

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

ESCUELA DE POSTGRADO

MAESTRÍA EN POLÍTICAS Y GESTIÓN EN SALUD



TESIS

**“PERTINENCIA CULTURAL DEL PERSONAL SANITARIO EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD DE LA MICRO RED LIVITACA 2018”**

PRESENTADO POR:

C.D. MANUEL ABANTO CUSIHUAMAN

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO
DE MAESTRO EN POLÍTICAS Y
GESTIÓN EN SALUD**

**ASESOR: Dr. FELIPE SANTIAGO
LAQUIHUANACO LOZA.**

CUSCO – PERÚ

2021

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I.....	3
EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	3
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.4 OBJETIVOS	6
A. OBJETIVO GENERAL	6
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
CAPITULO II.....	8
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.2 BASES TEÓRICAS	11
2.2.1 PERÚ UN PAÍS MULTICULTURAL	11
2.2.2 CULTURA.....	12
2.2.3 CULTURA ANDINA.....	12
2.2.4 INTERCULTURALIDAD	13
2.2.5 PERTINENCIA CULTURAL EN SALUD	13
2.2.6 ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD.....	14
2.2.7 ADECUACIÓN CULTURAL	15
2.2.8 AGENTE DE MEDICINA TRADICIONAL O ANCESTRAL	15
2.2.9 LA MEDICINA MODERNA Y TRADICIONAL	16
2.2.10 PERSONAL SALUD	17
2.2.11 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	17
2.2.12 MICRORED DE SALUD	17
CAPITULO III.....	19
HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES	19
OPERACIONALES.....	19
3.1 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS	19
3.2 VARIABLE.....	19
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE.....	19
CAPITULO IV	21
MÉTODOS Y MATERIALES	21
4.1 DISEÑO METODOLÓGICO	21
4.2 TIPO DE ESTUDIO	21

4.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	21
4.4	UNIDAD DE ESTUDIO.....	22
4.5	CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN	22
4.6	ÁREA GENERAL.....	23
4.7	PROCEDIMIENTO	23
4.8	ANÁLISIS DE DATOS.....	23
4.9	VALIDACION DEL INSTRUMENTO	24
	RESULTADOS	25
	TABLA 01: EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO EN INTERCULTURALIDAD EN SALUD	25
	TABLA 02: PERCEPCIÓN DE LA COMPLEMENTARIEDAD DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL INDIVIDUO.....	26
	TABLA 03: DISPOSICIÓN HACIA LA VALORACIÓN DE TRATAMIENTOS TRADICIONALES	27
	TABLA 04: PROMOCIÓN DE UNA CONCEPCIÓN PRÁCTICA DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD.....	28
	DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	29
	CONCLUSIONES.....	31
	SUGERENCIAS	32
	ANEXOS.....	35
	ANEXO 01	36
	37
	ANEXO 02.....	37
	CUESTIONARIO	37
	Para resolver este cuestionario lea atentamente las preguntas y marque con un aspa (x) el recuadro que Ud. Considere. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas y que este cuestionario es anónimo	37
	ANEXO 03.....	39
	PRUEBA PILOTO, VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	39
	ANEXO 04.....	40
	PRUEBA DE CONSISTENCIA INTERNA DE DATOS DE LA ENCUESTA, ALFA DE CRONBACH.....	40
	ANEXO 05.....	45
	AUTORIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	45
	ANEXO 06.....	46
	CALIBRACIÓN DEL INVESTIGADOR.....	46

RESUMEN

En esta investigación se hizo un estudio de la pertinencia cultural en la atención primaria de salud, del personal de salud que atiende en zonas rurales del distrito de Livitaca provincia de Chumbivilcas en el departamento del Cusco en el año 2018. En las zonas rurales la población con una cultura viva, tiene formas de tratar sus enfermedades en base a conocimientos tradicionales, lo que puede suponer un antagonismo con los conocimientos con los cuales son formados los profesionales de salud. Un adecuado conocimiento en pertinencia cultural del personal de salud permite una complementariedad entre estos conocimientos para mejorar la atención de salud del paciente la cual será más humanizada, a lo que se conoce como interculturalidad en salud, este concepto puede causar confusión en el personal de salud porque se encuentra en construcción. se aplicó un cuestionario de 8 preguntas al personal de salud, la consistencia de los datos fue establecida por el alfa de Cronbach que arrojó un resultado de 0,75 de confiabilidad. Se pudo establecer que el conocimiento y experiencia en interculturalidad en salud del personal sanitario es limitado. Solo el 37% valora en forma adecuada los tratamientos tradicionales.

PALABRAS CLAVE: *Interculturalidad en salud, pertinencia cultural, enfoque intercultural, competencia cultural*

ABSTRACT

This study reviews the cultural affiliation in primary health care of health personnel serving in rural areas of the district of Livitaca-Chumbivilcas in Cusco in 2018. In rural areas, the population with a living culture has ways of treat their diseases based on traditional knowledge, which can be antagonistic to the knowledge with which health professionals are trained; adequate knowledge of the cultural relevance of health personnel allows a complementarity between this knowledge to improve the care of health of the patient who will be more humanized to what is known as interculturality in health, this concept can cause confusion in the health personnel because it is under construction. A questionnaire of 8 questions was applied to health personnel, the consistency of the data was established by a Cronbach alpha that yielded a reliability of 0.75. It was established that the knowledge and experience in health interculturality of health personnel is limited. And only 37% properly assess traditional treatments.

KEYWORDS: *interculturality in health, cultural relevance, cultural approach, cultural competency*

INTRODUCCIÓN

La pertinencia cultural en salud se da cuando los servicios de salud articulan elementos de la cultura de los grupos con los que se está trabajando, a partir del diálogo, el debate, la negociación y el consenso entre los profesionales de salud, la población y los agentes de medicina tradicional. Desde esta perspectiva existe una toma de decisiones en ambos sentidos y la población plantea cómo quiere recibir los servicios respetando sus creencias, entorno, necesidades y demanda.(1)

La pertinencia cultural es un pensamiento que se ha ido introduciendo de forma paulatina en el sector salud, sobre todo en la atención primaria de salud. Siendo un gran obstáculo el limitado conocimiento del personal de salud sobre este tema, debido a la poca instrucción que se recibe en su formación académica. El bajo conocimiento de la pertinencia cultural en la atención primaria de salud puede originar que el usuario de estos servicios pueda verse discriminado o relegado en su perspectiva sobre las enfermedades, ya que la medicina moderna u occidental puede tener principios que podrían ser opuestos a la medicina tradicional. Por lo que, en muchas ocasiones, los pobladores de zonas rurales pueden evitar usar el sistema de salud y optar por el uso de un agente de salud popular como son los curanderos, yerberos entre otros, para afrontar sus problemas de salud. Lo que afecta el cumplimiento de metas en todas las áreas de atención primaria de salud. Siendo más observable, por ejemplo, el impacto de este problema en la atención de gestantes. Esta población vulnerable se ha protegido con las normativas en la atención de gestantes que ha planteado el MINSA por lo cual, ya se puede observar una importante disminución en la muerte materna, partos extramurales y muertes perinatales, pero aún hoy existe un pequeño sector de esta población vulnerable en los sectores rurales, que prefiere la atención de agentes populares de salud como son las parteras, para poder realizar su alumbramiento, lo mismo sucede con las otras áreas de la salud. Las motivaciones para no asistir a un centro de salud puede ser la falta de confianza en el personal sanitario, el cual en muchas ocasiones desconoce el concepto de pertinencia cultural y el respeto al conocimiento ancestral que los

usuarios de los servicios de salud de zonas rurales poseen. Es por eso que el Ministerio de salud ha propuesto muchas normativas para mejorar los procesos en la prestación de los servicios de salud, poniendo en conocimiento del personal sanitario, normas técnicas que se están implementando en la atención primaria de salud para lograr una atención con pertinencia cultural más humanizada.

