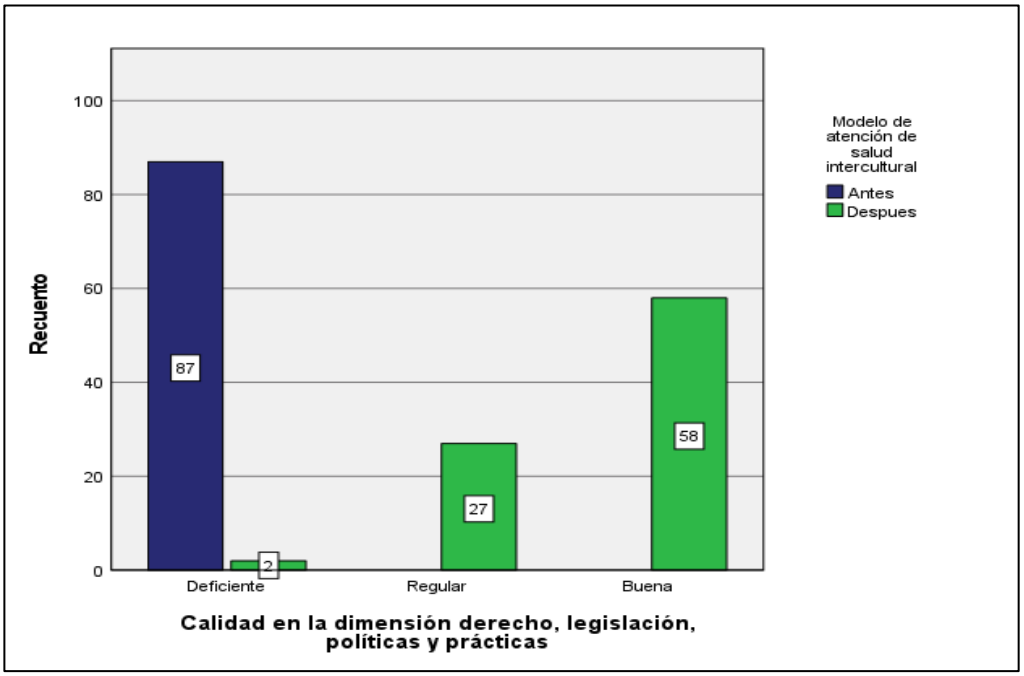


Gráfico 10. Agrupación de frecuencia de Calidad de atención en la dimensión derecho, legislación, políticas y programas antes y después de la intervención con Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019

En la tabla 17 y grafica 10, se muestra la comparación entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural, de la percepción de los pobladores de las comunidades nativas en estudio, sobre la calidad de atención dimensión: derecho, legislación, políticas y programas, donde mediante la prueba chi cuadrado $\chi 2$= 166.2 p - valor = 0,000 < 0, 05, por lo que se tuvo que rechazar la hipótesis nula y se

concluye que a un nivel de confianza del 95%, existen diferencias entre los momentos del estudio en la percepción de la calidad de atención dimensión: derecho, legislación, políticas y programas siendo los valores mayores en la post intervención, con lo que se demuestra que la hipótesis específica 3 es válida.

Tabla 18. Comparación de la calidad de atención en la dimensión estrategias interculturales antes y después de la intervención con el Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019

		Modelo de salud intercultural				Chi cuadrada Mc Nemar= χ^2	Pvalor
		Antes		Después			
		N	%	N	%		
Calidad en la dimensión Estrategias interculturales	Deficiente	87	100.0	55	63.2	39.3	0,000
	Regular	0	0.0	8	9.2		
	Buena	0	0.0	24	27.6		
Total		87	100	87	100		

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque Intercultural en la atención de salud al personal de salud (Anexo 02)

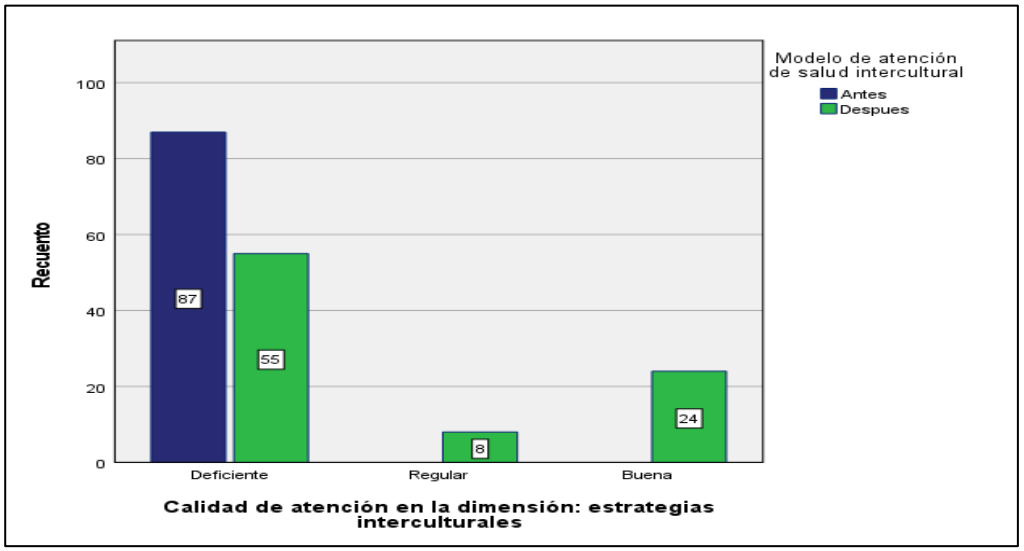


Gráfico 11. Agrupación de frecuencia en la calidad de atención en la dimensión Estrategias interculturales antes y después de la aplicación del Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019

En la tabla 18 y gráfica 11, se muestra las diferencias antes y después de la intervención a través de la aplicación del modelo de salud intercultural, sobre la percepción de los pobladores de las comunidades nativas de Dos Unidos y Nueva Alianza, sobre la calidad de atención en la dimensión: estrategias Interculturales, descrito en la intervención en los determinantes sociales de la salud, contextualización con enfoque de salud intercultural el establecimiento de salud, involucramiento del personal de salud en los problemas de la población, desarrollo de los diálogos horizontales, uso de la medicina tradicional como complemento

de la medicina científica, promoción del uso racional de los medicamentos, atención de salud de la mujer con respeto a sus creencias, desarrollo de la atención primaria en salud, autogestión en la capacidad de respuesta a la salud y el acompañamiento técnico del personal de salud; donde, mediante la prueba chi cuadrada, se encontró un valor $\chi 2 = 39,3$ y p – valor = 0,000 < 0, 05, por lo que se tuvo que rechazar la hipótesis nula y se concluye a un nivel de confianza del 95%, que existen diferencias entre la pre y post intervención en la percepción de los pobladores de las comunidades nativas en estudio, sobre la calidad de atención en la dimensión: estrategias Interculturales, evidenciándose un cambio significativo en la pos intervención con una percepción de buena calidad de atención con 24 usuarios y en tanto en la pre intervención el 100% de los usuarios percibieron deficiente calidad de atención en estrategias interculturales.

Tabla 19. Comparación de la calidad de atención en la dimensión respeto e inclusión antes y después de la intervención con el Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio 2019

		Modelo de salud intercultural				Chi cuadrada Mc Nemar= χ^2	Pvalor
		Antes		Después			
		N	%	N	%		
Calidad en la dimensión respeto e inclusión	Deficiente	53	60.9	0	0.0	149,7	0,000
	Regular	33	37.9	6	6.9		
	Buena	1	1.1	81	93.1		
Total		87	100	87	100		

Fuente. Escala de medición de la aplicación del enfoque Intercultural en la atención de salud al personal de salud (Anexo 02)

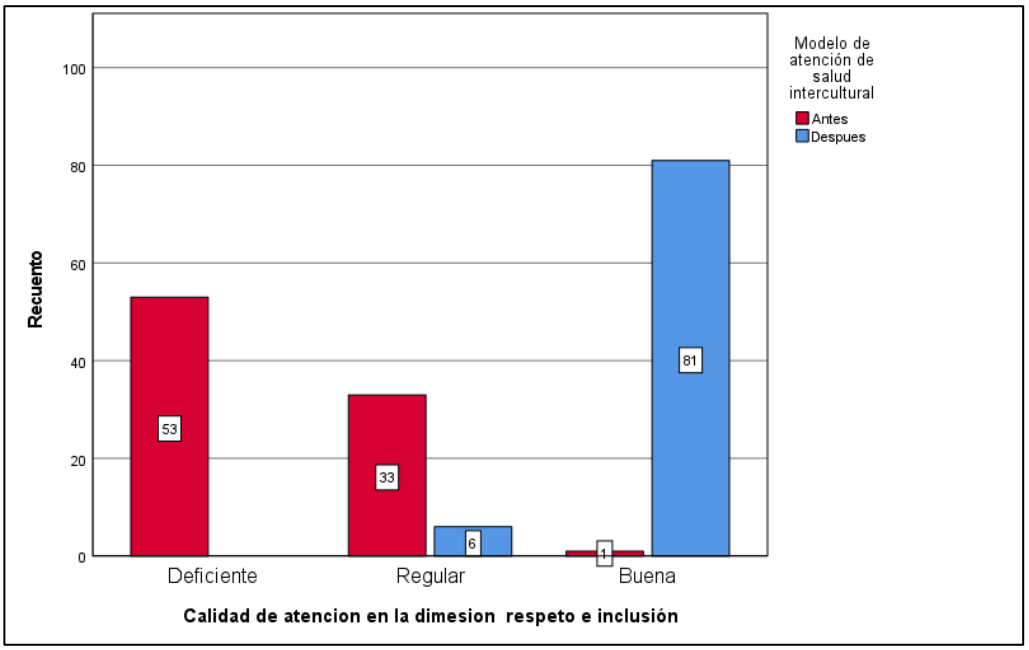


Gráfico 12. Agrupación de frecuencia en la calidad de atención en la dimensión respeto e inclusión antes y después de la intervención con Modelo de salud intercultural en los pobladores en estudio, 2019

En la tabla 19 y grafico 12, se comparó los momentos del estudio: antes y después de la intervención con la aplicación del modelo de salud intercultural respecto a la percepción de la calidad de atención en la dimensión respeto e inclusión en los pobladores de las comunidades nativas, donde, se halló un valor $\chi 2 = 149,7$ y p - valor = 0,000 < 0, 05, por lo que se tuvo que rechazar la hipótesis nula y afirmar la hipótesis investigación: existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: respeto e inclusión, percibida por los usuarios; esta determinación

corresponde a un nivel de confianza del 95%, donde se aprecia que existen un cambio en la prevalencia de buena calidad ya que en la pre intervención se evidenció solo en un usuario y en la post intervención se incrementó pasando a 81 usuarios que percibieron buena calidad de atención.

Los hallazgos demuestran cambios significativos entre ambas medidas por lo que nos permite deducir que la aplicación del modelo de atención de salud intercultural mejora la calidad de atención en la dimensión respeto e inclusión en los usuarios de los servicios de salud de las comunidades nativas de Dos Unidos y Nueva Alianza, en el 2019.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1. SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

El propósito de esta prueba de comparación es confirmar los hallazgos de un estudio que involucró la capacitación de trabajadores de la salud para brindar atención intercultural en salud, un enfoque de la atención al paciente que integra el conocimiento científico con las normas y prácticas culturales y mejoró la calidad percibida de la atención para los usuarios nativos de las comunidades Dos Unidos y Nueva Alianza en el distrito de Honoria del departamento de Huánuco.

Considerando las mediciones de tendencia central y frecuencias en las variables categóricas, se realizó el análisis descriptivo de los datos según su escala de medición (nominal u ordinal). Para $p < 0,05$, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado para comparar los momentos del estudio.

5.2. CONJUNTO DE ARGUMENTOS

Este estudio tiene como objetivo mejorar la calidad de los servicios de salud para las comunidades nativas que reciben atención primaria. Se alinea con la Declaración de Alma Ata (1978) que define la atención primaria como atención médica esencial que se basa en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables. La atención primaria es una parte integral del sistema de salud de un país y contribuye al desarrollo social y económico. El primer paso para brindar tratamiento médico continuo es establecer una interacción regular con los pacientes, sus familias y miembros de la comunidad; esto acerca el tratamiento médico lo más posible a los hogares y lugares de trabajo de los pacientes [(44)].

