

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CONDUCTA INTERCULTURAL DE LOS TRABAJADORES DE SALUD
RESPECTO A LOS USUARIOS DEL PUESTO DE SALUD DE
CCACCAMARCA, OCROS, HUAMANGA, AYACUCHO, 2017.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

Bach. HUANACHIN CONGA, Miriam.

Bach. PARIONA YAURIMO, Vilma.

AYACUCHO – PERÚ

2017

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS
RDN° 312-2017-FCSA-UNSC/D

BACHILLERES: MIRIAM HUANACHIN CONGA

VILMA PARIONA YAURIMO

En la ciudad de Ayacucho, siendo las cuatro con veinte minutos de la tarde, del día miércoles veintisiete de Diciembre del año dos mil diecisiete, reunidos los miembros del jurado evaluador, en los ambientes del auditorium de la escuela profesional de enfermería, jurado conformado por:

Profesora	Iris Jara Huayta	Presidente (e)
Profesora	Georgina Icochea Martel	Miembro
Profesora	Olga Pajuelo Castañeda	Miembro
Profesor	Indalecio Tenorio Acosta	Miembro
Profesor	Florencio Curi Tapahuasco	Miembro Asesor

Actuando como secretaria docente la Mg. Maritza Saccsara Meza, para recepcionar la tesis titulada "Conducta intercultural de los trabajadores de salud respecto a los usuarios del puesto de salud Ccaccamarca, Ocros, Huamanga, Ayacucho, 2017", presentada por las bachilleres: MIRIAM HUANACHIN CONGA Y VILMA PARIONA YAURIMO.

A continuación la Sra. presidenta del jurado evaluador, da inicio al acto académico, solicitando a la secretaria docente a dar lectura a los documentos que obran en mesa.

- Solicitud N°005615 de fecha 19/12/2017
- RDN° 312-2017-FCSA-UNSC/D 20-12-2017

Acto seguido la Sra. Presidente indica a las aspirantes al título profesional, iniciar con la exposición del trabajo de tesis en tiempo no mayor a cuarenta y cinco minutos conforme al reglamento.

Terminada la exposición, la Sra. presidenta solicita a los miembros del jurado evaluador a realizar las preguntas, respuestas, invita luego a los sustentantes y al público presente abandonar perentoriamente el auditorium para proceder con la calificación respectiva.

Luego de una amplia deliberación los miembros del jurado evaluador concluyen con la siguiente calificación:

BACHILLER: MIRIAM HUANACHIN CONGA

JURADO	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	R.FINAL
Prof. Iris Jara Huayta	15	13	14	14
Prof. Georgina Icochea Martel	15	13	13	14
Prof. Olga Pajuelo Castañeda	15	13	13	14
Prof. Indalecio Tenorio Acosta	15	13	14	14
Prof.Florencio Curi Tapahuasco	15	13	13	14

PROMEDIO: 14

BACHILLER: VILMA PARIONA YAURIMO.

JURADO	TEXTO	EXPOSICION	PREGUNTAS	R.FINAL
Prof. Iris Jara Huayta	15	12	12	14
Prof. Georgina Icochea Martel	15	12	12	14
Prof. Olga Pajuelo Castañeda	15	12	12	14
Prof. Indalecio Tenorio Acosta	15	12	12	14
Prof.Florencio Curi Tapahuasco	15	12	12	14

PROMEDIO: 13

OBSERVACIONES: Mejorar la redacción Siendo las seis de la tarde se da por concluido el presente acto académico, firmado al pie del presente.

.....
PROF. IRIS JARA HUAYTA
PRESIDENTE

.....
PROF.GEORGINA ICOCHEA MARTEL
MIEMBRO

.....
PROF. OLGA PAJUELO CASTAÑEDA
MIEMBRO

.....
PROF.INDALECIO TENORIO ACOSTA
MIEMBRO

.....
PROF.FLORENCIO CURI TAPAHUASCO
MIEMBRO ASESOR

.....
PROF.MARITZA SACCSARA MEZA
SECRETARIA

A mis queridos padres: Avelino y Reyna a quienes debo la existencia y todo lo que soy, depositando en mí su amor, confianza e inculcándome los valores, cristalizando así una de mis grandes aspiraciones:

Ser profesional

Con cariño y amor a: Nilo por su apoyo y colaboración en el logro de mis aspiraciones.

A mis queridas hijas: Andrea y Camila por ser punto de alegría y ternura en mi vida.

A todos ellos con amor.

Miriam

Dedico la presente tesis, primeramente a Dios, por haberme iluminado y poder concluir mi carrera profesional anhelada.

A mis padres, que incondicionalmente me sostuvieron para concluir mi profesión.

Vilma

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos la vida y gracia para lograr nuestros propósitos en este mundo.