Este trabajo aborda esta problemática, tratando de explicar este fenómeno social cultural, antropológico e histórico y proponer un instrumento de investigación que pueda medir esta cualidad del personal de salud y contribuir con esta línea de investigación exploratoria.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A nivel de la Provincia de Chumbivilcas, se puede apreciar la predominancia de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, en un 21.3%, con mayor énfasis en menores de 01 año y sobre todo en adultos mayores de 60 años. En segundo lugar, se aprecia las enfermedades del sistema circulatorio que viene a ser la principal causa de mortalidad en adultos mayores de 60 años. En la actualidad es importante mencionar que los determinantes individuales y preferencias de estilos de vida son las que causan las enfermedades emergentes, principalmente el crónico degenerativas. Estas constituyen un grupo heterogéneo de padecimiento (diabetes, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial, algunos tipos de cáncer, etc.) que contribuyen a la mortalidad como consecuencia de un proceso iniciado en décadas anteriores.(2)

El 80% de los motivos de consulta externa de la población en general, en los establecimientos de salud de la provincia de Chumbivilcas, está dado por las Enfermedades del sistema digestivo, enfermedades del sistema respiratorio, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, traumatismos y envenenamientos El incremento se debe al número de personas que padecen estas enfermedades y es mayor

debido a que están relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud y a la oferta disponible en cada uno de los Establecimientos de Salud en todo el ámbito de la Provincia de Chumbivilcas, que se programa coberturar a la población mediante la extensión y creación de nuevos Establecimientos de salud. (1)

De los ocho distritos de la provincia de Chumbivilcas el distrito que tiene mayor número de niños y niñas con desnutrición crónica infantil es el distrito de Quiñota, seguido los distritos de Livitaca, Ilusco Ccapacmarca también tienen un nivel de desnutrición crónica infantil superior al nivel nacional y Regional. Y los otros distritos tienen de cada 10 niños 3 con desnutrición crónica. La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución contribuirá a garantizar el desarrollo de la capacidad física intelectual emocional y social de las niñas y niños. Se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo.

Para el año 2013 se independiza la MR Livitaca a su cargo los Establecimientos de Salud de los distritos de Livitaca y Chamaca, contando con 10 Establecimientos de Salud, que incluye a los nuevos y recién reconocidos: Pataqueña, Kisio, Chilloroya, Ausanta, Uchucarco, Ingata y Conchacollo, que tienen como sede administrativa de la Microred la capital del distrito de Livitaca

En los establecimientos de salud del Distrito de Livitaca son 6 los grupos de patología que explican el 80% de las consultas de morbilidad, y son: enfermedades del sistema digestivo 34.65%, enfermedades del sistema respiratorio 15.73%, enfermedades endocrinas nutricionales y metabólicas 10.72%, ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias 8.19%, enfermedades del sistema genitourinario 5.24% y síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte 5.16%.

El número de recursos humanos profesionales de la salud por 10,000 habitantes; sean estos médicos, enfermeras, obstétricas y odontólogos en la Provincia de Chumbivilcas está por debajo de los índices nacionales, y sobre todo, muy por debajo de los estándares OMS/OPS esperado por 10000 habitantes. A nivel de la Provincia de Chumbivilcas en su gran porcentaje laboran personal SERUMS que egresan de las universidades con escaso

conocimiento real de los lineamientos de Política de Salud, de los modelos de atención en salud implementados a nivel nacional y regional, lo que redundará en desmedro de una atención con calidad. Asimismo, el número de plazas ofertadas a nivel regional no responde a la demanda real. Cabe señalar que mientras menor sea la disponibilidad de personal de salud, especialmente de médicos, los resultados sanitarios no serán los adecuados

En relación con la demanda de servicios de salud, los determinantes más importantes que limitan el acceso a los servicios de salud, están relacionados con la dispersión geográfica poblacional, los escasos recursos económicos familiares, la deficiente orientación de los recursos del Seguro Integral de Salud (SIS) para la atención de salud de los quintiles más pobres (I y II), la escasa participación ciudadana - social y la gigantesca brecha cultural.(2)

Cada grupo humano, de manera especial las comunidades de nuestra sierra y selva crean y recrean todo un sistema de conocimientos y prácticas que le da significado a su propia existencia, y al mundo que le rodea. En dichos pueblos, los procesos biológicos del ser humano están marcados por pautas culturales determinadas, que la misma sociedad establece como normas compartidas, tal como la administración de infusiones calientes a base de plantas medicinales a la gestante, el lugar de atención del parto, la participación de la partera, las dietas, entre otros componentes de este orden normativo y de sus rituales que le dan un sustento a estos procesos (3).

La existencia de una pluralidad de grupos étnico-culturales con conocimientos, prácticas, recursos y terapeutas propios y distintos del sistema de salud oficial, ha generado en los agentes de este último, conductas discriminatorias y relaciones autoritarias en perjuicio de los sistemas de salud tradicionales y de los miembros de estos sectores de la población que son rechazados, menos valorados y excluidos de las ventajas de los avances científicos de la medicina occidental (4) .

Esto nos conduce a pensar que la poca instrucción del personal de salud en el tema de pertinencia cultural conlleva a no poder cerrar esta brecha social cultural existente, lo que hace que la cultura de un pueblo se interprete erróneamente en un obstáculo en la atención de salud.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de pertinencia cultural del personal sanitario en la atención primaria de salud, Livitaca 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de este estudio es poder identificar si el personal sanitario responsable de la atención primaria de salud, está al tanto del enfoque de interculturalidad en la salud y si respeta la cultura andina y su medicina y las articula en la práctica con la medicina moderna a la hora de atender a los pacientes con diferentes perspectivas culturales, la falta de comprensión de estos temas puede resultar en un obstáculo en la búsqueda de la salud integral de los pacientes que tienen otros conocimientos tradicionales sobre la salud. La obtención de este conocimiento ayudara a la intervención del personal de salud, ya que este problema se da en nuestra región y en todo el país, ya que somos un país con mucha diversidad cultural, constituyendo una de las razones más importantes para elaborar un instrumento que pueda medir la pertinencia cultural del personal sanitario y que esta pueda ser aplicable en otras zonas altoandinas con diversidad cultural en salud, de esta manera contribuir en el mejoramiento de la salud con perspectiva cultural más humanizada, con buen trato y respeto a las personas que hacen uso del sistema de salud en lugares donde existen brechas culturales latentes.

1.4 OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

- Determinar el nivel de pertinencia cultural del personal de salud en la atención primaria de salud, Livitaca 2018

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar si el personal de salud reconoce la complementariedad de tratamientos tradicionales con los saberes médicos actuales, demostrando pertinencia cultural en la atención primaria de salud, Livitaca 2018
2. Cuantificar el porcentaje del personal de salud que valora y respeta el conocimiento sobre tratamientos tradicionales

en base al nivel de pertinencia cultural en la atención primaria de salud, Livitaca 2018

3. Conocer si el personal de salud promueve una concepción práctica de la interculturalidad con pertinencia cultural en la atención primaria de salud, Livitaca 2018

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

A. **DA TRINIDADE E, ANGEL L, CHAD L.** “La interculturalidad en el mundo globalizado y sus impactos en el proceso salud-enfermedad: contribuciones de la enfermería” Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro. (Brasil-2012)

OBJETIVO: presentar los conceptos de Interculturalidad en artículos que la relacionen con el área de la salud, particularmente de Enfermería, y discutir la dinámica de las relaciones entre profesionales y grupos de diferentes culturas.

METODOLOGÍA: revisión bibliográfica, que priorizó identificar los nexos entre interculturalidad, salud y enfermería. El análisis fue sistematizado a partir de la identificación de núcleos significantes de sentido.

CONCLUSIÓN: la Interculturalidad es una posibilidad de diálogo entre las culturas y precisa existir en la mediación de las relaciones entre los profesionales de salud y el sujeto a ser cuidado. Se concluye que las prácticas de salud pueden ser articuladas entre los saberes existentes, sea en la ciencia o en el saber popular/tradicional, impregnado de cultura y diversidad. O sea, esta articulación no implica antagonismos u oposiciones y sí complementariedad (5).

B. **GUZMÁN S.** “La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento” Pontificia Universidad Javeriana. (Colombia 2016).

OBJETIVO: Explicar que en México la interculturalidad en salud se plantea como una política ideal para la atención sanitaria de la población indígena; sin embargo, esta implica la convergencia de dos sistemas de conocimiento, lo cual permite interrogar su implementación.

METODOLOGÍA: Desde una perspectiva antropológica, se analizó la pertinencia de la interculturalidad en salud en una zona de cobertura médica indígena. Mediante un abordaje etnográfico mixto se aplicaron 35 cuestionarios al personal médico del Hospital General de Ciudad Valles entre agosto del 2012 y enero del 2013. Los datos se analizaron con estadística descriptiva y se complementaron con entrevistas a profundidad y observación participante.