El desempeño con calidad de atención en salud se evidencia en los resultados de la percepción de los usuarios de la atención de salud intercultural, pues el objetivo es lograr el desempeño de la oferta de salud con

calidad mediante la mejora continua, orientados a minimizar inconformidades, en el acceso a los servicios de salud, el trato del personal de salud, entrega de insumos, finalmente la participación comunitaria, donde el 56% de las familias se encontraron insatisfechas según lo publicado por Rivera Núñez[68] y coincide con la intervención implementada mediante la aplicación del modelo de salud intercultural en las comunidades nativas de las comunidades amazónicas de Dos Unidos y Nueva Alianza, cuyos resultados generó un incremento en la percepción de la calidad durante el post test, logrando un nivel bueno en un 67.8% y en un 31,0% el nivel regular, los trabajadores de la salud están respondiendo a la necesidad de mejorar el acceso a los servicios preventivos, promocionales y restaurativos mediante la utilización de un enfoque intercultural que incorpora conceptos como respeto, inclusión, continuidad cultural, derecho, legislación, políticas y programas.

Estos hallazgos muestran semejanzas con los resultados obtenidos por algunas organizaciones como es el caso Boliviano, descrito por Mamani et.al referente a la cultura Kallawaya, caracterizada por estar lleno de misterios debido a los grandes saberes, ritualidades, especialidades, iniciando como un centro de origen a los curanderos itinerantes, siendo una cultura con mayor conocimiento en medicina tradicional, siendo parte de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), Institución formadora en el manejo de medicina herbolaria y el manejo de los usos y costumbres de las comunidades kallawayas, siendo necesario precisar el desarrollo de las interconsultas de los Médicos Kallawuayas y los médicos convencionales[69], en la comunidad de Raqaypampa la salud intercultural se desarrolla en interacción y complementariedad de la práctica de la medicina tradicional y medicina académica, asi mismo en sus estatutos considera, como un mandato la recuperación de la medicina tradicional y los estudios sobre la cultura médica local [70].

Riveros-Pinto, Ángela; La partería es una práctica intercultural que combina elementos tanto de la biomedicina como de la medicina tradicional. Esto se debe a que ambos sistemas hacen hincapié en el cuidado de la gestante y su bebé durante las diversas etapas del puerperio, y a que las matronas tradicionales pueden incluso someterse a una formación biomédica

para integrarse mejor en el sistema biomédico [71], así como la implementación del modelo de salud familiar comunitario – intercultural (SAFCI) considerada como política de salud para mejorar la eficiencia y eficacia de la atención en salud en el territorio nacional de Bolivia, constituye un indicador importante de la calidad de los servicios de salud, en su estudio concluyeron su aplicabilidad parcial en los establecimientos del primer nivel y débil aplicabilidad en el segundo y tercer nivel de atención, relacionado con sus propias características de integralidad en la atención, gestión participativa, interculturalidad e intersectorialidad, descrita por Polo Andrade[29].

Y también con lo descrito en el Perú, el caso de la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDESEP), es reconocido por su aporte en la construcción de la salud intercultural desde los conocimientos de los pueblos, experiencias, prácticas, publicaciones institucionales, testimonios de dirigente y egresados capacitados en el programa de formación estructurado por AIDESEP, como respuesta indígena a sus propias necesidades de desarrollar la atención en salud intercultural apropiada a la población indígena [88].

Y en el caso Churcampa – Huancavelica, concluyo que la adecuación cultural es la etapa inicial del diálogo intercultural, donde se intercambian conocimientos para persuadir al personal de salud a satisfacer las necesidades de sus pacientes. La segunda etapa implica reconocer y evaluar conocimientos previos, reunir actividades y entendimientos, y asumir el papel de la mujer embarazada durante el parto mientras considera sus derechos durante la atención médica. En última instancia, la interculturalidad abarca no solo la adecuación cultural sino también la adaptación de los servicios para que sean culturalmente relevantes, que es el resultado del diálogo horizontal entre los usuarios de los servicios y el personal de salud, la medicina oficialmente reconocida y la medicina tradicional/original. [89].

En el primer análisis específico se evidenció la existencia de diferencias entre los momentos antes y después de la intervención con el modelo de salud intercultural en la dimensión libre determinación, percibida por los usuarios en estudio. Este resultado pone en evidencia la consideración del respeto en las

decisiones de su atención de salud de cada persona o poblador de la comunidad nativa, se trata de una consideración a su condición de autonomía y flexibilidad a la adecuación cultural. Esto concuerda con el análisis de Ezeizabarrena [74], enfatizando que el derecho de las personas a la autodeterminación es un derecho vivo y válido que, como cualquier ser vivo, está sujeto a complejidades y diversas interpretaciones; de igual manera, el ejercicio de la autodeterminación conduce al cumplimiento de compromisos, tratados y pactos internacionales, particularmente en el área de defensa de los derechos humanos [75]; igualmente, la Constitución Política del Perú, reconoce a la autonomía para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, donde empodera, involucra y capacita a los líderes de la comunidad indígena, respetando su cosmovisión en el proceso salud-enfermedad, así como sus propias convicciones personales y morales [76].

El presente hallazgo es corroborado por los aportes que presenta México donde los pobladores aborígenes gozan del derecho de la libre determinación para elegir como sobrevivir, a vivir bien y dar consejo, defender el territorio, la tierra, los animales y cuidarlo considerando que el cuidado se extiende a los miembros de la comunidad por el principio del desarrollo colectivo y se consideran como raíces [77].

En las regiones de intervención de Churcampa, las personas apreciaron los servicios de salud porque eran acogedores, honestos y brindaban servicios en el idioma local, manteniendo patrones de comunicación respetuosos. Atención regular, equitativa y culturalmente apropiada que reconozca, investigue, respete y utilice ideas culturales y prácticas de salud contemporáneas; cubra todas las bases con servicios básicos y acceso a todos los niveles de atención [88]

En un segundo análisis se obtuvo, diferencias significativas en el nivel de calidad de atención: dimensión continuidad cultural percibida por los usuarios durante la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural, este resultado responde a la pertinencia de la atención, donde el diseño y desarrollo de modelos específicos de atención responden a las

necesidades y características culturales de la población así como sus demandas [50]; Al coordinarse con la educación y proteger su hábitat natural, del que continúan dependiendo cultural y biológicamente, busca enfocar componentes fundamentales de salud [76].

Cuando el personal de salud comprende mejor las diferencias culturales en áreas como el idioma, la comunicación, los valores, las creencias, el estilo de vida y la gestión del tiempo, está en mejores condiciones de brindar servicios de salud pública a poblaciones multiculturales y erradicar las barreras culturales. Esto contrasta con cuando hay una falta de comprensión cultural, que se manifiesta en la incongruencia entre los paradigmas administrados por la comunidad y la prestación de atención [50].

Abanto en un estudio realizado en el cusco sobre pertinencia cultural del personal de salud en la atención primaria en salud, concluyó una mejora en la atención humanizada, conocido como interculturalidad, considerando una complementariedad entre conocimientos coincidiendo con los resultados encontrados en el presente estudio [30].

Vega, et al, hacen referencia al efecto favorable del Taller de Sensibilización Intercultural, a través del cual vieron reflejados cambios en la calidad de atención intercultural brindado a los usuarios en sus establecimientos de salud, donde evidenciaron un trato más humano, con mayor entendimiento de su identidad cultural, el territorio, equilibrio con la naturaleza, buenas relaciones entre ellos, sin violencia, fomentando un ambiente de confianza, con mejores resultados en satisfacción y eficacia clínica y concluyen que a pesar de los esfuerzos, aún hay un camino por recorrer y estamos lejos de una relación intercultural entre los servicios de salud y la medicina tradicional para la curación de las enfermedades propias de los pueblos indígenas [3].

En un tercer análisis se evidenció, diferencias significativas en el nivel de calidad de atención: dimensión derechos, legislación, políticas y programas, percibida por los usuarios durante la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural, este resultado se explica en tanto la oferta de servicios de salud primarios que se brinda con las competencias

interculturales del personal de salud del MINSA, posibilita el acceso a su derecho a la atención de salud, con lo que de forma paulatina se va contribuyendo a la reducción de sus desigualdades; proceso que está alineado a lo establecido por el Estado Peruano, en los Lineamientos de Políticas Sectoriales, donde la atención se centra en construir una cultura saludable a largo plazo, con énfasis en las prácticas de autocuidado, los comportamientos y los estilos de vida basados en intervenciones de diversos escenarios que promueven la salud; ayudar a las personas a vivir una vida mejor, crear entornos pacíficos y hacer avanzar la sociedad [76]; también, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25, dice: toda persona, al igual que su familia, tiene derecho a una mejor calidad de vida, a tener acceso a la salud y a un mejor bienestar entre otros y a la propia asistencia médica [79], tal como menciona Galdámez, et al (2022), que los pueblos indígenas cuentan con sus normas internas y políticas insumos para la construcción de la interculturalidad en salud [24]

Según Solís, eliminar la discriminación requiere un cambio en la política estatal para abordar las desigualdades a largo plazo, intergeneracionales y de por vida; los jóvenes indígenas, las mujeres y las personas con discapacidad corren un riesgo particular en este sentido. Estos grupos sirven como ejemplos de cómo la exclusión sistemática obstaculiza la capacidad de ciertos grupos para ejercer sus derechos y perpetúa las desigualdades existentes [78].

En este sentido, las aproximaciones de la oferta de la atención intercultural, reconoce la igualdad de derechos para los pobladores de las comunidades nativas, minimizando la exclusión.

El beneficio de la atención de salud intercultural va en la línea de las recomendaciones señaladas en la Carta de Ottawa, en 1986, donde se establecen estándares para mejorar el bienestar con énfasis en abordar los factores que influyen en la salud en lugar de centrarse solo en el tratamiento de la enfermedad. Los cursos de acción iniciados incluyen reorientar la atención de la salud hacia un modelo más participativo, empoderar a las personas, aprobar leyes y promover políticas públicas saludables, como la

construcción de entornos propicios y la promoción de estilos de vida saludables [73,76].

Por su parte el Estado Peruano, reconoce que los pueblos indígenas, cuentan con derechos colectivos específicos, propuestos por el Convenio 169 de la OIT, ratificado por el Perú en 1994, un componente fundamental de su marco legal es la idea de derechos colectivos, que están reconocidos en la Constitución. En ese marco, se consagra el derecho a la salud, subrayando el hecho de que tanto el bienestar físico como el mental son derechos humanos básicos que la sociedad garantiza y que el Estado utiliza como punto de apoyo para su agenda sistemática. Sin embargo, todavía hay agujeros en la protección de este derecho, y un ejemplo de esto es la contaminación que causa estragos en las tierras natales y la salud de los pueblos indígenas, contaminando los alimentos cultivados y cosechados localmente y el agua potable de fuentes subterráneas. En consecuencia, es imperativo garantizar que las políticas sociales sean compatibles con la salud, incluso si exceden el ámbito del sector salud [81].

En el mismo análisis, sobre las debilidades en la implementación de las políticas de salud, Pintado [80] reflexiona, se ha puesto de manifiesto que el personal de salud opera bajo un modelo de racionalidad limitada. Este modelo está diseñado a nivel central y se implementa de manera homogénea, lo que genera malentendidos e incluso discriminación hacia las poblaciones indígenas. Esto viola su derecho a la salud, la justicia cultural y la inclusión social. Asimismo, al analizar la implementación de las políticas, se han encontrado brechas en salud intercultural y contenidos estratégicos interculturales. Como resultado, existe discriminación contra los indígenas porque los servicios de salud no toman en cuenta sus prácticas culturales, lo que les provoca falta de comunicación y, a su vez, maltrato.