A la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga, alma mater, la segunda universidad del Perú, por acogernos en sus aulas en las que se forman los futuros profesionales de la patria con principio e ideales de servir a la comunidad.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, que durante los años de formación se dedicaron indesmayablemente a esta gran tarea de formar profesionales de enfermería con mística y predisposición a cumplir con su labor con principios éticos.

Al asesor Prof. Florencio Curí Tapahuasco y a nuestros jurados, por orientarnos en la ejecución del presente trabajo, asimismo por brindarnos su tiempo y paciencia durante nuestra formación en pre grado.

Al Dr. Walter Pariona Cabrera, por guiarnos en el desarrollo de nuestro trabajo de investigación Y a todas las personas que de una u otra manera contribuyeron en la presente tesis.

INDICE

	Pag
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	ix
ABSTRAC	x
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
1. REVISION DE LA LITERATURA	
1.1. MARCO REFERENCIAL	09
1.2. BASE TEORICO	13
CAPITULO II	
2. MATERIALES Y METODO	
2.1. ENFOQUE	27
2.2. METODO	27
2.3. AREA DE INVESTIGACION	27
2.4. POBLACION	28
2.5. TECNICA E INSTRUMENTO	28
2.6. RECOLECCION DE DATOS	28
2.7. PROCESAMIENTO DE DATOS	28

CAPITULO III	
3.1. RESULTADOS Y DISCUSION	29
CONSIDERACIONES FINALES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIASBIBLIOGRAFICAS	57
ANEXOS	60

CONDUCTA INTERCULTURAL DE LOS TRABAJADORES DE SALUD RESPECTO A LOS USUARIOS DEL PUESTO DE SALUD DE CCACCAMARCA, OCROS, HUAMANGA, AYACUCHO, 2017.

AUTORAS:

Bach. HUANACHIN CONGA Miriam. Bach. PARIONA YAURIMO, Vilma.

RESUMEN:

El presente estudio pretende mejorar la calidad de vida de la población como estrategia de resolución de problemas sanitarios en contextos socioculturales y étnicos en los que coexisten una pluralidad de sistemas y concepciones relativos a la salud y a la enfermedad. **Objetivo:** determinar la conducta de interculturalidad en salud de los trabajadores del Puesto de salud de Ccaccamarca respecto a los usuarios de esta comunidad. **Enfoque:** cualitativo, aplicando el método etnográfico y tomando como técnica de recolección de datos la entrevista a profundidad, y utilizando como instrumento la guía de entrevista, una grabadora. **Consideraciones Finales:** El trato del personal de salud a los usuarios en el ámbito de interculturalidad es indiferente. Si bien se respeta los conocimientos de la medicina tradicional, no se pone en consideración como un recurso en el tratamiento de las dolencias.

Expresamos que la interculturalidad en salud no es una práctica constante en la comunidad de Ccaccamarca, por el contrario se impone el tratamiento con la medicina occidental u oficial. No se pone en práctica lo dispuesto en el decreto de la Política de salud Intercultural en el Perú; lo que ha venido funcionando es una serie de dispositivos legales que ha intentado, con poco éxito, normar un campo de acciones orientadas a articular la medicina oficial con las necesidades de salud de la población indígena tolerando su cosmovisión y su modelo de sanación.

PALABRAS CLAVE: Interculturalidad en salud

INTERCULTURAL BEHAVIOR OF HEALTH WORKERS WITH RESPECT TO USERS OF THE HEALTH POST OF CCACCAMARCA, OCROS, HUAMANGA, AYACUCHO, 2017.

AUTHORS:

Bach. HUANACHIN CONGA Miriam. Bach. PARIONA YAURIMO, Vilma.

SUMMARY:

The present study aims to improve the quality of life of the population as a strategy for solving health problems in sociocultural and ethnic contexts in which a plurality of systems and conceptions related to health and disease coexist. With the objective of determining the intercultural behavior in health of the workers of the health post of Ccaccamarca and the users of this community. Through a qualitative approach study, applying the ethnographic method and using the data collection technique as an in-depth interview, using a recorder as an instrument. Final Considerations: The treatment of health personnel to users in the field of interculturality is indifferent. Although the knowledge of traditional medicine is respected, it is not considered as a resource in the treatment of ailments.

We express that interculturality in health is not a constant practice by the community of Ccaccamarca, on the contrary it is imposed to the treatment with western or official medicine. There is no Intercultural Health Policy in Peru; What has been working is a series of legal devices that have tried, with little success, to regulate a field of actions aimed at articulating official medicine with the health needs of the indigenous population, tolerating their worldview and their healing model. The present study aims to improve the quality of life of the population as a strategy for solving health problems in sociocultural and ethnic contexts in which a plurality of systems and conceptions related to health and disease coexist.

KEYWORDS: Intercultural health

INTRODUCCION

El Perú todavía necesita aprender a vivir su diversidad cultural de manera constructiva y democrática. Aunque las nociones de multiculturalidad e interculturalidad son ya, desde hace décadas, valores asentados en el consenso democrático internacional, el Estado peruano y buena parte de la sociedad se resisten a asumirlos⁽¹⁾.