CONCLUSIÓN: Se encontró que existe una valoración del conocimiento tradicional indígena (77 %) y las plantas medicinales (80 %) dentro de la práctica médica alópata, porque la mayoría de médicos (89 %) recibió pacientes que los habían utilizado, así que consideran pertinente la implementación de una política sanitaria que integre el conocimiento tradicional indígena a la práctica médica alópata (6).

2.1.2 ANTECEDENTES DEL ÁMBITO NACIONAL

A. **SALAVERRY O.** “Interculturalidad en salud” Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (RPMESP). (Lima-2010).

OBJETIVO: Describir que la interculturalidad en salud es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio.

Desde una perspectiva histórica, el desencuentro original entre poblaciones indígenas americanas y los conquistadores europeos y como este ha marcado en adelante su acceso a los servicios de salud.

CONCLUSIÓN: La interculturalidad en salud es un concepto en construcción, que causa confusión en los profesionales de la salud por las limitaciones en la formación básica en antropología o interculturalidad en las escuelas de medicina. La interculturalidad en salud implica un cambio de paradigma del ejercicio médico, que es posible insertarlo en

la recuperación de la tradición clásica de la medicina, que fue dejada de lado por el enfoque exclusivamente biomédico en el siglo XIX (7).

B. CÁRDENAS C, PESANTES M, RODRÍGUEZ A,
“Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonia Peruana” Pontificia Universidad Católica del Perú. (Lima-2017).

OBJETIVO: Este artículo presenta y analiza las principales características de la propuesta de interculturalidad desarrollada por una organización indígena amazónica del Perú en la formación de jóvenes indígenas como enfermeros técnicos en salud intercultural. A través de este programa de formación, mostramos cómo la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (Aidesepe) se apropia del concepto de interculturalidad, lo resignifica y reconstruye en la práctica.

MÉTODOS: A partir de documentos internos, publicaciones institucionales, testimonios de egresados, dirigentes y miembros del equipo técnico del Programa de Salud Indígena de Aidesepe, analizamos la construcción e implementación del concepto de interculturalidad.

DISCUSIÓN: Este artículo muestra la forma en que una organización indígena se vuelve un actor proponente de la interculturalidad, construyendo una respuesta indígena para la formación de profesionales técnicos, preparados para brindar atención en salud culturalmente apropiada a la población indígena.

CONCLUSIÓN: La propuesta de formación de enfermeros técnicos en salud intercultural demuestra que es posible que la interculturalidad crítica pase del discurso a la práctica cuando los pueblos indígenas construyen propuestas interculturales propias (8).

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 PERÚ UN PAÍS MULTICULTURAL

Según la Constitución vigente, el Estado peruano reconoce la pluralidad étnica y cultural de la nación (Constitución de 1993, artículo 2, inciso 19). Sin embargo, la mayoría de los peruanos no consideramos al Perú como un país fundamentalmente multicultural, sino más bien como un país “mestizo”. Los peruanos reconocemos la diversidad cultural en tanto se trate de expresiones artísticas o folclóricas, de tradiciones populares o manifestaciones culturales posibles de ser explotadas como recurso turístico. Sin embargo, no nos imaginamos la posibilidad de reformar nuestras instituciones políticas para incluir esa misma diversidad cultural. En el mejor de los casos, los pocos peruanos que reconocen la posibilidad de construir un país multicultural en términos políticos piensan que los únicos beneficiados serían los pueblos indígenas de la Amazonía, ya que el resto de los peruanos somos todos iguales.

Estos avances en la legislación peruana no han logrado eliminar la lógica binaria de la exclusión y de la marginación del “otro” construido como racial y culturalmente diferente. Los pobladores andinos prefieren evitar el término “indígena” –que, aunque más aceptable que el de “indio”, sigue teniendo una fuerte carga peyorativa– y han optado por el término de “pueblos andinos” o el más genérico de “pueblos originarios” para poder luchar por ciertos derechos que internacionalmente les son reconocidos a los pueblos indígenas.

A principios del siglo XXI, en medio de este complejo contexto donde se ponen en cuestión nuestras identidades y nuestro imaginario colectivo, la ciudadanía multicultural se nos presenta en el Perú como un desafío. Parte de este reto consiste en superar el legado de una historia estructurada bajo una lógica de la dominación basada en criterios raciales y culturales. Las condiciones están dadas para que hoy en día podamos, por fin, establecer un sistema político que reconozca nuestra diferencias étnicas y culturales, no para intensificar la exclusión, sino para inventar nuevas formas de relación social y de participación política más justas para todos los peruanos.(9)

2.2.2 CULTURA

Son las conductas, prácticas y normas de relación al interior de un determinado grupo social, que se sustentan en pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del tiempo.(10)

2.2.3 CULTURA ANDINA

Cada grupo étnico-cultural tiene formas diversas de pensar, sentir y hacer, lo que incluye sus propias formas de concebir lo que es bueno o malo, lo que conduce su bienestar o sus formas de comunicarse y expresarse. Si no tomamos en cuenta la cultura de nuestro interlocutor, cuando queramos comunicarnos con este, es muy probable que no logremos el objetivo de la comunicación, generándose un diálogo de sordos que, en muchos casos, resulta en intolerancia. El proceso de diálogo intercultural nos invita a mirar a los sujetos no solo como emisores y receptores, sino como portadores de un bagaje cultural que será determinante para los objetivos de la comunicación. Por ello el diálogo intercultural solo puede establecerse si ambos sujetos se reconocen entre sí como interlocutores válidos. Por ejemplo, para un servidor público, la enunciación de un término técnico puede tener un significado preciso, pero para una persona de una cultura distinta aquella palabra puede tener otros significados o connotaciones. Debemos tener en cuenta que por más que nos esforcemos y empleemos el mismo lenguaje, si no se adapta al uso cotidiano de la localidad, comunicará muy poco.(11)

Vargas Llosa ilustra el uso actual predominante del término “mestizo”; una mezcla cultural racializada —española e india— que evoluciona desde una indianidad “primitiva” hacia una etapa más “civilizada” e incompatible con las maneras indígenas. Los cusqueños indígenas de la clase trabajadora le otorgan a esta palabra un significado alternativo: emplean el término “mestizo” para identificar a la gente alfabetizada y económicamente exitosa que comparte prácticas culturales indígenas pero que, sin embargo, no se percibe a sí misma

como miserable, condición que atribuyen a los “indios”. Lejos de establecer una ecuación entre “cultura indígena” y “ser indio” —una etiqueta que porta un estigma histórico colonial de inferioridad—, perciben la indianidad como una condición social que refleja un fracaso individual en el logro de un progreso educativo. Como consecuencia de esta redefinición, “la cultura indígena” —o cultura andina, para ser más específicos—, excede el ámbito de la indianidad; dicho en términos amplios, incluye a los pobladores cusqueños que se enorgullecen de sus orígenes rurales y que proclaman un legado cultural indígena, pero que, no obstante, rechazan el ser etiquetado como “indios”. Orgullosamente se denominan a sí mismos “mestizos”.(12)

2.2.4 INTERCULTURALIDAD

Es la actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas del “otro” y que contribuye a una mejor interacción de representantes de diversos grupos culturales; esto es, a una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común de los interactuantes.(13)

Interculturalidad reconoce el derecho a las diferentes culturas de los pueblos, expresadas en diversas formas de organización, sistemas de relación y visiones del mundo. “La interculturalidad está basada en un diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar.”(10)

2.2.5 PERTINENCIA CULTURAL EN SALUD

La pertinencia cultural en salud se da cuando los servicios de salud articulan elementos de la cultura de los grupos con los que se está trabajando, a partir del diálogo, el debate, la negociación y el consenso entre los profesionales de salud, la población y los agentes de medicina tradicional. Desde esta perspectiva existe una toma de decisiones en ambos sentidos y la

población plantea cómo quiere recibir los servicios respetando sus creencias, entorno, necesidades y demanda.(1)

2.2.6 ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) promueve un enfoque intercultural en los servicios de salud de la región que asegure que todos los grupos étnicos y raciales puedan acceder a los cuidados que necesiten, y que integre el conocimiento y las prácticas tradicionales para mejorar la salud de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y étnicas/raciales.(14)

Interculturalidad en Salud es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud - enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas. Ello no implica privar a dichas poblaciones del derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica, en especial si se trata de recuperar la salud o de salvar la vida. A la vez implica asegurar que tal relación intercultural se establezca sin discriminación, ni estableciendo relaciones de poder o de coerción, de ninguna de las partes.(10)