Así mismo Pelcastre-Villafuerte, et al; reconoce la salud como un derecho humano fundamental, un objetivo compartido por muchos pueblos indígenas que, como resultado de sus circunstancias socioeconómicas únicas, enfrentan barreras para recibir atención médica adecuada y, como resultado, no ejercen plenamente sus derechos en esta área. Esto es

especialmente cierto cuando se trata de salud reproductiva [10]

En el cuarto análisis, se obtuvo diferencias en el nivel de calidad de atención: dimensión estrategias interculturales percibida por los usuarios en estudio entre los momentos del estudio, esto pone en evidencia que fue favorable la intervención del trabajador de salud con un adecuado intercambio de visiones como el uso del idioma (con personal de salud bilingüe y en lo posible originario), la transmisión de conocimientos, la práctica de costumbres como la alimentación con productos de la zona y actividades diarias, el aprovechamiento de los recursos naturales para el acondicionamiento de ambientes, diálogo abierto con agentes comunitarios, entre otros, hecho que se apoya en el análisis de Bautista et al [81], al señalar que la interculturalidad en el sector salud mejora innegablemente el nivel de satisfacción de los usuarios y por ende la calidad en la entrega de los servicios de salud, así como una efectiva comunicación básica, entre médicos oficiales y proveedores de la medicina tradicional integrando la interculturalidad conociendo la cosmovisión ancestral de la salud, aspecto que determina la calidad la atención sanitaria intercultural. Esto, como resultado de la adopción de estrategias interculturales como: la traducción de la lengua nativa (traductores), dotación de información de acuerdo con la lengua nativa, uso de medicina tradicional, entre otros [81, 53].

Cabe recordar que el sistema de salud en las zonas rurales amazónicas es histórica y actualmente muy vulnerable debido a la falta de inversión en la infraestructura, el personal y los medicamentos necesarios. Como resultado, los servicios de salud en estas áreas reflejan desigualdades sociales y culturales, así como asimetrías que representan una amenaza tanto para la calidad como para la relevancia cultural de la atención médica [3], los resultados se asemeja a lo descrito por Peña donde la calidad de atención en salud se da cuando el personal de salud respeta las diferencias culturales de toda la población y la interculturalidad considera como un puente entre la cultura occidental y la cultura indígena donde debe donde haya encuentro de saberes sobre sus hábitos, armonía con la naturaleza, espíritu, dioses, territorio, capacitación al personal de salud desde su formación en el pregrado hasta el post grado, uso de la lengua indígena local, alimentación, medicina

tradicional, diálogo horizontal, intercultural, respetuoso con la población y los médicos tradicionales, atención humanizada respaldado por políticas públicas [51].

En un quinto análisis se concluyó sobre la existencia de diferencias en el nivel de calidad de atención: dimensión respeto e inclusión, percibida por los usuarios en estudio entre los momentos del estudio. Esto se debe a que los trabajadores de salud de la comunidad nativa tenían la intención de brindar atención en respuesta a las necesidades de las personas a las que prestaban servicios, adaptándola a sus circunstancias económicas, geográficas, sociales y culturales específicas, al tiempo que honraban su medicina tradicional, prácticas de curación y formas de prevención. Además, establecieron atención primaria de salud, contrataron trabajadores comunitarios de salud y se mantuvieron en contacto constante con otros niveles de atención médica.

Resultado que va en la línea propuesta por el MINSA de Salud del Perú, donde plantea una directiva administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención [44] y por otro lado el planteamiento de Castro, la superación entre la interculturalidad y desigualdad social y entonces estos procesos permite transitar hacia horizontes de acción y transformación en las condiciones de vida de los pueblos y comunidades indígenas y el modelo de interculturalidad crítica en salud se basa en que los pueblos y comunidades indígenas son sujeto de derecho, con capacidad de decisión, atendidos por el estado con rectoría, financiamiento, administración y provisión en salud así como la articulación con actores que se encuentran en el territorio con la finalidad de reducir desigualdades, garantizar el derecho a la salud y su protección, pertinencia cultural, pluralismo médico, mejoramiento de condiciones de vida y calidad de vida y finalmente la relación menos asimétrica en el proceso de salud – enfermedad – atención cuidado [48].

Finalmente, se comprobó, en 2019, los miembros de la comunidad nativa que utilizaron servicios de salud informaron una atención de mayor calidad como resultado del modelo intercultural de atención de salud; estas intervenciones mejoraron la calidad de la atención que recibieron los

miembros de la comunidad nativa, lo que se alinea con los hallazgos de Flores et al., quien encontró que implementar un modelo intercultural de salud debería ser una prioridad porque permite identificar cambios en la opinión sobre la calidad de la atención [26]

El concepto de salud intercultural tiene en cuenta a toda la persona (cuerpo, mente, espíritu, relaciones y entorno), así como su cosmovisión. Se enfoca en temas como la continuidad cultural, el respeto por el patrimonio y la inclusión de grupos tradicionalmente marginados en los procesos de toma de decisiones de atención médica. Este enfoque se alinea con los hallazgos de un estudio realizado en las comunidades indígenas de Dos Unidos y Nueva Alianza.

Un servicio de salud culturalmente relevante reconoce y valora la diversidad cultural. Utiliza el lenguaje de los usuarios, respeta sus rituales, les informa sobre la enfermedad de una manera significativa para ellos y adapta la señalización en los establecimientos de salud a su idioma. Esto en concordancia con las políticas sectoriales de salud intercultural del Ministerio de Salud, tal como lo señala el Decreto Supremo N° 016-2016-SA, que regula las acciones de salud intercultural a nivel nacional. El objetivo es garantizar que los pueblos indígenas puedan ejercer este derecho, y los proveedores de salud deben participar activamente en la atención directa de las poblaciones indígenas. Por lo tanto, las brechas actuales pueden llenarse con capacitación intercultural hasta que los proveedores de atención médica que trabajan con pueblos indígenas comprendan mejor la variedad cultural, la dinámica social y la demografía en las que operan los pueblos indígenas [81], lo que repercute en el estado de salud de las poblaciones como determinantes y factores de riesgo, resultados que coinciden con lo encontrado en el presente estudio.

5.3. PROPUESTA DE NUEVAS HIPÓTESIS

Tiene que haber una política sólida para mejorar la calidad de la atención de salud intercultural para los pueblos indígenas que utilizan los servicios de salud. En consecuencia, garantizar que los pueblos indígenas y todos los segmentos de la sociedad puedan disfrutar y ejercer plenamente su derecho

a la salud debería ser una prioridad máxima para la agenda pública, y una forma de hacerlo es incluir una perspectiva intercultural en todos los programas de salud. Otra dificultad con esta técnica es que ayuda al pueblo peruano multicultural y multiétnico a lo largo del tiempo.

Por lo que, queda realizar futuras investigaciones que midan el impacto de las estrategias de atención con criterio de equidad y justicia. Las nuevas hipótesis planteadas radican en lo siguiente:

Ha1: El modelo de salud intercultural será sostenible en calidad de atención como merecen los pobladores de las comunidades nativas

Ha2: El personal de salud está preparado para evidenciar un perfil de competencias de la atención de salud intercultural para las comunidades nativas.

5.4. APORTE CIENTÍFICO

El estudio permite reflexionar sobre el valor de la atención de salud intercultural, dado la mínima utilidad de los servicios de salud de las comunidades [51] y el valor de la utilización de la medicina tradicional como parte del legado cultural de los pueblos y comunidades nativas. Pues, integra saberes transmitidos por generaciones sobre las cualidades curativas de las plantas y su vínculo con los espíritus protectores de la salud. La riqueza natural de sus territorios permite acceder a una variedad de plantas con importantes propiedades curativas [83].

Además, la población de las comunidades nativas tiene condiciones de vida con grandes brechas, reflejadas en mayor morbilidad y mortalidad a pesar de la oferta del Sistema de Salud del Estado. Por ello, la salud debe ser abordada desde un enfoque intercultural con políticas públicas que integren de forma articulada: atención a los pobladores mediante programas sociales, dotándole de capacidades frente a culturas diversas, empleando su propia lengua, servicios de apoyo alimentario y equipamiento con elementos tradicionales, atención de salud humanizada, entre otros y los profesionales de la salud deben estar preparados para brindar una atención intercultural,

partiendo desde sus estudios técnicos, científicos y éticos tanto en pre y posgrado [164] su nivel de satisfacción con el servicio y la atención del personal se ve afectado negativamente por las impresiones de falta de empatía, habilidades de escucha y respeto en la forma en que fueron tratados, así como por el desprecio por su información personal y la denigración de sus puntos de vista. Debido a esto, las personas se desvinculan de las indicaciones médicas, tienen más probabilidades de dejar de tomar sus medicamentos y se resisten a utilizar los servicios, lo que puede provocar conflictos, crisis y choques culturales en las peores circunstancias. A la luz de lo anterior, está claro que adherirse a los principios de la interculturalidad, que se entienden mejor como un proceso de interacción entre las personas, puede ayudarlo a fortalecer su sentido de sí mismo, aumentar su autoestima, apreciar la diversidad (incluido el género) y darse cuenta de cuán interdependientes somos unos de otros en aras del progreso [51].

CONCLUSIONES

A un nivel de confianza del 95%, se demuestra que la aplicación del modelo de salud intercultural tiene efecto en la mejora de la calidad de atención en la dimensión: libre determinación; percibida por los pobladores de las comunidades nativas, al obtenerse diferencias entre la pre y post intervención siendo los valores mayores en la post intervención ($\chi 2 = 170,04$ y p - valor = 0,000 < 0, 05).

A un nivel de confianza del 95%, se afirma la existencia de diferencias entre la pre y post intervención con la aplicación del modelo de salud intercultural en la calidad de atención dimensión: continuidad cultural percibida por los pobladores de las comunidades nativas, siendo los valores mayores en la post intervención ($\chi 2 = 128,00$ y p - valor = 0,000 < 0, 05)

A un nivel de confianza del 95%, se admite la existencia de diferencias entre los momentos del estudio con la aplicación del modelo de salud intercultural, en la calidad de atención dimensión: derecho, legislación, políticas y prácticas percibida por los pobladores de las comunidades nativas, siendo los valores mayores en la post intervención ($\chi 2= 166.2$ y p - valor = 0,000 < 0, 05.

A un nivel de confianza del 95%, se obtuvieron diferencias entre la pre y post intervención con la aplicación del modelo de salud intercultural, en la calidad de atención dimensión: estrategias interculturales, percibida por los pobladores de las comunidades nativas, siendo los valores mayores en la post intervención ($\chi 2 = 39,3$ y p - valor = 0,000 < 0, 05)

A un nivel de confianza del 95%, se obtuvo diferencias entre la pre y post intervención con la aplicación del modelo de salud intercultural, en la calidad de atención dimensión: respeto e inclusión, percibida por los pobladores de las comunidades nativas, siendo los valores mayores en la post intervención (valor $\chi 2 = 149,7$ y p - valor = 0,000 < 0, 05)

En general, la aplicación del modelo de atención de salud intercultural tiene efecto en la calidad de atención percibida por pobladores de las

comunidades nativas en el 2019 al obtenerse diferencias entre la pre y post intervención ($\chi 2 = 116,6$ y p - valor = 0,000 < 0, 05).

RECOMENDACIONES

- Promover el reconocimiento de las diferencias culturales y reducir la discriminación contribuyendo en la mejora de la calidad de atención en la población indígena amazónica y acceso a los servicios de salud, implementando el modelo de salud intercultural.

- Continuar con el fortalecimiento del desarrollo del enfoque de salud intercultural en los programas de formación y capacitación continua de los recursos humanos en salud; promoviendo la revisión de los planes de estudio y un proceso de trabajo conjunto multidisciplinario e intersectorial, contribuyendo en la formación académica de los profesionales de la salud.

- Extender la implementación del modelo de salud intercultural a la población andina del departamento de Huánuco.

- Desarrollar estudios etnobotánicos y etnofarmacológicos que fortalezcan el conocimiento de su uso en la medicina tradicional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Defensoría del pueblo. La defensa del derecho de los pueblos indigenas amazonicos a una salud intercultural [Internet]. Lima; 2015 [citado 10 de enero 2019]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1183208/Informe-Defensorial-N-169.pdf?v=1596401435

2. Vega I, Gushiken A, Yon C, Planas ME, Villapolo L. Aportes para la construcción de una salud intercultural en el ámbito Amazónico, Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica [Internet]. Lima-Perú: CAAAP; enero 2021[citado 15 de enero de 2019]. Disponible en: https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-03-04/salud-intercultural-compressed-compressed.pdf

3. Organización Mundial de la Salud. Los pueblos indígenas representan la mayor parte de la diversidad cultural del mundo [Internet]. Consejo Latinoamericana de Ciencias Sociales. Santiago de Chile. CLACSO. 17 de agosto 2022 [citado 24 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.clacso.org/los-pueblos-indigenas-representan-la-mayor-parte-de-la-diversidad-cultural-del-mundo/.

4. Campos R, Condor, R. La etnicidad en el Perú y su naturaleza multidimensional [Internet]. 2022. [citado 27 de octubre de 2024] Disponible de: http:// La etnicidad en el Perú y su naturaleza multidimensional: una propuesta de medición

5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. III Censo de Comunidades Nativas 2017.Resultados definitivos. Perú [Internet]. 2018 [citado 22 de enero de 2019]. Disponible de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1598/TOMO_01.pdf

6. Organización internacional de trabajo. Informe global de la OIT [Internet]. 2020 [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible de: Más de la mitad de

casi 55 millones de personas indígenas en América Latina y el Caribe viven y trabajan en ciudades | International Labour Organization

7. Ministerio del Ambiente. Informe nacional sobre el ambiente 2014 - 2019. Perú [Internet]. 2021[citado 27 de enero de 2019]. Disponible en: https://sinia.minam.gob.pe/inea/wp-content/uploads/2021/07/CAPITULO-2.pdf

8. Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Sánchez-Domínguez M, Meléndez-Navarro D, Freyermuth-Enciso G. Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. Salud pública Méx [Internet]. 2020 [citado 27 de enero de 2023];62(6):810-819. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342020000600810&lng=es. Epub 15-Ago-2022. https://doi.org/10.21149/11861.

9. Contreras H, et al. La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú. Rev Perú Epidemol [Internet]. 2014 [citado 16 de setiembre de 2019] ;18(1). Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355012.pdf

10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población Peruana 2024 - una mirada de la diversidad étnica. [Internet]. 2024 [citado 16 de setiembre de 2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6616587/5751291-situacion-de-la-poblacion-peruana-2024-una-mirada-de-la-diversidad-etnica.pdf?v=1720728622

11. Ministerio de la Salud. Análisis de situación de salud de la Provincia de Purús, Ucayali [Internet]. Perú; 2016 [citado 18 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis23.pdf

12. Eyzaguirre C, Fallaque C, Lou S. Políticas Para eliminar las barreras geográficas en salud [Internet]. Lima; 2016. Disponible de: http://www.gycperu.com/descargas/Politicas%20para%20eliminar%20barreras%20en%20salud.pdf

13. Aliaga G. Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una política de salud intercultural en el Perú [tesis para optar el grado académico de Magíster en Política Social con mención en Gestión de Proyectos sociales en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, 2014 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible de: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3493/Aliaga_rg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Sandoval P. Diversidad cultural, desarrollo y cohesión social [Internet]. 1era ed. Lima: Ministerio de Cultura; 2014 [citado 12 de febrero de 2023].136 p. Disponible de: https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Diversidadculturaldesarrolloycohesionsocial.pdf (Pdf) Diversidad cultural, desarrollo y cohesión social.

15. Eyzaguirre CF. El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud [tesis para optar el grado académico de magíster en antropología [internet]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Ciencias Sociales, 2016. [citado 14 de octubre de 2016]. Disponible de: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880047/el-proceso-de-incorporacion-de-la-medicina-tradicional-y-altern_CDkDGRx.pdf

16. Ministerio de Salud. Política Sectorial de Salud Intercultural. Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Salud Intercultural [Internet]. MINSA; c2016 [citado 16 de octubre de 2019]. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/censi/salud_interculturalidad/Politica%20sectorial%20para%20publicacion.pdf

17. Stivanello M. Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales [Internet]. 2015 [citado 17 de octubre de 2019];(76):6. Disponible en: stivanello76.pdf

18. Crocker R, Martínez E, Vázquez J. Interculturalidad para la educación y comunicación social en alimentación y nutrición con el pueblo Wixarika

[Internet]. [citado 14 de octubre de 2016]. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Crocker.pdf

19. Ministerio de Salud. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad - MCI [Internet]. Lima: Documento Técnico; 2020 [citado 08 de setiembre de 2024]. Disponible en:https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1893886

20. Rueda IC, Alfonso MA, Moncada MC, Gómez MB. Interculturalidad y Comunicación entre el personal de salud del servicio de urgencias y la Comunidad Indígena en un Hospital de Puerto Carreño en el departamento del Vichada [Trabajo de grado para optar por el título de Especialista en Gerencia de la Calidad y Gestión Clínica]. Bogotá: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias Administrativas en Salud, 2022 [citado 04 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://repositorio.fucsalud.edu.co/bitstream/handle/001/3214/TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf?sequence=4&isAllowed=y

21. Ministerio de Salud. Ley N° 26842. Ley General de Salud. 15 de julio 1997

22. Resolución Legislativa N° 26253, que aprueba el "Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes" [Internet]. 2022 [citado 2023-12-05]; Disponible en: https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/1081EE0AA5C9A39605257DCC006AFD3D/$FILE/13_Aprueban_Convenio_169_OIT_pueblos_ind%C3%ADgenas_26253.pdf

23. Galdamez L, Millaleo S. La interculturalidad vacía: derecho a la salud intercultural de los pueblos indígenas y personas migrantes en Chile. Acta bioética. [Internet]. 2022 [citado 2023-12-05]; 28 (1): 25-34. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2022000100025&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-569X. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2022000100025

24. Flores S. et al. La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. Salud pública Méx [Internet]. 2019 [citado 2023-12-05]; 61(6): 716-725.Disponibleen: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000600716&lng=es&nrm=iso>. Epub 21-Abr-2021. ISSN 0036-3634. https://doi.org/10.21149/10562.

25. Forrellat M. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [internet]. 2014 [citado 26 de enero de 2023]; 30(2):179-183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086402892014000200011&script=sci_abstract

26. Riveros-Pinto, Ángela; Partería tradicional y saberes ancestrales, una mirada desde la ciudad de La Paz-Bolivia [internet] agosto 2020 [citado 11 de noviembre de 2024] Disponible en: (PDF) Partería tradicional y saberes ancestrales, una mirada desde la ciudad de La Paz

27. Rivera Núñez L. Nivel de satisfacción del usuario frente al modelo de atención integral en salud familiar comunitaria e intercultural aplicado en la parroquia San Fernando, sector Tambaló durante el período enero a junio 2014 [tesis de Licenciada en Enfermería]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato, Facultad Ciencias de La Salud Carrera de Enfermería, 2014. [citado 18 de octubre de 2019].

28. Mamani, Sandra y et.al Los Kallawayas o Médicos Itinerantes de la Tierra Sagrada. Revista Estudiantil AGRO-VET, Facultad de Agronomía, Universidad Mayor de San Andrés [internet]. La Paz, Bolivia, vol. 7, n° 1, junio 2023, [citado 11 de noviembre de 2024]; 30(2): ISSN: 2523-2037.p.62. Disponible en: v7n1_a07.pdf

29. Polo-Andrade, Sonia. Evaluación del grado de aplicabilidad del modelo de salud familiar comunitario intercultural en el Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca durante el periodo 2018-2019 Rev. Cien. Tec. In [online]. 2020, vol.18, n.22 [citado 2024-11-16], pp.69-94. Disponible en:

<http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-87872020000200004&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2225-8787

30. Bautista-Valarezo, Estefanía et al. La atención sanitaria intercultural en Ecuador: un proyecto de investigación para las carreras de medicina y enfermería. MEDISAN [online]. 2017, vol.21, n.10 [citado 2024-11-24], pp. 3111-3122. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017001000017&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1029-3019.

31. Segovia G, Monteza B. Un modelo de gestión para incorporar la interculturalidad en la prevención y control de la tuberculosis en Ica, 2021-2022. Bol Inst Nac Salud. 2021; 28(4):78-83.

32. Montalvo AI, Moreno G, Sotelo J. Propuesta de mejora en la gestión de la implementación del enfoque de interculturalidad al Programa de Promoción de la Salud en la Microred Monzón - Red Leoncio Prado, Periodo 2020-2022 [tesis para el grado académico de Maestro en Gestión Pública y Privada de la Salud]. Universidad Continental, 2022 [citado 04 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12080

33. Abanto M. Pertinencia cultural del personal sanitario en la atención primaria de salud de la Micro red Livitaca 2018 [tesis para optar el grado académico de Maestro en Políticas y Gestión en salud]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Escuela de Postgrado Maestría en Políticas y Gestión en Salud, 2021 [citado 05 de diciembre de 2023]. Disponible en: file:///C:/Users/HP/Desktop/INV%20ELS%2006-12-23/ARCH/253T20211039_ TC_PENDIENTE%20CUSCO.pdf

34. Scarlett M. Incorporando la interculturalidad: Una mirada a la estrategia sanitaria de parto vertical institucional en el Hospital de Santa María de Nieva [tesis para el grado académico de Licenciado en sociología]. Universidad Católica del Perú, 2020 [citado 04 de diciembre de 2023].

Disponible en: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/17453

35. López NI. La inclusión social como política de desarrollo rural en el distrito de Usquil, provincia de Otuzco [tesis para el grado académico de Maestría]. Universidad Nacional de Trujillo, 2019 [citado 04 de diciembre de 2023]. Disponible en: http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/128922014-2015

36. Cárdenas, Cynthia et al. Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. Antropológica [online]. 2017, vol.35, n.39 [citado 2024-11-23], pp.151-169. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92122017000200007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0254-9212. http://dx.doi.org/10.18800/anthropologica.201702.007.

37. Campos-Salazar, Conny Cindy. El Modelo de Gestión y participación de actores involucrados en la pertinencia cultural de los servicios de salud en la provincia de Churcampa (Huancavelica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima 2017. [citado 2024-11-23], pp.10-183. Disponible en: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/10259/Campos_Salazar_Modelo_gesti%c3%b3n_participaci%c3%b3n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

38. Pintado I. La implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH-SIDA y el enfoque intercultural [tesis de magister en internet]. Universidad Católica del Perú, 2016 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/8195/Pintado_Estela_Isaias_Implementacion.pdf?sequence=1&isAllowed=y. P 7

39. Castro, Ana Rita. Hacia una tipología de la Interculturalidad en salud: alcances, disputas y retos. Andamios [online]. 2021, vol.18, n.45 [citado

2024-11-04], pp.535-552. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632021000100535&lng=es&nrm=iso. Epub27-Sep-2021. ISSN 2594-1917. https://doi.org/10.29092/uacm.v18i45.829.

40. Ministerio de Salud. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad - MCI. [Internet].Lima: Documento Técnico; 2020 [citado 08 de setiembre de 2024]. Disponible de: https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1893886

41. Ministerio de Salud. Ley N° 30885, Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) [Internet]. [citado 1 de octubre de 2016]. Disponible de: https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/235261-30885

42. Rodríguez M, Grande M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; c2014 [citado 17 de setiembre de 2022]. Disponible de: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf

43. Organización Mundial de la Salud, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal [Internet]. 2020 [citado 10 de noviembre de 2024] Disponible en: 9789240016033-spa.pdf

44. Ministerio de Salud. Directiva Administrativa N° 261-MINSA/2019/DGIEP Directiva Administrativa para la adecuación de los servicios de salud con pertinencia cultural en el primer nivel de atención [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2024]. Disponible de: Resolución_Ministerial_N__228-2019-MINSA.PDF

45. Ramírez O. Cuidados culturales. Una alternativa en la práctica de enfermería [Internet]. [citado 01 de octubre de 2016]. Disponible de:

http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2376/2/Cuidados-culturales.-Una-alternativa-en-la-practica-de-enfermer%EDa.