La vivencia intercultural no es útil solo para personas de lengua y culturas nativas, sino para los miembros de todas las culturas. La interculturalidad es aplicable en todos los procesos de atención sanitaria y en todas las regiones del Perú, tanto urbanas como rurales, siendo la aplicación de este enfoque un derecho de las personas.(10)

Es un proceso de encuentro entre diversos sistemas de salud y la población, conversan, se asume el respeto a sus derechos y permite armonizar las relaciones interculturales a través del aprender a vivir juntos en un espacio común, donde se expresa el autorreconocimiento mutuo y se genera confianza, se analizan los desencuentros, se intercambian saberes y se reconocen valores, con el fin de generar cambios en conjunto. Se basa en los Principios: Derechos-Equidad-Solidaridad Respeto a la diferencia y a la Diversidad

2.2.7 ADECUACIÓN CULTURAL

Proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención de la salud, se estructuran sobre la base de la cultura comunal, respetando sus valores y concepciones relacionados a la salud y enfermedad. En este marco, el servicio deberá disponer de material educativo comunicacional, información verbal, escrita o visual completa, en lenguaje comprensible para usuarias y usuarios, respetuoso de su visión del mundo en la redacción y representación gráfica. (1)

2.2.8 AGENTE DE MEDICINA TRADICIONAL O ANCESTRAL

Personas que ejercen la medicina tradicional y que son reconocidas en su comunidad por el conocimiento que poseen de saberes ancestrales en el campo de la atención de salud que han servido para restablecer la salud de las personas integrantes de su pueblo. Éstos pueden haber sido aprendidos de sus antepasados o de otras personas integrantes de la comunidad, a través de la transmisión oral o de una práctica permanente. Las personas agentes de medicina tradicional o ancestral tienen diversas denominaciones según las actividades que desempeñan y la cultura a la que pertenecen. Así tenemos: huesero, partera, hierbero, curandero, chaman, altomisayoc, yatiri, colliri, vegetalista, vaporador, entre otros (1).

2.2.9 LA MEDICINA MODERNA Y TRADICIONAL

Prácticas de salud en la medicina moderna	Prácticas de salud tradicionales
DIFERENCIAS	
<p>Basadas en teorías y experiencias científicas y académicas, usadas en el mantenimiento de la salud, así como, en la prevención, diagnóstico, y tratamiento de las enfermedades. Utiliza las plantas por sus propiedades químicas y como materia prima para elaborar medicamentos. Se imparte en las universidades y/o institutos de educación superior. Tiene reconocimiento oficial.</p> <p>Salud: Es el más completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad.</p> <p>Enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de modificaciones psico-orgánicas que siguen a la acción de una causa agresora. <p>Causas de las enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las enfermedades están ocasionadas por más de uno de los siguientes factores que actúan simultáneamente: Con todo el conjunto de factores que influyen sobre la existencia, exposición y susceptibilidad de agentes, para provocar una enfermedad: • Físicos: clima frío (neumonía), contaminación (asma bronquial). • Demográficos: Población que vive en condiciones de hacinamiento y contribuye a la propagación de agentes infecciosos (tuberculosis). • Socioeconómicos: ocupación laboral: exposición a agentes químicos (enfermedad pulmonar obstructiva crónica en los mineros). • Biológicos: <ul style="list-style-type: none"> –Agentes: virus (VIH, gripe, rubéola, varicela); bacterias (estreptococo, gonococo); parásitos (áscaris, giardia lamblia, tenia). –Huésped: situación de la inmunidad de 	<p>Basadas en las propiedades curativas de plantas, animales y/o minerales; terapias espirituales o técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación, para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades. Utiliza las plantas por su naturaleza fría (calabaza, camote, haba) y calientes (ruda, romero, eucalipto). Se transmite de generación en generación. Tiene reconocimiento comunal.</p> <p>Salud: Capacidad para desarrollar, sin limitaciones, las actividades cotidianas, biológicas, laborales y sociales.</p> <p>Enfermedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruptura de la armonía interna con el entorno; implica pérdida de alegría y de las ganas de hacer cosas, es decir, del impulso vital. <p>Causas de las enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desbalance frío/calor del organismo. Ej.: el frío puede producir suspensión de la menstruación; el calor: infecciones urinarias. • Influencia de los astros: La migraña se considera ligada a los ciclos lunares. • El viento también produce “el mal de aire” cuando la persona se expone intempestivamente al mismo. • El “mal de ojo” (orihua): Personas con “energía fuerte” miran a otras “débiles”, sobre todo niños, enfermos, ancianos y les generan diarrea y/o malestar general del cuerpo. • El daño o brujería: Con toda intencionalidad, se encarga a un layqa (brujo), que tiene pacto con el supay (diablo), que ocasione lesiones o daños en una persona. • El operado, cutipada o mipa: Una mujer embarazada mira algún agente de la naturaleza que tenga una forma o color “fuerte” y eso influye en el niño que está gestando. Por ejemplo: mirar ladrillos puede

la persona, es decir, de su capacidad de defenderse de las enfermedades, fundamentalmente relacionada a su estado nutricional.	generar que el niño nazca amarillo, con ictericia.
COINCIDENCIAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Conviven en un mismo espacio. • Comparten los/as usuarios/as. • Comparten muchas veces las/os mismas/os agentes comunitarios de salud: promotores y parteras. • Buscan la satisfacción del/la usuario/a: curar la enfermedad, eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida. 	

Fuente: Documento técnico Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (10).

2.2.10 PERSONAL DE SALUD

El personal sanitario son «todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud» (Informe sobre la salud en el mundo 2006) (15).

2.2.11 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (16).

2.2.12 MICRORED DE SALUD

Las Micro redes de Salud son órganos técnicos operativos desconcentrados de la Red de Servicios de Salud, responsables de la organización y gestión de

la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención. Está encargada de planificar, organizar, coordinar, dirigir, ejecutar, monitorear, supervisar y evaluar las acciones de los establecimientos de salud de su ámbito de responsabilidad, gestiona los recursos sanitarios asignados por la Red de Servicios de Salud a la cual pertenece; para lo cual se constituye en una institución centrada en satisfacer las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, priorizando los más vulnerables y excluidos(17).

CAPITULO III

HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.1 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

Como se pronuncia Salaverry(7). La interculturalidad aplicada a la salud es un concepto en construcción que, por la limitada formación en antropología e interculturalidad, el personal de salud entra en confusión, entonces:

“El nivel pertinencia cultural del personal sanitario es limitado en la atención primaria de salud, Livitaca 2018”

3.2 VARIABLE

3.2.1 VARIABLE DE ESTUDIO

A. Nivel de pertinencia cultural

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN DE LA VARIABLE	INDICADORES	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN (ANEXO 2)	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL
NIVEL DE PERTINENCIA CULTURAL DEL PERSONAL SALUD	La pertinencia cultural en salud se da cuando los servicios de salud articulan elementos de la cultura de los grupos con los que se está trabajando, a partir del diálogo, el debate, la negociación y el consenso entre los profesionales de salud, la población y los agentes de medicina tradicional. Desde esta perspectiva existe una toma de decisiones en ambos sentidos y la población plantea cómo quiere recibir los servicios respetando sus creencias, entorno, necesidades y demandas. (10)	CATEGORICA O CUALITATIVA	ORDINAL	DIRECTA MEDIANTE APLICACIÓN DE ENCUESTA	Experiencia y conocimiento de la interculturalidad en salud	Preguntas 1 y 2 de encuesta: 1. ¿Realizó cursos de pertinencia cultural o interculturalidad en salud cuando estudió en pregrado, posgrado, talleres, cursos virtuales, capacitaciones para mejorar su conocimiento del tema? 2. ¿Ha tenido la oportunidad de leer o leer manuales normas técnicas del Minsa que traten sobre pertinencia cultural en atención de salud?	Cada pregunta tiene 5 posibilidades de respuesta: • Siempre (5) • casi siempre (4) • a veces (3) • casi nunca (2) • nunca (1)	La expresión final o etiqueta para cada ítem será la siguiente: • Valores de 4 y 5 se consideran como (adecuado). • Valores de 3 se consideran como (deficiente) • Valores de 1 y 2 se considera como (limitado). Según este criterio serán contabilizados luego colocados en un cuadro con las preguntas correspondientes para cada indicador, los datos correspondientes a cada etiqueta serán sumados y expresados en porcentaje de acuerdo a la suma total de respuestas asignadas por indicador
					Percepción del personal de salud de la complementariedad de la medicina tradicional en el mejoramiento de la salud del individuo	Preguntas 3,5,6 y 8 de la encuesta: 3. Cree que los agentes de Medicina tradicional como son los hueseros, yerberos curanderos, altomisayoq, yatiri, colliri, vegetalista, vaporador, hampiq, parteras entre otros contribuyen al mejoramiento de la salud de la población a la que usted presta servicios de salud? 5. ¿Ha recomendado o recomienda a sus pacientes algún tratamiento de uso tradicional por ejemplo infusiones con plantas medicinales u otros. Para complementar la terapia de su paciente? 6. ¿Considera que algunos tratamientos tradicionales contribuyen al mejoramiento de la salud de su población? 8. ¿Estaría de acuerdo en que la medicina tradicional puede llegar a ser un complemento en el mejoramiento de la salud de la población a la que Ud. atiende ?	Cada pregunta tiene 5 posibilidades de respuesta: • Siempre (5) • casi siempre (4) • a veces (3) • casi nunca (2) • nunca (1)	
					Disposición hacia la valoración de tratamientos tradicionales	Preguntas 5,6 y 7 de la encuesta: 5. ¿Ha recomendado o recomienda a sus pacientes algún tratamiento de uso tradicional por ejemplo infusiones con plantas medicinales u otros. Para complementar la terapia de su paciente? 6. ¿Considera que algunos tratamientos tradicionales contribuyen al mejoramiento de la salud de su población? 7. ¿Considera al parto vertical, el cual fue usado ampliamente por culturas moche, inca etc., Como un aporte de la medicina tradicional para la atención de gestantes en trabajo de parto?	Cada pregunta tiene 5 posibilidades de respuesta: • Siempre (5) • casi siempre (4) • a veces (3) • casi nunca (2) • nunca (1)	
					capacidad del personal sanitario de la promoción de una concepción práctica de la interculturalidad en salud.	Preguntas 4y5 de la encuesta: 4. ¿Ha participado o promovido reuniones con la población, en idioma autóctono (Quechua, Aymara etc.) con comités de vaso de leche, comunidades, municipios y otros actores sociales, en los que los pobladores hayan planteado como quieren recibir los servicios de salud, tomando en cuenta sus creencias, entorno, idioma, necesidades y demandas? 5.¿Ha recomendado o recomienda a sus pacientes algún tratamiento de uso tradicional por ejemplo infusiones con plantas medicinales u otros. Para complementar la terapia de su paciente?	Cada pregunta tiene 5 posibilidades de respuesta: • Siempre (5) • casi siempre (4) • a veces (3) • casi nunca (2) • nunca (1)	

CAPITULO IV

MÉTODOS Y MATERIALES

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

Este es un estudio **descriptivo** basado en encuestas

4.2 TIPO DE ESTUDIO

|

4.2.1 Según el número de mediciones de la variable de estudio

Las variables serán medidas en una sola ocasión por tanto el estudio es de tipo **transversal**.

4.2.2 Según el número de variables

El análisis estadístico es **descriptivo** ya que presenta una variable de interés.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 POBLACIÓN

Todo el personal sanitario que labora en la jurisdicción de la micro red Livitaca que ascienden a una población 40, las profesiones que se comprenden en este estudio son médicos, obstetras, enfermeras, odontólogos, tec. En enfermería, choferes de ambulancia, digitadores, personal de seguridad.

4.3.2 MUESTRA

La muestra se tomó con un nivel de confianza del 95% con límites de confianza del 10 % y una frecuencia esperada del 50% resultando el tamaño de la muestra en 36 sujetos utilizando la calculadora de tamaños muestrales con licencia libre **Epi-info**.

4.3.3 TIPO DE MUESTREO

Muestreo aleatorio (no clúster)

4.4 UNIDAD DE ESTUDIO

4.4.1 UNIDAD DE ESTUDIO

La unidad de estudio es el ser humano, más concretamente el personal sanitario que labora en la jurisdicción de la Microred Livitaca correspondiente al MINSA.

4.5 CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN

4.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- A.** Personal de salud que labora en la jurisdicción de la micro red Livitaca
- B.** Personal de salud que labora en condición de internos, rotantes, practicantes, en la jurisdicción de la micro red Livitaca.

4.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- A.** Personal de salud que se encuentre en descanso, días libres o vacaciones
- B.** Personal de salud que se encuentre con permiso de maternidad o paternidad
- C.** Personal de salud que no quiere participar del estudio

- D.** Personal de salud que no haya asistido a su centro de trabajo o haya sido cesado de sus funciones.
- E.** Personal de salud que se encuentre destacado en otras unidades prestadoras de servicio de salud fuera de la jurisdicción de la Microred Livitaca

4.6 ÁREA GENERAL

Ciencias de la Salud.

4.7 PROCEDIMIENTO

Aplicación del cuestionario en un tiempo de 20 minutos

4.8 ANALISIS DE DATOS

En principio los datos obtenidos en el cuestionario serán analizados por el paquete estadístico spss 25 para obtener la consistencia interna de los mismos con un alfa de Cronbach.

Seguidamente para obtener respuestas a cada uno de los indicadores los ítems de los cuestionarios se agruparán de la siguiente forma:

- Indicador 1 con los ítems 1 y 2 del cuestionario
- Indicador 2 con los ítems 3, 5, 6 y 8 del cuestionario
- Indicador 3 con los ítems 5, 6 y 7 del cuestionario
- Indicador 4 con los ítems 4 y 5 del cuestionario

El cuestionario tiene 5 posibilidades de respuesta a cada indicador que son: nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, siempre a los cuales les será asignado un valor numérico 1, 2, 3, 4, 5 respectivamente. Para que subsecuentemente sean analizados en el programa Excel. La expresión final o etiqueta para cada ítem será la siguiente:

- Valores de 4 y 5 se consideran como adecuado.
- Valores de 3 se consideran como deficiente.
- Valores de 1 y 2 se considera como limitado.

Según este criterio serán contabilizados luego colocados en un cuadro con las preguntas correspondientes para cada indicador, los datos correspondientes a cada etiqueta serán sumados y expresados en porcentaje de acuerdo con la suma total de respuestas asignadas por indicador.

4.9 VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Para la validación del instrumento de medición de la pertinencia cultural del personal sanitario, se elaboró un cuestionario con 8 Ítems (indicadores), el cual fue aplicado en primera instancia al personal de salud del centro de salud de chamaca uno de los centros de salud adscritos a la Microred Livitaca, en condición de prueba piloto, los participantes fueron 11, a esta prueba piloto se le aplicó una prueba de consistencia interna, alfa de Cronbach obteniendo una consistencia interna de 0.714 resultando una buena consistencia interna ya que sus valores adecuados son entre 0.7 – 0.9, una vez realizada la prueba piloto se realizó la medición en el personal de salud que trabaja en el centro de salud de Livitaca y sus anexos usando criterios de inclusión y exclusión detallados anteriormente donde participaron 36 personas, a esta medición se le realizó, una prueba de consistencia interna alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.750 ,

Complementariamente se hizo la invitación a 04 expertos para la correspondiente evaluación por juicio de expertos.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

- El presente estudio tiene valor por su importancia social en el diagnóstico y mejoramiento de la calidad atención primaria de salud con pertinencia cultural en zonas altoandinas
- Este estudio plantea un conocimiento con credibilidad en base a la validación de un instrumento que mide la pertinencia cultural del personal sanitario en la atención primaria de salud.
- El beneficio potencial favorable del conocimiento de la cualidad de pertinencia cultural del personal sanitario supera el riesgo causado en el personal de salud ya que solo puede conducir a una autocrítica y mejoramiento de atención en salud intercultural
- El investigador declara no tener conflicto de intereses.
- La presente investigación se realizó con un consentimiento informado para acreditar una participación libre para decidir con responsabilidad sobre sí mismos.
- El respeto sobre los individuos participantes con manejo adecuado de la información obtenida y el retiro del presente estudio no constituye sanción.