46. Aguilar K. Visión del usuario sobre los servicios de salud con pertinencia cultural en la provincia de Paruro - 2020 [tesis para optar el grado académico de Licenciada en Antropología]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Ciencias Sociales, 2023 [citado 05 de diciembre de 2023]. Disponible de: https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/7854/253T20230470_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

47. Rogers P. La teoría del cambio. Síntesis metodológicas: evaluación de impacto Nº 2. Centro de Investigaciones de UNICEF, Florencia [Internet]. 2016 [citado 01 de octubre de 2016]. Disponible en: (PDF) Síntesis metodológicas Sinopsis de la evaluación de impacto n.º 2 La teoría del cambio | Victoria Vargas Pinzón - Academia.edu

48. Decreto Ley N° 22175. Ley de comunidades nativas y de desarrollo agrario de las regiones de la selva y ceja de selva. [citado 02 de noviembre de 2024]. Disponible en: https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/c67241004fe8900ea509b5e9e95470c5/ley+de+comunidades+nativas+y+de+desarrollo+agrario+de+las+regiones+de+la+selva+y+ceja+de+selva+-+6.pdf?mod=ajperes

49. Ley 27300. Ley de Aprovechamiento Sostenible de Plantas Medicinales, Arts. 1-13. [Internet]. Sistema Peruano de información jurídica, actualizado al 9 de marzo de 2012 [citado 02 de noviembre de 2024]. Disponible en: (PDF) Síntesis metodológicas Sinopsis de la evaluación de impacto N°º 2 La teoría del cambio | Victoria Vargas Pinzón - Academia.edu

50. Ley Nº 28736 de Pueblos en Aislamiento Voluntario. Publicado en el Diario Oficial el Peruano, 18 de mayo de 2006, Art. 4 y 6

51. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata [Internet] Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud,

Alma Ata [citado 02 de noviembre de 2024]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

52. Llanos-Zavalaga, Luis Fernando et.al. Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. Rev Med Hered vol.31 no.4 Lima oct-dic 2020 [Internet]. 2024 [citado 02 de noviembre de 2024]. Disponible en: Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales

53. Red-Desc. Los derechos culturales [Internet]. [citado 02 de noviembre de 2024]. Disponible en: Los derechos culturales - ESCR-Net - ES

54. Aguilar-Peña, Mirlelly y et al. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. Rev. salud publica 22 (4) 03 Feb 2023Jul-Aug 2020 [Internet]. [citado 09 de noviembre de 2024]. Disponible en: SciELO - Salud Pública - Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena

55. La Edu.digital. Cultura e Identidad: la poderosa conexión que define quienes somos [Internet]. 2023 [citado 02 de noviembre de 2024] Ciencias sociales y del comportamiento; Disponible en: Cultura e Identidad: la poderosa conexión que define quiénes somos – Estudia en línea

56. Fundación Alboan. Interculturalidad, multiculturalismo, un reto para la persona voluntaria. Material de enseñanza [Internet]. [citado 01 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://82.103.138.57/es/registros/6184-interculturalidad-multiculturalismo-un-reto.

57. Instituto Interamericano de derechos Humano. Marco Estratégico 2022 - 2026 [Internet]. [citado 10 de noviembre de 2024]. Disponible de: Marco-Estrategico-IIDH-2022-2026 VF.pdf

58. Atriano-Briano, Raúl A. et al. Medicina tradicional mexicana, cultura y tradición, un paso hacia la etnofarmacología, Revista Intercyt. Interculturalidad, Ciencia y Tecnología, ISSN pendiente (enero 2021). En línea: https://www.eumed.net/es/revistas/intercyt/intercyt-enero-

2021/medicina-tradicional-mexicana

59. Net Á, Suñol R. La calidad de la atención [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2023]. Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.

60. Ezeizabarrena Xabier. Derecho de libre determinación y derecho a decidir: nueva soberanía y Derechos Humanos en el siglo XXI. [internet]. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, n° 90 [internet]. ISBN: 978-84-16982-25-7, 2017, Bilbao [citado 26 de enero de 2023]. Disponible en: http://www.deusto-publicaciones.es/deusto/pdfs/cuadernosdcho/cuadernosdcho90.pdf

61. Alulema R. Concepción de la salud-enfermedad desde la cosmovisión Cañari. Rev. Cien. Salud [Internet]. 2020 [citado 13 de julio de 2022]; Vol. 18: 83 - 98. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692727320 20000400083&lng=en

62. Zapana PG. La promoción de la salud en el escenario de familias y viviendas saludables de las comunidades, la unión, Cochapata y Pucarayllo del distrito de pucara provincia de Lampa y departamento de Puno - 2014 [tesis de segunda especialidad en internet]. Arequipa – Perú. 2017 [citado 20 de septiembre de 2022].

63. Mackay-Castro, Rubén y et al. El pensamiento crítico aplicado a la investigación. Universidad y Sociedad [online]. 2018, vol.10, n.1 [citado 2024-09-21], pp. 336-342. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202018000100336&lng=es&nrm=iso>. Epub02-Mar-2018. ISSN 2218-3620.

64. Soto-Kiewit, Luis Diego. Las concepciones ontológicas como punto de acceso a las ciencias sociales y sus diversas perspectivas metodológicas. Rev. ABRA [online]. 2020, vol.40, n.61, pp.23-51. ISSN 2215-2997. http://dx.doi.org/10.15359/abra.40-61.2.

65. Nava-Bedolla, José. La esencia del conocimiento. El problema de la relación sujeto-objeto y sus implicaciones en la teoría educativa. RIDE. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educ [online]. 2017, vol.8 , n.15 [citado 2024-09-21], pp.25-57. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672017000200025&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2007-7467. https://doi.org/10.23913/ride.v8i15.289

66. Pastor-Seller, Enrique Et al. Retos y desafíos del Trabajo social en Siglo XXI. Una perspectiva Internacional comparada México - España. [online]. 2018 Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid. ISBN: 978-84-9148-953-5 Disponible en: modelodeintervencionsocialconstruccionista.Rumboalacuartageneracion deintervenciones.pdf

67. Alvear, Jhoana y et al. Transculturalidad y rol de enfermería en atención primaria de salud. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. [Internet]. 2021 [citado 01 de noviembre de 2023].pg 97 - 103 Disponible en: (PDF) Transculturalidad y rol de enfermería en atención primaria de salud

68. Cado Martínez, S. I. ., Santiesteban-López, N. A.., Chávez Medina, J.., & Morales Paredes, Y. R. (2023). La medicina tradicional: perspectiva turística y patrimonial. Dictamen Libre, (33: JulioDiciembre). https://doi.org/10.18041/2619- 4244/dl.33.11165

69. secretaria de Salud de México. Metodología intercultural para la realización de consultas informadas. Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud Dirección General Adjunta de Implantación de Sistemas de Salud Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural [Internet]. [citado 12 de setiembre de 2019]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29325/GuiaConsultasInformadas.pdf

70. Hernández R. Fernández C, Baptista M del P. Metodología de la investigación. [Internet]. México D.F; 2014 [citado 26 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf

71. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de Población y II de Comunidades Indígenas. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. 2007 [citado 13 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1136/libro.pdf

72. Gobierno de Bolivia. Estatuto de la Autonomía Indígena Originario Campesina de Raqaypampa. Declaración de Constitucionalidad Nº 0122/2015, de 17 de junio de 2015. Disponible en: https://sea.gob.bo/Referendum/images/indigena/6.RAQAYPAMPA2016.pdf

73. Yon C. Proyecto: salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad: investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú. Subvención N°. 107433-001 Informe final del proyecto 20 de agosto de 2013 - 20 de octubre de 2017. Instituto de Estudios Peruanos Lima [internet]. 2017 [citado 26 de enero de 2023].

74. Ramírez NE, Cerqueira D. La libre determinación de los pueblos indígenas de México. Experiencia regulación. Fundación para el debido proceso. FUNDAR: Centro de análisis e investigaciones. Disponible de: https://www.dplf.org/sites/default/files/libro_libre_determinacion_marzo.pdf

75. Salinas Castañón JA. Los elementos y bases para la integración de la política de salud en los determinantes sociales de la salud En: La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. Manuel Urbina Fuentes Miguel Ángel González Block. Disponible de: https://www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/131209_determinant

esSociales.pdf

76. Solís P. Discriminación estructural y desigualdad social. Con casos ilustrativos para jóvenes indígenas, mujeres y personas con discapacidad. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. CONAPRED y la CEPAL. Sistema de Naciones Unidas [internet]. Primera edición. 2017 [citado 20 de septiembre de 2022]. Disponible de: https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Discriminacionestructural%20accs.pdf.

77. Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía viviendo en el ámbito de las Cuatro Cuencas y el Río Chambira. Editado por: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud del Perú Calle Daniel Olaechea 199 Jesus María [internet]. Lima - Perú. Edit. 1ª. 2020 [citado 20 de septiembre de 2022] Disponible de: .https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis-indigena/asis-indigena_2020.pdf.

78. Consejo Indígena del Pueblo Tacana, la Central Indígena del Pueblo Leco de Apolo y Wildlife Conservation Society. La medicina tradicional de los pueblos indígenas amazónicos. Gestión territorial indígena [internet].2018 [citado 12 de agosto del 2021]. Disponible en: https://bolivia.wcs.org/Portals/14/GTI/Espa%C3%B1ol/Hojas%20informativas/MEDICINA%20TRADICIONAL.pdf?ver=2018-03-20-155231-703

79. Aguilar M, Tobar M, García-Perdomo H. Salud intercultural y el modelo de salud propio indígena. Rev. Salud Pública [internet]. 2020 [citado 22 de febrero de 2023]; 22(4): 1-5. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v22n4/0124-0064-rsap-22-04-e187320.pdf

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Palacios E. Modelo de salud intercultural y calidad de atención percibida por pobladores de Comunidades Nativas, 2019 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: http://…

ANEXOS

ANEXO 1

MATRÍZ DE CONSISTENCIA

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POSGRADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Modelo de salud intercultural y calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas, 2019.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Problema general ¿Cuál es el efecto de la aplicación del modelo de salud intercultural en la calidad de atención percibida por los pobladores de comunidades nativas, en el 2019? Problemas específicos ¿Cuál es la diferencia del nivel de calidad de atención en la dimensión libre determinación, percibida por pobladores de comunidades nativas durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural? ¿Qué diferencias se encuentran en el nivel de calidad de atención dimensión continuidad cultural percibida por pobladores de	**Objetivo general** Demostrar el efecto de la aplicación del modelo de salud intercultural en la calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas, en el 2019. **Problemas específicos** Comparar el nivel de calidad de atención: dimensión libre determinación, percibida por los pobladores de comunidades nativas, durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural. Determinar qué diferencias se encuentran en el nivel de calidad de atención: dimensión continuidad cultural percibida por los pobladores de comunidades nativas,	**Hipótesis general** **H0:** El modelo de salud intercultural no tiene efecto en la calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas en el 2019. **Ha:** El modelo de salud intercultural tiene efecto en la calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas en el 2019. **Hipótesis específicas** **$H0_1$:** No existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión libre determinación, percibida por los usuarios en estudio. **Hi_1:** Existen diferencias entre el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión libre determinación, percibida por los usuarios en estudio. **$H0_2$:** No existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención:	**Variable independiente** Modelo de salud intercultural. **Variable dependiente** Calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas.	La presente investigación fue de nivel experimental de tipo cuasi experimental. Diseño de un solo grupo de pre y post test. Cuantitativa, prospectivo y longitudinal. La población estará constituida por 112 habitantes. La muestra estará conformada por 87 pobladores originarios de las comunidades nativas.	**Técnica** La encuesta. **Instrumentos** Cuestionario de características generales de la muestra (Anexo 04) Escala de percepción de la calidad de atención de salud intercultural por los pobladores de comunidades nativas, 2019 (Anexo 05)

comunidades nativas, durante la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural? ¿Qué diferencias se encuentran del nivel de calidad de atención dimensión derecho, legislación, políticas y prácticas percibidas por pobladores de comunidades nativas durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural? ¿Cuáles son las diferencias existen en el nivel de calidad de atención: dimensión estrategias interculturales percibida por pobladores de comunidades nativas durante la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural? ¿Cuáles son las diferencias del nivel de calidad de atención: dimensión respeto e inclusión percibida por pobladores de comunidades nativas durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural?	durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural. Analizar las diferencias que se encuentran en el nivel de calidad de atención: dimensión derecho, legislación y política percibida por los pobladores de comunidades nativas, durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural. Evaluar las diferencias del nivel de la calidad de atención: dimensión estrategias interculturales percibida por los pobladores de comunidades nativas, durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural. Confrontar las diferencias en el nivel de calidad de atención: dimensión respeto e inclusión percibida por los pobladores de comunidades nativas, durante el pre y post intervención con el modelo de salud intercultural.	dimensión: dimensión continuidad Cultural, percibida por los usuarios en estudio. **Hi_2:** Existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: dimensión continuidad Cultural, percibida por los usuarios en estudio. **$H0_3$:** No existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: derechos, legislación, políticas y programas, percibida por los usuarios en estudio **Hi_3:** Existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: derechos, legislación, políticas y programas, percibida por los usuarios en estudio **$H0_4$:** No existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: estrategias de atención intercultural, percibida por los usuarios en estudio **Hi_4:** Existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: estrategias de atención intercultural, percibida por los usuarios en estudio. Hi5: No existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención:	

	dimensión: respeto e inclusión, percibida por los usuarios en estudio. Hi5: Existen diferencias entre la pre y post intervención con el modelo de salud intercultural en la calidad de atención: dimensión: respeto e inclusión, percibida por los usuarios en estudio.	