RESULTADOS

TABLA 01: EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN INTERCULTURALIDAD EN SALUD

ÍTEMS	TOTAL	ADECUADO	DEFICIENTE	LIMITADO
1	36	7	7	22
2	36	9	10	17
	72	16	17	39
		22%	24%	54%

Fuente: datos obtenidos en la ficha de recolección

INTERPRETACIÓN: En la tabla n°01 se observa que, de un total de 36 participantes, los cuales fueron cuestionados, en los ítems 1 y 2, por la experiencia y conocimiento del personal de salud en interculturalidad en salud. Se obtuvo que un 54% de la población del personal de salud tiene un limitado conocimiento y experiencia en interculturalidad en salud, un 24% deficiente y solo el 22% presentó un nivel adecuado.

TABLA 02: PERCEPCIÓN DE LA COMPLEMENTARIEDAD DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD DEL INDIVIDUO

ITEMS	TOTAL	ADECUADO	DEFICIENTE	LIMITADO
3	36	9	15	12
5	36	6	13	17
6	36	3	22	11
8	36	8	23	5
	144	26	73	45
		18%	51%	31%

Fuente: datos obtenidos en la ficha de recolección

INTERPRETACIÓN: En la tabla n°02 se observa que de un total de 36 participantes, los cuales fueron cuestionados, en el ítems 3, 5, 6 y 8, referente a la percepción del personal de salud de la complementariedad de la medicina tradicional en el mejoramiento de la salud del individuo. Se obtuvo que un 51% de la población del personal de salud tiene una deficiente percepción de la complementariedad de la medicina tradicional, un 31% limitada y solo el 18% presentó un nivel adecuado.

TABLA 03: DISPOSICIÓN HACIA LA VALORACIÓN DE TRATAMIENTOS TRADICIONALES

ITEMS	TOTAL	ADECUADO	DEFICIENTE	LIMITADO
5	36	6	13	17
6	36	3	22	11
7	36	31	3	2
	108	40	38	30
		37%	35%	28%

Fuente: datos obtenidos en la ficha de recolección

INTERPRETACIÓN: En la tabla n°03 se observa que, de un total de 36 participantes, los cuales fueron cuestionados sobre, los ítems 5, 6 Y 7 por la disposición del personal sanitario hacia la valoración de tratamientos tradicionales. Se obtuvo que un 37% de la población del personal de salud tiene una adecuada disposición hacia la valoración de tratamientos tradicionales, un 35% deficiente y el 28% presentó un nivel limitado.

TABLA 04: PROMOCIÓN DE UNA CONCEPCIÓN PRÁCTICA DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD.

ITEMS	TOTAL	ADECUADO	DEFICIENTE	LIMITADO
4	36	13	11	12
5	36	6	13	17
	72	19	24	29
		26.39%	33.33%	40.28%

Fuente: datos obtenidos en la ficha de recolección

INTERPRETACIÓN: En la tabla n°04 se observa que, de un total de 36 participantes, los cuales fueron cuestionados, en los ítems 6,7 y 8 por la capacidad del personal sanitario de promover una concepción práctica de la interculturalidad en salud. Se obtuvo que un 40.28% de la población del personal de salud tiene una limitada capacidad de promover de una concepción práctica de la interculturalidad en salud, un 33.33% deficiente y solo el 26.39% presentó un nivel adecuado.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

1. En este estudio se obtuvo valores estadísticos del nivel de conocimiento y experiencia de interculturalidad en salud. Salaverry analiza la interculturalidad en salud concluyendo que el mismo es un concepto en construcción que causa confusión en el personal de salud por la deficiencia en la formación de este.

Al analizar los valores obtenidos de la recolección de datos en este estudio se pudo establecer que un poco más de la mitad de la población encuestada, un valor que corresponde al 54%, presenta limitación en la capacitación y experiencia en interculturalidad en salud, y un 24 % deficiente por lo que se conviene con Salaverry(7) en que este concepto sigue causando confusión en el personal sanitario que atiende a la población de las provincias altas del Cusco, debido a la poca información que se recibe en la formación de pregrado de los mismos y la deficiente implementación de capacitaciones al respecto, a cargo de las entidades prestadoras de salud. Esto sumado a la baja cantidad de profesionales de la salud por debajo de los estándares nacionales redundan en una baja calidad de atención de la salud.

2. La interculturalidad es una posibilidad de dialogo entre las culturas, esta misma posibilidad del dialogo se abre entre los profesionales de salud y el sujeto a ser cuidado, para Da Trinidad et al (5), las prácticas de salud pueden ser articuladas entre los saberes existentes, esta articulación supone una complementariedad lejos del antagonismo, pero cabe resaltar que en los datos obtenidos en este estudio, que menos de la cuarta parte de los sujetos de evaluación, lo que representa el 18 %, incluye de forma adecuada, a los saberes populares dentro de esa tan pretendida complementariedad. Presumiblemente porque este problema va más allá de lo educativo, teniendo una posible explicación en lo social, que históricamente como explica Marisol de la Cadena, que el conocimiento del indígena carece de valor y todo el conocimiento occidental es mejor y valorado, ya que los que imparten la salud asumen que el ser indígena es una condición social que refleja un fracaso individual en el logro de un progreso educativo(12), una herencia de la colonización que aún perdura en la memoria social colectiva.

3. Guzmán et al.(6) encontró que en 77% de médicos participantes en su investigación valora el conocimiento tradicional indígena y el 80% valora el uso de plantas medicinales, debido a que los médicos recibían pacientes que ya habían utilizado métodos de salud tradicionales. En nuestra investigación se pudo encontrar que un 37% del personal sanitario encuestado valora de manera adecuada los conocimientos tradicionales, la diferencia puede explicarse en que Guzman realizo su estudio en otro país con un diferente contexto socio-cultural y los conceptos de interculturalidad sean más abordados por la población.
4. Cárdenas et al.(8) en su estudio concluye que formación de enfermeros técnicos en salud intercultural demuestra que es posible que la interculturalidad crítica pase del discurso a la práctica cuando lo pueblos indígenas construyen propuestas interculturales propias. En nuestro estudio se puede observar que el 40.28% del personal sanitario está limitado en la capacidad de pasar a una concepción práctica, esto puede obedecer a factores como la falta de recursos en salud y el poco abordaje del tema, y la memoria social colectiva de un pueblo históricamente colonizado, que adopta al conocimiento indígena como una condición social que refleja un fracaso individual en el logro de un progreso educativo, situación que no refleja la realidad.

CONCLUSIONES

- PRIMERA.-. El nivel de pertinencia cultural e interculturalidad en salud del personal de salud en la atención primaria de salud de la Microred Livitaca 2018 es **limitado** por la falta de la inclusión de cursos, que aborden y analicen temas de interculturalidad, en las mallas curriculares de formación de personal de salud de las universidades públicas y privadas.
- SEGUNDA. - El personal de salud reconoce en deficiente la complementariedad de los conocimientos tradicionales en la atención primaria de salud de la Microred Livitaca 2018 por la falta de dialogo con la población atendida que en su mayoría tiene una valoración muy buena de su medicina tradicional.
- TERCERA.- un 37% de la muestra de la población del personal de salud tiene una adecuada disposición hacia la valoración de tratamientos tradicionales, un 35% deficiente y el 28% presentó un nivel limitado en la atención primaria de salud de la Microred Livitaca 2018 por la falta de capacitación en el análisis de la medicina tradicional y los cursos de salud intercultural puede tener dificultades de acceso por la distancia donde el personal realiza su labor y la deficiencia en el acceso a internet que es el medio más habitual de socialización de estos cursos .
- CUARTA. - La concepción práctica de la interculturalidad en salud y la pertinencia cultural de personal de salud en la atención primaria de salud es limitada en la Microred Livitaca 2018. esto debido a que el personal de salud en su mayoría serums, por su condición, no permite una continuidad de un trabajo intercultural en una población determinada.

SUGERENCIAS

- A las autoridades de gobierno de turno y gobiernos regionales:

Promover la salud con interculturalidad, pasando a un aspecto práctico

- A los directores del ministerio de salud (Diresa cusco)

Promover capacitaciones más globalizadas para el abordaje del tema por el personal de salud.

- A los directores de las redes de salud en el cusco (Red Norte, Red Sur, Red Santo Tomas, Red Canas Canchis Espinar)

Promover la salud con interculturalidad y procurar la capacitación del personal de salud para mejorar la atención primaria de salud con enfoque intercultural.

- A los directores e instituciones encargadas de la formación de personal de salud como son universidades (escuelas profesionales de ciencias de la salud) e institutos superiores formadores de profesionales de la salud: Incluir un curso en interculturalidad en salud en los planes de estudios de formación del personal de salud.