ANEXO 2

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

ESCUELA DE POSGRADO

Los datos que se obtengan a lo largo del presente estudio son totalmente confidenciales, de modo que sólo se emplearán para cumplir los objetivos antes descritos. Con el fin de garantizar la fiabilidad de los datos recogidos en este estudio, será preciso que los responsables de la investigación y eventualmente, las autoridades de la universidad tengan acceso a los instrumentos que se va aplicar comprometiéndose a la más estricta confidencialidad.

En concordancia con los principios de seguridad y confidencialidad, los datos personales que se le requieren (aspectos sociodemográficos) son los necesarios para cubrir los objetivos del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir los fines del estudio. Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada y procesada por medios informáticos en condiciones de seguridad, con el objetivo de determinar los resultados del estudio. El acceso a dicha información quedará restringido al personal designado al efecto o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información. Los resultados del estudio podrán ser comunicados a las autoridades universitarias y eventualmente, a la comunidad científica a través de congresos y/o publicaciones.

De acuerdo con las normas de la universidad, usted tiene derecho al acceso a sus datos personales; asimismo, si está justificado, tiene derecho a su rectificación y cancelación.

Mg. Enf. Elsa Elvira Palacios Flores
INVESTIGADORA

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

ESCUELA DE POSGRADO

CÓDIGO: _____ **_FECHA: _____**

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: Modelo de salud intercultural y calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas, 2019.
Investigador(a):
Mg. Enf. Elsa Elvira Palacios Flores

- **Introducción / Propósito**

  Los pueblos indígenas, tienen diferencias en el estado de salud con otras poblaciones, lo cual está relacionado con múltiples determinantes y factores, siendo uno de ellos el acceso a los servicios de salud, por lo que hemos formulado un modelo de salud intercultural, buscando mejorar la calidad de atención de los servicios de salud a poblaciones indígenas.

  Antes de la aplicación del modelo de salud intercultural, evaluaremos la calidad de atención, usando un cuestionario y una guía de observación, luego aplicaremos el modelo por tres meses y volvemos hacer las preguntas para verificar si mejoró o no la calidad de atención, para ello es necesario que responda con sinceridad a una serie de preguntas.

  En caso de que el modelo de salud intercultural mejora la calidad de atención, solicitaremos a las Autoridades su implementación en los Establecimientos de Salud que atienden a Pueblos Indígenas amazónicos y Andinos, para contribuir a mejorar el estado de salud de este grupo de poblaciones.
- **Participación**

  Participarán 87 pobladores de 2 comunidades: a, b.
- **Procedimientos**

  Se procederá a una primera recolección de la información a través de encuestas y luego de aplicar un nuevo modelo de atención teniendo en cuenta el enfoque de interculturalidad se volverá a tomar otra encuesta para verificar si la percepción de la calidad de atención cambia después de la intervención.
- **Riesgos / incomodidades**

  Al ser un estudio donde no existirá una intervención directa sobre cada persona no se prevén posibles riesgos. En caso de no aceptar la invitación, no habrá ninguna consecuencia. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- **Beneficios**

  El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir una atención integral de salud con un enfoque intercultural, distinto a la atención de salud que suele percibir cuando acude al centro de salud más cercano.
- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.
Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación**
  No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte de los investigadores, ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- **Confidencialidad de la información**
  La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos del comité de ética de la Faculta de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.
- **Problemas o preguntas**
  Escribir al
  Email: epalaciosf@gmail.com
- **Consentimiento / Participación voluntaria**
  Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la intervención sin que me afecte de ninguna manera.
- **Firmas del participante o responsable legal**

Firma del participante: _____

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del investigador responsable: _____

Huánuco, 2019

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

ESCUELA DE POSGRADO

CÓDIGO: _____ **FECHA: _____**

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN. Modelo de salud intercultural y calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas, 2019.

INSTRUCCIONES. Buen día señor, señora, señorita, mi nombre es Elsa Elvira Palacios Flores, en esta oportunidad vengo realizando una investigación sobre Modelo de salud intercultural y calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas, 2019, el presente estudio tiene como objetivo conocer las características generales de la muestra, por lo que se le solicita responder las siguientes preguntas marcando con un aspa (X) dentro de los recuadros según corresponda.
Sus respuestas serán manejas con carácter confidencial y anónimas.

Agradezco su gentil colaboración

I.DATOS DEMOGRÁFICOS

Edad

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted a la fecha?

años

Sexo

2. ¿A qué género pertenece usted?

Masculino	
Femenino	

Estado civil

3. ¿Cuál es su estado civil actual?

Casada	
Conviviente	
Separada	
Viuda	
Madre soltera	

Nivel educativo

4. ¿Cuál es su último grado de estudios?

Sin estudios (Analfabeto/a)	
Primaria	
Secundaria	
Superior técnica	

Superior Universitaria	

Lugar de procedencia

5. ¿De dónde procede usted?

Comunidad nativa Dos unidos	
Comunidad nativa Nueva Alianza	

II.DATOS SOCIOECONÓMICOS

Ocupación

6. ¿A qué se dedica usted?

Ama de casa	
Estudiante	
Trabajo independiente	
Trabajo Estable	

Nivel de ingreso económico mensual

7. ¿Sus ingresos económicos familiares mensuales? Son:

Insuficiente	
Mínimo	
Aceptable	
Regular	

ANEXO 5
ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD INTERCULTURAL POR LOS POBLADORES DE COMUNIDADES NATIVAS DOS UNIDOS Y NUEVA ALIANZA, 2019

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

ESCUELA DE POSGRADO

CÓDIGO: _____ **FECHA: _____**

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN. Modelo de salud intercultural y calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas, 2019.

INSTRUCCIONES:
Buen día estimado señor, señora, joven; señorita; por favor responda a las siguientes preguntas que le formulará el encuestador de acuerdo con su opinión o su parecer. Las preguntas contienen aspectos de la calidad de atención que brinda el personal de salud basada a sus requerimientos y características de su persona y costumbres. No hay respuesta correcta ni incorrecta, se trata de una exploración de los servicios prestados por el personal del establecimiento de salud en su comunidad, a partir del reconocimiento a sus costumbres, creencias, tradiciones entre otros (aplicación de un modelo con enfoque intercultural), con cuyos resultados se orientarán mejoras en la atención que merece la población de la Amazonía. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial y anónimo.

Para sus respuestas se considerarán los puntos que se presenta en la tabla siguiente:

1	2	3	4	5
Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre

Gracias por su colaboración.

Nº	DIMENSIONES/ ÍTEMS	1	2	3	4	5
A.	**LIBRE DETERMINACIÓN: (7)** El personal de Salud					
1.	**Respeta su autonomía.** Se respeta la cosmovisión en el proceso salud-enfermedad (la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social), así como sus convicciones personales y morales.					
2.	**Interactúa en coherencia con su realidad socio cultural.** Se brinda información y se solicita el consentimiento del usuario, previo a la ejecución de un procedimiento y/o atención de salud					
3.	**Toma decisiones con la participación de los líderes**. Se involucra a los líderes de la comunidad indígena en la implementación de intervenciones de salud					
4.	**Desarrolla programas de salud resultantes de la coordinación entre ambas medicinas.** Se empodera a los líderes comunitarios para enfrentar las barreras sanitarias (La pobreza que de ella derivan las barreras económicas, geográficas y culturales. Los servicios de salud no son adecuados ni suficientes para responder a las necesidades de la población local).					
5.	**Aplica los procedimientos de consentimiento libre, previo e informado.** Se convoca a los líderes de las comunidades nativas al trabajo en equipo y cooperativo para elaborar planes comunales de salud con previo consentimiento informado.					
6.	**Participa a las convocatorias de los líderes comuneros** El representante del Establecimiento de Salud participa en las reuniones convocadas por los líderes de la comunidad nativa					
7.	**Capacitación a líderes en intervención en emergencias sanitarias** Se capacitan a los líderes comunales (Agente comunitario de salud) en competencias para la identificación de situaciones de riesgo y problemas de salud que requieren ser referidos al establecimiento de Salud.					
B.	**CONTINUIDAD CULTURAL: (5)** El personal de Salud…					
8.	**Establece relaciones de poder entre iguales entre el sistema de salud comunitario y del MINSA.** Establece trabajo conjunto entre el sistema de salud y la medicina tradicional indígena (El uso de plantas curativas de sus territorios y su vínculo con los espíritus protectores de la salud como legado cultural de los pueblos indígenas).					
9.	**Respeta la diversidad cultural en sus intervenciones.** Organizan reuniones de intercambio de saberes entre la medicina científica y la tradicional indígena compartiendo lenguas de ambos sistemas que desarrollen los procesos de atención de los pacientes.					
10.	**Respeta los saberes ancestrales relacionados con el proceso salud enfermedad.** Toma en cuenta en sus intervenciones los saberes de los agentes de medicina tradicional (sabios, vegetalistas, parteras y curanderos) y agentes comunitarios de salud.					
11.	**Promueve la defensa de los saberes ancestrales a nivel comunitario.** Integra el sistema de salud y la medicina tradicional indígena en actividades de referencia y contra-referencia, registrado en las Historias clinicas.					
12.	**Sistematiza la experiencia y aplica buenas prácticas en relación de los síndromes culturales**					

	Cuenta con un manual y registro de enfermedades, síndromes culturales propios de la comunidad indígena (la cosmovisión mítica, socioeconómica y alimenticia de las familias y la naturaleza física y mística).					
C.	**DERECHO, LEGISLACIÓN, POLÍTICAS Y PROGRAMAS: (7)** El personal de Salud…					
13.	**Reconoce los derechos de los pobladores en el acceso a la salud sin discriminación.** Realiza atención con enfoque del derecho a la identidad cultural (la multiplicidad de formas en que se expresan las culturas de los grupos y sociedades).					
14.	**Desarrolla programas de educación para la salud con enfoque intercultural.** Brinda a la población nativa educación información y/o orientación teórica y práctica (actividades demostrativas) mediante lenguas compartidas (bilingües) y utilizando materiales visuales, audiovisuales e impresos con ilustraciones propias de la zona.					
15.	**Coordina la conservación y protección del medio ambiente, producción de la tierra y del territorio.** Realiza acciones mancomunadas de protección ambiental y conservación del ecosistema – territorio desde la cosmovisión de los pobladores integrando los saberes originarios y occidentales.					
16.	**Promueve políticas de salud a favor de los pueblos indígenas.** El establecimiento de salud cuenta con el diagnóstico situacional de las comunidades indígenas amazónica en el cual se identifican brechas en el acceso a la salud de las comunidades nativas para propuestas de política.					
17.	**Aplica lenguajes étnicos en los registros de atención.** Emplea estrategias para la traducción de la lengua nativa (traductores) para un mejor entendimiento y aceptación de las atenciones y registros con variables étnicas tanto físicas y místicas en el HIS, NOTI y otros.					
18.	**Propicia flexibilidad en el proceso de atención (horarios).** Garantiza que la atención de salud sea oportuna y segura aplicando el protocolo de referencia comunal operativo para la atención de las poblaciones indígenas amazónicas.					
19.	**Brinda atención integral con criterio de eficacia** Incorpora el enfoque intercultural en estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud.					
D.	**ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN DE SALUD INTERCULTURAL: (11)** El personal de Salud					
20.	**Interviene en los determinantes sociales de la salud.** Aplica el enfoque de riesgo para establecer barreras en las determinantes sociales de la salud.					
21.	**Contextualiza con enfoque de salud intercultural el establecimiento de salud.** El establecimiento de salud brinda atención en ambientes con adaptación cultural de las características culturales de la población. (utilización de colores y materiales autóctonos o propios de la zona) (señalización en idioma local) y complementa los enfoques biomédicos e indígenas (p. ej. farmacia de medicamentos occidentales y hierbas medicinales) para el tratamiento de las principales enfermedades.					
22.	**Muestra actitud de escucha y se involucra en la solución de los problemas de salud con interés.** Está atento a todo acontecimiento relacionado con la salud a fin de establecer medidas de solución compartidas. Brinda información según la lengua nativa de la población para su mejor interpretación.					