- A los profesores encargados de impartir los cursos correspondientes a interculturalidad en salud:

Ofrecer a sus alumnos enfoque más prácticos con trabajos de campo para que lleguen a entender la importancia de un correcto manejo de la interculturalidad en salud.

- A los investigadores:

Realizar estudios de interculturalidad en salud en zonas rurales.

- Al personal de salud en general:

Promover la salud con enfoque intercultural desde la atención primaria en salud hasta la atención especializada.

- A los estudiantes de la salud

Ofrecer una salud humanizada con enfoque intercultural a sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velásquez A. NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL EN EL MARCO DE LOS DERECHOS HUMANOS CON PERTINENCIA CULTURAL [Internet]. MINSA; 2016 [citado 13 de julio de 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
2. Fuentes R. ANALISIS DE LA SITUACION DE LA SALUD DE LA PROVINCIA DE CHUMBIVILCAS 2015 [Internet]. MINSA; [citado 12 de diciembre de 2020]. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/ASISprov/chumbivilcas.pdf>
3. Mayca J, Palacios-Flores E, Medina A, Velásquez JE, Castañeda D. PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD Y LA COMUNIDAD SOBRE LA ADECUACIÓN CULTURAL DE LOS SERVICIOS MATERNO PERINATALES EN ZONAS RURALES ANDINAS Y AMAZÓNICAS DE LA REGIÓN HUÁNUCO. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. abril de 2009;26(2):145-60.
4. Mazzetti P. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA TRANSVERSALIZACIÓN DE LOS ENFOQUES DE DERECHOS HUMANOS, EQUIDAD DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD EN SALUD. [Internet]. MINSA; [citado 21 de julio de 2018]. Disponible en: <https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/norma-t%C3%A9cnica-de-salud-para-la-transversalizaci%C3%B3n-de-los-enfoques-de-derechos>
5. Da Trinidad E, Angel L, Chad L. LA INTERCULTURALIDAD EN EL MUNDO GLOBALIZADO Y SUS IMPACTOS EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: CONTRIBUCIONES DE LA ENFERMERÍA. Anthropologica. diciembre de 2013;22(4):214-8.
6. Guzmán S. LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD: ESPACIO DE CONVERGENCIA ENTRE DOS SISTEMAS DE CONOCIMIENTO. Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 19 de enero de 2017 [citado 23 de junio de 2018];15(31). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18217>
7. Salaverry O. INTERCULTURALIDAD EN SALUD. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. marzo de 2010;27(1):93.
8. Cárdenas C, Pesantes M, Rodríguez A. INTERCULTURALIDAD EN SALUD: REFLEXIONES A PARTIR DE UNA EXPERIENCIA INDÍGENA EN LA AMAZONIA PERUANA. Anthropologica. 2017;35(39):151-70.
9. de Rivero OE. DESAFIOS A LA CIUDADANIA MULTICULTURAL EN EL PERU: EL "MITO DEL MESTIZAJE" Y LA "CUESTION INDÍGENA". :13.
10. Garrido H. Adecuación Cultural de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. MINSA; 2008 [citado 24 de octubre de 2019]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1062_DGSP263.pdf
11. Alvarez-Calderon D, Balbuena P, Muñoz R, Perona G. DIALOGO INTERCULTURAL. PAUTAS PARA UN MEJOR DIALOGO EN CONTEXTOS DE DIVERSIDAD INTERCULTURAL. [Internet]. MINSA; 2015 [citado 11 de octubre de 2021]. Disponible en:

<https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/DIALOGO%20INTERCULTURAL%20-%20A5.pdf>

12. De la Cadena M. Indígenas mestizos: raza y cultura en el Cusco. 1a ed. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2004. 385 p. (Serie Urbanización, migraciones y cambios en el sociedad peruana).
13. Eyzaguirre Beltroy CF, Cueva Maza N, Quispe Vilca RB, Sánchez Navarro G. Norma y guías técnicas en salud indígenas en aislamiento y contacto inicial [Internet]. Instituto Nacional de Salud; 2008 [citado 16 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://repositorio.ins.gob.pe/handle/INS/550>
14. Mitchell C. OPS/OMS | OPS/OMS promueve enfoque intercultural en los servicios de salud para garantizar acceso de poblaciones indígenas y afrodescendientes [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [citado 27 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9393:2014-paho-who-intercultural-health-services-guarantee-access-indigenous-afro-descendant&Itemid=1926&lang=es
15. OMS | Personal sanitario [Internet]. WHO. [citado 21 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/health_workforce/es/
16. Alma-Ata, 1978 [Internet]. [citado 21 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
17. MINSA. REGLAMENTO DE ORGANIZACIÓN DE FUNCIONES- RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE 2014 [Internet]. MINSA; [citado 17 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://www.diresacusco.gob.pe/planeamiento/docgest/ROF-Vigente/ROF_RED%20%20NORTE.pdf

ANEXOS

ANEXO 01

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por C.D Manuel Abanto Cusihuaman, de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. La meta de este estudio es valorar en conocimiento sobre pertinencia cultural en la atención primaria de salud del personal sanitario de la microred Iwita - 2018

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista completando una breve encuesta. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación conducida por C.D Manuel Abanto Cusihuaman, de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. He sido informado que la meta de este estudio la cual es valorar en conocimiento sobre pertinencia cultural en la atención primaria de salud del personal sanitario de la microred Iwita - 2018

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar al Cd Manuel Abanto Cusihuaman al teléfono 985894105.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Género:
Profesión:

N°: ...

ANEXO 02 CUESTIONARIO

Para resolver este cuestionario lea atentamente las preguntas y marque con un aspa (x) el recuadro que Ud. Considere. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas y que este cuestionario es anónimo

ÍTEMS		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
1	¿Realizó cursos de pertinencia cultural o interculturalidad en salud cuando estudio en pregrado, postgrado, talleres, cursos virtuales, capacitaciones para mejorar su conocimiento del tema?					
2	¿Ha tenido la oportunidad de leer o lee manuales, normas técnicas del Minsa que traten sobre pertinencia cultural en la atención de salud?					
3	¿Cree que los agentes de medicina tradicional como son hueseros, hierberos, curanderos, altomisayoc, yatiri, colliri, vegetalista, vaporador, hampiq, parteras, entre otros. Contribuyen al mejoramiento de la salud de la población a la que Ud. Presta servicios de salud?					
4	¿Ha participado o promovido reuniones con la población, en idioma autóctono (Quechua, Aymara etc.) con comités de vaso de leche, comunidades, municipios y otros actores sociales, en los que los pobladores hayan planteado como quieren recibir los servicios de salud, tomando en cuenta sus creencias, entorno, idioma, necesidades y demandas?					

5	¿Ha recomendado o recomienda a sus pacientes algún tratamiento de uso tradicional por ejemplo infusiones con plantas medicinales u otros. Para complementar la terapia de su paciente?					
ÍTEMS		SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA	NUNCA
6	¿Considera que algunos tratamientos tradicionales contribuyen al mejoramiento de la salud de su población?					
7	¿Considera al parto vertical, el cual fue usado ampliamente por culturas moche, inca etc., Como un aporte de la medicina tradicional para la atención de gestantes en trabajo de parto?					
8	¿Estaría de acuerdo en que la medicina tradicional puede llegar a ser un complemento en el mejoramiento de la salud de la población a la que Ud. atiende ?					