23.	**Diálogo horizontal/intercultural** Establece una relación horizontal en la explicación del intercambio cultural entre medicinas usando su lengua originaria de la población durante su atención.					
24.	**Utiliza la medicina tradicional como complemento al tratamiento de la medicina científica** Reconocer el valor de las dos medicinas: coordinando los tratamientos en el establecimiento de salud y los brindados en la comunidad.					
25.	**Promueve y recomienda el uso racional de las medicinas.** Utiliza la medicina tradicional como complemento al tratamiento de la medicina científica de forma prescrita.					
26.	**Brindan atención recuperativa con enfoque intercultural** Establece negociación cultural entre pacientes y profesionales de la salud, comprendiendo, respetando e incluso integrando algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo y cuidado de la salud. Tiene el Directorio/listado de los sabios, vegetalistas, médicos tradicionales, partes, sanadores, sobadores, curanderos.					
27.	**Atención de la salud de la mujer con respeto a sus creencias** Promueve el parto vertical con enfoque intercultural en ambientes acondicionados/adecuados con mínimo indispensable para su atención con participación de mujeres indígenas.					
28.	**Implementa la atención primaria en salud** Aplica la promoción de la salud, protección, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud sensibilizando la importancia de las mismas.					
29.	**Autogestión en la capacidad de respuesta a la salud.** Se promueve la implementación de un biohuerto medicinal originario.					
30.	**Acompañamiento técnico** Promueven el acompañamiento (de la familia, agente comunitario de salud u otra persona que solicite la paciente) en los servicios de salud materna neonatal (pre natal, parto, pos natal) con pertinencia cultural.					
E.	**RESPETO E INCLUSIÓN: (4)** El personal de Salud					
31.	**Facilita el acceso a servicios de salud compartidos.** Brinda atención sin discriminación por etnia, sexo, religión o de cualquier tipo y trato igualitario.					
32.	**Promueve la participación en diversos espacios y voces, interpretando sus significados** La población indígena amazónica tiene acceso a los servicios que brinda el establecimiento de salud					
33.	**Acepta los criterios de inclusión definidos por los pueblos indígenas** En las visitas domiciliaria como parte de la vigilancia en salud, se respeta las costumbres de la familia de población indígena					
34.	**Establece relaciones de entendimiento y confianza con los agentes de medicina tradicional** Brindan una atención con amabilidad, calidez y buen trato a la población indígena.					

MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD

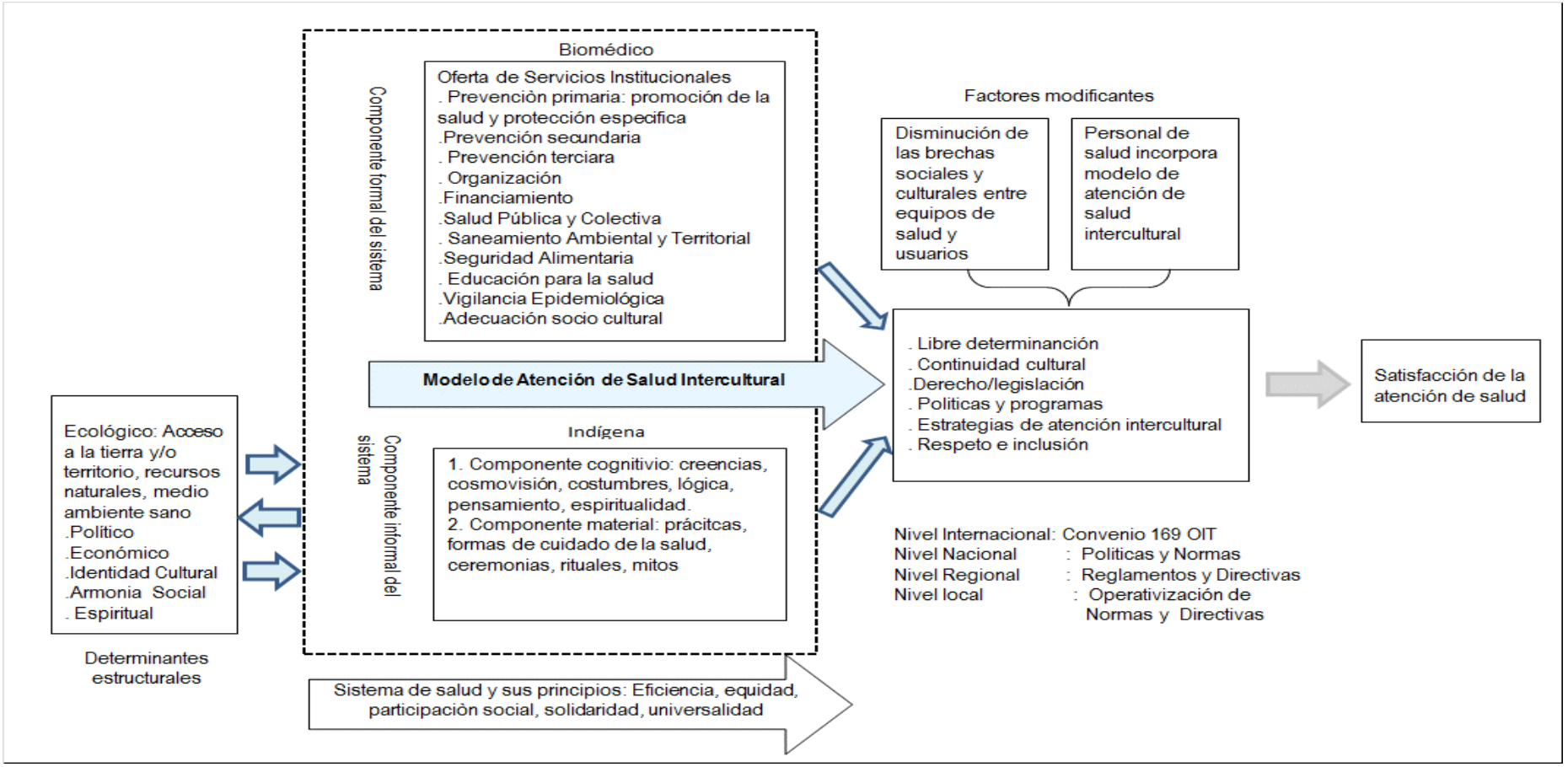
VALORACIÓN		**Muy buena**	**Buena**	**Neutro**	**Deficiente**	**Pésimo**
A	**General**	151 - 170	131 - 150	111 - 130	91 - 110	≤ 90
B	**Específica**	**Muy buena**	**Buena**	**Neutro**	**Deficiente**	**Pésimo**
I	Libre determinación **(7)**	31-35	26-30	21-25	16-20	≤ 15
II	Continuidad cultural **(5)**	21-25	16-20	11-15	6-10	≤ 5

III	Derecho, legislación, políticas y programas **(7)**	31-35	26-30	21-25	16-20	≤ 15
IV	Estrategias de atención de salud intercultural **(11)**	51-55	46-50	41-45	36-40	≤ 35
V	Respeto e inclusión **(4)**	16-20	11-15	6-10	5	0

ANEXO 6

EL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POSGRADO



ANEXO 7

DOCUMENTO DE PAUTA DE LA INTERVENCIÓN EN COMUNIDADES NATIVAS

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

ESCUELA DE POSGRADO

MODELO DE SALUD INTERCULTURAL PARA LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN POBLADORES DE COMUNIDADES NATIVAS, 2019

Mg. Enf. PALACIOS FLORES, Elsa Elvira

ÍNDICE

Presentación
Justificación
Metodología
Evaluación

CAPÍTULO I:
Identidad cultural
Unidad 1: Cultura y Cosmovisión
Unidad 2: Identidad cultural
Unidad 3: Diversidad cultural
Unidad 4: Interculturalidad

CAPÍTULO II:
Relaciones interculturales entre proveedores y usuarios de los servicios de salud
Unidad 5: Integrando enfoques
Unidad 6: Medicina y prácticas tradicionales
Unidad 7: Servicios de salud con pertinencia intercultural
Unidad 8: Inclusión participante

PRESENTACIÓN

El presente documento contiene el proceso de intervención mediante el “modelo de salud intercultural aplicado al personal de salud en la mejora de la calidad de atención percibida por pobladores de comunidades nativas”, durante el 2019, el que se sustenta en el enfoque intercultural, el cual está articulada con los objetivos de atención de la Dirección Regional de Huánuco y del Ministerio de Salud, con el fin de dotar de capacidades específicas para un buen desempeño en el contexto de la atención de salud integral con enfoque intercultural.

Se propone esta herramienta de intervención efectiva, como una estrategia de acción para todos los involucrados promoviendo una atención inclusiva a favor de las poblaciones nativas quienes constituyen los grupos vulnerables con mayores brechas en la atención de salud, evidenciado en los indicadores sanitarios.

JUSTIFICACIÓN

Los pobladores de los pueblos indígenas del Perú atraviesan por el más alto índice de pobreza, que está condicionada por una distribución inequitativa de ingresos y empleos, la marginación y exclusión a los programas sociales y otros servicios del Estado; sumado el analfabetismo; las precarias condiciones de viviendas carentes de saneamiento básico, entre otras.

Su situación de salud observa altas tasas de desnutrición, morbimortalidad infantil-materna y baja esperanza de vida, entre otras. Frente a ello, la respuesta social, se caracteriza por el limitado acceso a los servicios de salud por la inexistencia de infraestructura sanitaria y desigual cobertura de servicios básicos.

Actualmente la sociedad del Perú y el mundo, están enfrentando cambios sociales, económicos, culturales, no siendo ajeno a ellos, los pueblos indígenas de la Amazonía Peruana, específicamente en el departamento de Huánuco, provincia de Puerto Inca, distrito de Honoria y las Comunidades Nativas de Dos Unidos y Nueva Alianza, siendo que las minorías étnicas deben adaptarse y ajustarse muy rápidamente para incorporarse progresivamente al desarrollo, sin perder sus costumbres, cosmovisión.

Surge entonces un cambio exabrupto a su estilo de vida y sistema de subsistencia, lo más resaltante es en el goce de los derechos a la salud, pues, requieren de servicios de salud diferenciados, compatibilizando con la medicina originaria o tradicional en armonía con su territorio y con participación plena de los agentes de salud de su ámbito. También, necesitan el respeto y el reconocimiento al derecho de la autogestión y la libre determinación a través de sus estructuras tradicionales asimilando sus parámetros del buen vivir.

El enfoque intercultural, es una de las alternativas para que las personas de las comunidades nativas usen oportunamente los servicios de salud ofertados por el personal previamente entrenado y lograr compromisos con el autocuidado de la salud. En consecuencia, el Modelo de Salud Intercultural tiene como objetivo desarrollar nuevas formas relacionales con intervenciones y buenas prácticas orientadas hacia resultados con impacto socio sanitario, ubicando al usuario en el centro de atención.

Todo ello, a fin de responder de manera efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su bienestar y calidad de vida se ha diseñado el modelo de salud intercultural dirigido a poblaciones amazónicas.

Objetivo:

Se espera que el trabajador de salud de la comunidad nativa sea capaz de brindar atención de salud a los pobladores de forma diferenciada, basada en la interculturalidad en salud, con identidad y calidad de los servicios privilegiando la dimensión preventivo – promocional en la atención a la Salud y la participación de la comunidad propiciando la satisfacción.

Estrategias de enseñanza aprendizaje:

El método para aplicarse será el aprendizaje significativo.
Las estrategias incluirán
Dinámicas que inducirán en las diferentes unidades temáticas, lo que permitirá recoger los saberes percepciones o conocimientos previos, e iniciar el análisis y reflexión respectivos.
Exposición participante, busca establecer una síntesis entre los saberes previos de los participantes y el aspecto técnico de la información brindada.
Talleres de actividades prácticas y ensayos de intervención individual, familiar y comunitaria con enfoque intercultural y de calidad de atención.
Dramatizaciones, entrevistas y juego de roles.

Duración:

Cada unidad en una sesión de aproximadamente dos horas. (De preferencia al iniciar las actividades rutinarias)

Materiales:

Se detallan en cada unidad. Las dinámicas, prácticas, ensayos y ejercicios no requieren mayores recursos y por lo general, son los mismos en todas las actividades. Si bien el manual es para operadores de salud, se alcanzan algunas sugerencias para el trabajo con los miembros de la comunidad. Se sugiere priorizar sus propios recursos.