ANEXO 03 PRUEBA PILOTO, VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	11	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	11	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,714	8

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	22,9091	7,491	,412	,688
VAR00002	23,0000	7,800	,178	,729
VAR00003	23,0000	5,400	,802	,577
VAR00004	23,4545	8,473	,027	,744
VAR00005	22,9091	5,891	,591	,637
VAR00006	23,5455	6,473	,305	,728
VAR00007	22,0909	6,691	,639	,644
VAR00008	22,3636	7,655	,422	,690

ANEXO 04

PRUEBA DE CONSISTENCIA INTERNA DE DATOS DE LA ENCUESTA, ALFA DE CRONBACH

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	36	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	36	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,750	8

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	21,3056	19,704	,516	,711
VAR00002	20,8611	22,523	,323	,750
VAR00003	20,5833	21,736	,471	,720
VAR00004	20,5278	20,771	,494	,715
VAR00005	20,8889	19,644	,707	,673
VAR00006	20,8056	22,104	,559	,708
VAR00007	19,3056	27,304	-,029	,789
VAR00008	20,4167	22,193	,570	,707

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
ESCUELA DE POSGRADO

Paraninfo Universitario 2do. Piso - Telefax (051 - 084 - 231751) Email: Posgrado@unsaac.edu.pe
Cusco- Perú

EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA PERTINENCIA CULTURAL DEL PERSONAL SANITARIO QUE LABORA EN UNA ZONA ALTO ANDINA

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para investigación en humanos. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

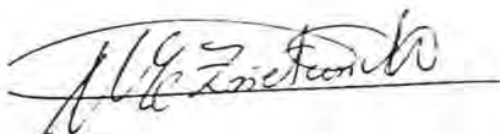
• Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación. A continuación sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Nº de ítem	Validez de contenido		Validez de constructo		Validez de criterio		Observaciones
	El ítem corresponde a alguna dimensión de la variable		El ítem contribuye a medir el indicador planteado		El ítem permite clasificar a los sujetos en las categorías establecidas		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	X		X		X		
2	X		X		X		
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X		X		X		
6	X		X		X		
7	X		X		X		
8	X		X		X		
Amplié según considere conveniente	Tiene validez de contenido porque las preguntas están midiendo adecuadamente las principales dimensiones de la variable, por lo tanto, es correcto. En la validez de constructo las preguntas se están vinculando de manera congruente y en la validez de criterio ya lo establecerás al comparar resultados con algún criterio externo que pretende medir lo mismo.						

NOMBRE DE EXPERTO: Dra. María Elena Zvietcovich Guerra.

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO: SI

NO



FIRMA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
ESCUELA DE POSGRADO

Paranáinfo Universitario 2do. Piso - Telefax (051 - 084 - 231751) Email: Posgrado@unsaac.edu.pe
 Cusco-Perú

EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA PERTINENCIA CULTURAL DEL PERSONAL SANITARIO QUE LABORA EN UNA ZONA ALTO ANDINA

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para investigación en humanos. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

• Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación. A continuación sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

N° de ítem	Validez de contenido		Validez de constructo		Validez de criterio		Observaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		Ninguna
2	X		X		X		Ninguna
3	X		X		X		Ninguna
4	X		X		X		Ninguna
5	X		X		X		Ninguna
6	X		X		X		Ninguna
7	X		X		X		Ninguna
8	X		X		X		Ninguna
Amplíe según considere conveniente							

NOMBRE DE EXPERTO: Dra. Yahaira Paola Vargas Gonzales

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO: SI

NO

FIRMA:  

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
ESCUELA DE POSGRADO

Paraná Info Universitario 2do. Piso - Telefón (051 - 084 - 231751) Email: Posgrado@unsaac.edu.pe
 Cusco-Perú

EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA PERTINENCIA CULTURAL DEL PERSONAL SANITARIO QUE LABORA EN UNA ZONA ALTO ANDINA

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para investigación en humanos. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

• Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación. A continuación sirva identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

N° de ítem	Validez de contenido		Validez de construcción		Validez de criterio		Observaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		
2	X		X		X		
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X		X		X		
6	X		X		X		
7	X		X		X		
8	X		X		X		
Amplíe según considere conveniente:							

NOMBRE DE EXPERTO: MARIÓ FARFAN GOMEZ

DNI: 23815806

MAESTRO: GESTION PUBLICA

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO: SI

NO

FIRMA:



EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS**INSTRUMENTO PARA LA MEDICIÓN DE LA PERTINENCIA CULTURAL DEL PERSONAL SANITARIO QUE LABORA EN UNA ZONA ALTO ANDINA**

Estimado profesional, usted ha sido invitado a participar en el proceso de evaluación de un instrumento para investigación en humanos. En razón a ello se le alcanza el instrumento motivo de evaluación y el presente formato que servirá para que usted pueda hacernos llegar sus apreciaciones para cada ítem del instrumento de investigación.

• Agradecemos de antemano sus aportes que permitirán validar el instrumento y obtener información válida, criterio requerido para toda investigación. A continuación sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

N° de ítem	Validez de contenido		Validez de constructo		Validez de criterio		Observaciones
	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		
2	X		X		X		
3	X		X		X		
4	X		X		X		
5	X		X		X		
6	X		X		X		
7	X		X		X		
8	X		X		X		
Amplíe según considere conveniente:							

NOMBRE DE EXPERTO: FROILAN MARIO FARFAN CARDENAS

DNI: 44475721

MAESTRO: GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO:

SI

NO

FIRMA:



ANEXO 05

AUTORIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN



"AÑO DEL DIÁLOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL"
"CUSCO CAPITAL HISTÓRICA DEL PERÚ"

CONSTANCIA DE AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

La que suscribe, JEFA DE LA MICRORED LIVITACA PERTENECIENTE A LA U.E. 411- SALUD CHUMBIVILCAS.

HACE CONSTAR:

Que el C.D. MANUEL ABANTO CUSIHUAMAN, identificado con DNI. Nro. 44900647 de profesión CIRUJANO DENTISTA, con número de colegio odontológico del Perú 39084, cuenta con la autorización respectiva para realizar la aplicación de su instrumento de recolección de datos, en la tesis "PERTINENCIA CULTURAL DEL PERSONAL SANITARIO EN LA ATECIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA MICRORED LIVITACA 2018",

Por lo que se expide la presente constancia a solicitud del interesado.

Cusco, 03 de agosto de 2018


Lic. Dora Choquecora
CER 25246

ANEXO 06 CALIBRACIÓN DEL INVESTIGADOR



CONSTANCIA

El que suscribe, Director General de la Escuela Nacional de Salud Pública otorga a:

MANUEL ABANTO CUSIHUAMAN

Por su participación en el CURSO: “**Salud Intercultural**”, modalidad autoformativo virtual, desarrollado a nivel nacional del 17 de abril al 06 de agosto de 2018, con un total de 15 créditos, habiendo culminado satisfactoriamente.

Se expide la presente CONSTANCIA, a solicitud de la parte interesada, para los fines correspondientes.

Lima, 21 de Junio de 2021



Firmado digitalmente por:
SEMINARIO CARRASCO Jose
Luis Amadeo FIR 08721055 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 12/07/2021 14:35:15-0500

DIRECTOR DE LA ESCUELA NACIONAL DE
SALUD PÚBLICA



Firmado digitalmente por:
INCIO INCIO Eiana Mirela
FIR 25580834 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 09/07/2021 04:00:45-0500

Nº de Registro: 00001-2021-CONST-CNP02-18-ENSAP/MINSA
RD Nº 006-2018-ENSAP/MINSA
Expedido en el Marco de: Decreto Legislativo Nº1161
Resolución Ministerial Nº072-2018/MINSA



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Escuela Nacional de Salud Pública

CERTIFICADO

Según consta en el Acta de Notas N°015-2019 ENSAP/MINSA del Curso:

“SALUD INTERCULTURAL”, modalidad autoformativo virtual, desarrollado a nivel nacional del 17 de abril al 06 de agosto de 2018, con un total de 375 horas docentes, equivalentes a quince (15) créditos académicos, el alumno (a):

MANUEL ABANTO CUSIHUAMAN

Ha obtenido la siguiente calificación:

CÓDIGO	ASIGNATURAS	HORAS	CRÉDITOS	CALIFICACIONES
CNP02-18	Módulo I: Servicios de Salud e Interculturalidad	75	3	19
CNP02-18	Módulo II: Derechos en salud de los pueblos indígenas y/u originarios	75	3	14
CNP02-18	Módulo III: Participación comunitaria	75	3	16
CNP02-18	Módulo IV: Elementos básicos de Salud Intercultural	75	3	18
CNP02-18	Módulo V: Diálogos interculturales	75	3	20
PROMEDIO FINAL				17 Diecisiete

Lima, 21 de Junio de 2021



Firmado digitalmente por:
SEMINARIO CARRASCO Jose
Luis Amadeo FIR 08721055 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 12/07/2021 13:40:37-0500

DIRECTOR DE LA ESCUELA NACIONAL DE
SALUD PÚBLICA



Firmado digitalmente por:
INCIO INCIO Eiana Mirela
FIR 25500834 hard
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 09/07/2021 01:55:22-0500

N° de Registro: 00001-2021-CERT-CNP02-18-ENSAP/MINSA
RD N° 006-2018-ENSAP/MINSA
Expedido en el Marco de: Decreto Legislativo N°1161
Resolución Ministerial N°072-2018/MINSA