Evaluación

Se plantea una evaluación continua a través de:

- Evaluación de entrada y de salida, mediante un cuestionario individual con preguntas que serán dictadas en el momento de la evaluación.
- Evaluación de la actividad anterior desarrollada, la misma que puede realizarse al inicio de cada unidad y comenzar con el recuento de lo trabajado en la unidad anterior. De esta manera, se afianzará lo ya visto.
- A lo largo del desarrollo de los módulos, se irá observando el desempeño de los participantes, sus intervenciones y opiniones, así como sus capacidades para resolver los ejercicios y prácticas.
- Al final del programa, la evaluación de salida, con elaboración de preguntas en el momento de la evaluación.

Módulo I

IDENTIDAD CULTURAL
Unidad 1
Cultura y cosmovisión

Contenidos	Metodología	Técnica	Duración
Motivación	Participativa	Dinámica: La cuerda	15 minutos
Recogiendo saberes	Participativa	Lluvia de ideas Trabajo grupal	30minutos
Seminario-taller: Relación entre cosmovisión y cultura.	Seminario-taller	Debate	45 minutos
Taller de análisis de las determinantes de la salud	Taller de análisis temático en equipo.	Organizador gráfico de las determinantes	45 minutos
Lo que hemos aprendido	Participativa	La historia de María	15 minutos

Capacidades	Tiempo	Materiales
Al finalizar la unidad, los/las participantes: • Conocen aspectos de la cosmovisión y la cultura de los usuarios de los servicios de salud. • Reconocen la existencia de otras formas de interpretar el mundo circundante; así como otras formas respetables de pensar y de vivir. • Analizan las determinantes de la salud con enfoque intercultural.	155 minutos (1 hora y 55 minutos)	-Plumones gruesos -Tarjetas de colores -Papelógrafos -Cinta adhesiva -Reloj -Cuerda

Unidad 2
Identidad cultural

Contenidos	Metodología	Técnica	Duración
Motivación	Participativa	Dinámica: Los nuevos vecinos	15 minutos
Recogiendo saberes. Diferencias culturales	Participativa	Dramatización: Diferencias culturales Trabajo grupal	45 minutos
Aprendiendo la multidiversidad	Taller participativo	Iguales o diferentes	25 minutos
Libre determinación	Dramatización	Sociodrama	45 minutos

Capacidades	Tiempo	Materiales
Al finalizar la unidad, los/las participantes: • Reconocen que todas las personas tenemos, manifestamos expresamos una identidad cultural individual o colectiva. • Comprenden el respeto a la dignidad de la persona humana como ser trascendente • Identifican que toda persona posee libre determinación	135 minutos (2 horas y 15 minutos)	Plumones gruesos Tarjetas de colores Papelógrafos Cinta adhesiva Animómetro Reloj

Unidad 3
Diversidad cultural
Continuidad cultural

Contenidos	Metodología	Técnica	Duración
Motivación	Participativa	Dinámica: La fiesta de todas las sangres	15 minutos
Recogiendo saberes	Participativa	Dramatización: Cuántos y quiénes somos Trabajo grupal	40 minutos
Exposición Participante: Diversidad cultural y Grupos étnicos – continuidad cultural	Exposición dialogada	Debate grupal	40 minutos
Aprendido	participativa	¿Quiénes somos?	20 minutos

Capacidades	Tiempo	Materiales
Al terminar la unidad, las/los participantes: • Mejoran su valoración sobre la diversidad cultural del país (La Amazonía Peruana). • Identifican a los pueblos indígenas y sus características. • Reconoce el valor de la continuidad cultural.	120 minutos (2 horas)	-CD con canciones de la costa, sierra y selva. -Plumones gruesos. -Crayolas -Pinturas -Tarjetas de colores. -Paleógrafos. -Cinta adhesiva. -Información estadística del INEI sobre las localidades donde trabajan los participantes www.inei.gob.pe -Animómetro -Reloj

Unidad 4
Interculturalidad

Contenidos	Metodología	Técnica	Duración
Motivación	Participativa	Dinámica: ¿Cuán interculturales somos?	15 minutos
Recogiendo saberes	Participativa con rueda de saberes	Dramatización: ¿Intercultural?… ¿No intercultural?	25 minutos
Exposición Participante: Intercultural Estrategias de atención de salud intercultural	Exposición dialogada Ensayo y taller		45 minutos
Aprendido	participativa	¿Quiénes somos?	20 minutos

Capacidades	Tiempo	Materiales
Al terminar la unidad, los/las participantes: • Evalúan la importancia de integrar la perspectiva intercultural en su trabajo diario y reconocen las diferencias entre brechas y barreras culturales. • Brindan servicios de calidad, segura, equitativa y eficiente, culturalmente pertinente, el trato a las personas con dignidad y sin discriminación fortalecida con la participación social y comunitaria	120 minutos (2 horas)	-Plumones gruesos. -Tarjetas de colores. -. Papelógrafos. -. Cinta adhesiva. -. Animómetro -. Reloj

Módulo II
RELACIÓN INTERCULTURAL ENTRE PROVEEDORES Y USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD

Unidad 5
Integrando enfoques

Contenidos	Metodología	Técnica	Duración
Motivación	Participativa	Dinámica: El correo	20 minutos
Recogiendo saberes	Participativa con rueda de saberes	Dramatización: Baja la lupa	25 minutos
Exposición Participante: Enfoques biomédicos e indígenas originarios, interculturalidad, género y derechos humanos, territorialidad. El derecho a la salud, legislaciones políticas, proyectos y programas	Exposición dialogada	Expositiva	45 minutos
Aprendido	participativa	Enfoques	40 minutos

Capacidades	Tiempo	Materiales
Al terminar la unidad, los/las participantes: • Reconocen la importancia de usar las perspectivas de interculturalidad, género, derechos humanos, legislación, políticas, territorialidad y programas en su trabajo como proveedores de salud.	130 minutos (2 horas 10 minutos)	**-.** Plumones gruesos. -. Tarjetas de colores. -. Papelógrafos. -. Cinta adhesiva. -. Fotocopias -. Lupas -. Animómetro -. Reloj

Unidad 6

Medicina y prácticas originarias o tradicionales

Contenidos	Metodología	Técnica	Duración
Motivación	Participativa	Dinámica: La medicina tradicional u originaria	30 minutos
Recogiendo Saberes	Participativa	Dinámica: Aproximaciones a la medicina tradicional	60 minutos
Exposición Participante: Medicina y práctica tradicional en la vida cotidiana de las usuarias de los servicios de salud.	Exposición dialogada Estudio de caso.	Expositiva y presentación de casos reales	30 minutos
Aprendido	participativa	Tradicional	25 minutos

Capacidades	Tiempo	Materiales
Al término de la unidad, los/las participantes: • Identifican la vigencia e importancia de la medicina tradicional u originaria en la vida cotidiana de las y los usuarios de los servicios de salud de la Amazonía Peruana. • Forman relaciones de entendimiento y confianza con los agentes de medicina tradicional.	145 minutos (2 horas 25 minutos)	**-.** Plumones gruesos. -. Tarjetas de colores. -. Papelógrafos. -. Cinta adhesiva. -. Animómetro -. Reloj

Unidad 7
Servicios de Salud con Pertinencia Intercultural – Respeto e Inclusión

Contenidos	Metodología	Técnica	Duración
Motivación	Participativa	Dinámica: Entrevista en quechua	20 minutos
Recogiendo saberes	Participativa	Dinámica: Marketing intercultural	25 minutos
Exposición Participante: Adecuación cultural y Pertinencia intercultural en la práctica en los servicios de salud. El consentimiento y libre determinación – Respeto e Inclusión.	Exposición dialogada		45 minutos
Aprendido	Participativa	Dinámica: Propuestas	30 minutos

Capacidades	Tiempo	Materiales

Al terminar la unidad, las participantes: • Reconocen las diferencias entre adecuación cultural y pertinencia intercultural, así como las circunstancias, condiciones y mecanismos para implementar esta última. • Valoran la importancia de la aplicación del consentimiento informado y la libre determinación (autonomía) • Reconocen el respeto e inclusión de las culturas	120 minutos (2 horas)	**-.** Plumones gruesos de colores. -. Tarjetas de cartulina de diferentes colores. -. Papelógrafos. -. Cinta adhesiva. -. Animómetro -. Reloj

Unidad 8
Inclusión Participante

Contenidos	Metodología	Técnica	Duración
Motivación	Participativa	Dinámica: El pueblo manda	10 minutos
Recogiendo saberes	Participativa con rueda de saberes	Dinámica: Decisiones	30 minutos
Exposición Participante: Estadísticas locales, filiación cultural e Interculturalidad	Exposición dialogada	Expositiva	45 minutos
Aprendido	Participativa	Una palabra	30 minutos

Capacidades	Tiempo	Materiales
Al finalizar la unidad, las participantes: • Reconocen espacios de participación, locales o regionales y describen actividades que tomen en cuenta la opinión de usuarias y su participación en la toma de decisiones.	115 minutos (1 hora y 55 minutos)	**-.** Plumones gruesos de colores. -. Tarjetas de cartulina de diferentes colores. -. Papelógrafos. -. Cinta adhesiva. -. Animómetro -. Reloj

ANEXO 8

VALIDACIÓN DE JUECES

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
ESCUELA DE POSGRADO

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Marina Ivercia Llanos Melgarejo, con DNI N.º 22418598, de profesión de Especialidad: doctorado en ciencias de la salud, ejerciendo actualmente como Docente Principal Facultad de Enfermería, en la Institución UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD POR POBLADORES DE COMUNIDADES NATIVAS, 2019 Y LA ENCUESTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA) a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Huánuco, a los 16 días del mes de febrero del 2019

Dra. Marina Ivercia Llanos de Tarazona
DNI: 22418598

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Irene Deza y Falcón, con DNI N.º 22418598, de profesión de Especialidad: doctorado en ciencias de la salud, ejerciendo actualmente como Docente Principal Facultad de Enfermería, en la Institución UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD POR POBLADORES DE COMUNIDADES NATIVAS, 2019 Y LA ENCUESTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA) a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

En Huánuco, a los 16 días del mes de febrero del 2019

Dra. Irene Deza y Falcón
DNI: 22418598

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Violeta Benigna Rojas Bravo, con DNI N.º 22486830, de profesión de Especialidad: Maestría en Salud Pública, ejerciendo actualmente como Docente Principal Facultad de Enfermería, en la Institución UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD POR POBLADORES DE COMUNIDADES NATIVAS, 2019 Y LA ENCUESTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA) a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems		X		
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia		X		

En Huánuco, a los 13 días del mes de febrero del 2019

Dra. Violeta Rojas Bravo
DNI: 22486830

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

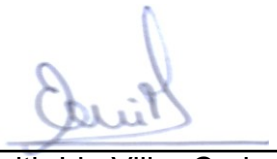
Yo, Enith Ida Villar Carbajal, con DNI N.º 22408286, de profesión de Especialidad: doctorado en ciencias de la salud, ejerciendo actualmente como DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA, en la Institución UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD POR POBLADORES DE COMUNIDADES NATIVAS, 2019 Y LA ENCUESTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA) a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems				X
Amplitud de contenido				X
Redacción de los Ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia				X

En Huánuco, a los 10 días del mes de febrero del 2019.



Enith Ida Villar Carbajal
DNI: 22408286

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Silvia Alicia Martel y Chang, con DNI N.º 22423118, de profesión de Especialidad: doctorado en ciencias de la salud, ejerciendo actualmente como Docente Principal Facultad de Enfermería, en la Institución UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD POR POBLADORES DE COMUNIDADES NATIVAS, 2019 Y LA ENCUESTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA) a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido			X	X
Redacción de los Ítems				X
Claridad y precisión				X
Pertinencia			X	

En Huánuco, a los 09 días del mes de febrero del 2019.

Dra. Martel Y Chang Silvia Alicia
DNI: 22423118

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Dr. Holger Alex Aranciaga Campos, con DNI N.º 22422525, de profesión de Especialidad: doctorado en ciencias de la salud, ejerciendo actualmente como Docente Principal Facultad de Enfermería, en la Institución UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN – HUÁNUCO

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación del instrumento (ESCALA DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD POR POBLADORES DE COMUNIDADES NATIVAS, 2019 Y LA ENCUESTA DE CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA) a los efectos de su aplicación.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones.

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Congruencia de Ítems			X	
Amplitud de contenido			X	
Redacción de los Ítems			X	
Claridad y precisión			X	
Pertinencia			X	

En Huánuco, a los 09 días del mes de febrero de 2019.

Dr. Holger Alex Aranciaga Campos
DNI: 22422525