En este contexto se entiende por interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales⁽²⁾.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) incorporó el concepto de interculturalidad como estrategia para mejorar la atención primaria de las poblaciones originarias o pueblos indígenas, en base a los deficientes índices epidemiológicos y su baja esperanza de vida. El centro del problema se situó en el desentendimiento cultural entre los servicios de salud y las diversas cosmovisiones indígenas. Como alternativa se decidió incorporar la medicina

tradicional a los servicios de atención primaria, de manera que dicha alternativa consistía en utilizar sus propias medicinas dentro del control de la salud pública.

En el año 1993, con el fin de revertir esta gravísima inequidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), propuso una Iniciativa de Salud Indígena para la Región de las Américas. Esta iniciativa fue diseñada con la participación de los representantes de los pueblos amerindios basada en los principios de equidad, respeto, integridad y solidaridad ⁽³⁾.

En el 2004, el Ministerio de Salud (MINSA), estableció las Estrategias Sanitarias Nacionales, entre ellas, la de “Salud de los Pueblos Indígenas” encargando su diseño e implementación al Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI). Ejecutar una Política Intercultural en un país como el nuestro donde existe una amplia diversidad, no solo aborígen sino también foránea, en un contexto de grandes desigualdades sociales, es una tarea que escapa de los límites del sector salud debido a su enorme carga social y esencia revolucionaria ⁽⁴⁾.

Los términos de interculturalidad en salud, salud intercultural, enfoque o perspectiva intercultural y otros semejantes se han introducido en el discurso y en la práctica de la salud pública en los últimos años, sin que se haya logrado previamente un adecuado consenso sobre su significado, sus diferencias o similitudes e implicancias. Una ya abundante y creciente literatura médico-científica, utiliza estos conceptos y, diversas iniciativas, públicas y privadas, algunas de alcance local y otras de alcance nacional en muy diversos países, afirman fundamentarse en estos conceptos, sin embargo, una simple revisión de sus alcances y orientaciones nos muestra una diversidad que pareciera semejar la diversidad cultural sobre la que se fundamentan estos conceptos. Esta realidad tiende a confundir al profesional de la salud que, por limitaciones

derivadas de su formación académica tradicional exclusivamente en biomedicina, está muy alejado de las ciencias sociales y carece, por tanto, de una trama conceptual con la cual adentrarse en las complicaciones de la incorporación de los aspectos culturales de la práctica sanitaria⁽⁵⁾.

La interculturalidad en salud se puede definir como la conducta cultural, un proceso que acontece entre usuarios y salubristas en zonas indígenas o nativas. Las relaciones negativas existentes, obligan a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de estas relaciones ;entre Centro de Salud y usuarios ,entre conocimientos, prácticas institucionales y populares de atención, entre las razones y los motivos del porque es necesario modificar las conductas del personal de salud en contexto cultural indígena sobresalen : a)El conocimiento técnico de salud-enfermedad generalmente ignora el contexto sociocultural de la población indígena ;b)El personal de salud que trabaja en zonas indígenas generalmente desconoce la conceptualización local del proceso de salud-enfermedad así como de sus prácticas de atención ;c) la falta de comunicación ,empatía y confianza entre personal de salud y usuario es más de lo que se supone; d) El personal de salud casi siempre descalifica las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y la enfermedad⁽⁶⁾.

Para que los servicios de salud sean aceptados por los y las indígenas se deben lograr servicios de salud con pertinencia intercultural. Donde se construya mediante el diálogo y el consenso entre el personal de salud con las y los ciudadanos, cómo deben ser los servicios de salud, creando de esta manera una corresponsabilidad entre ellas y ellos. La Calidad de atención intercultural en general se considera como atención intercultural, al grado con el cual los procesos de la atención médica convencional y tradicional o ancestral

incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados. Priorizar la atención de las personas y su diversidad, permite reconocer la necesidad de brindar una atención pertinente (adecuada culturalmente) y cálida, entendiendo la calidez como un cambio de actitud en el trato, con pertinencia cultural, en el diálogo horizontal con los pacientes y en la atención de sus demandas⁽⁷⁾.

Uno de los aspectos ya señalados que determina la calidad de un servicio de salud es el referido al enfoque intercultural. El enfoque intercultural en los servicios de salud permitirá incluir los saberes tradicionales en la solución de los problemas de salud de la población. Facilitará la aceptación de representantes de la comunidad en la planificación de proyectos sanitarios, en la prevención de enfermedades, en el abordaje familiar y comunitario; así como mejorará la relación e interacción médico-paciente o más ampliamente trabajador de salud – usuario; entre otros. El enfoque intercultural en los servicios de salud es necesario por: a) La coexistencia de distintos sistemas médicos en un mismo espacio territorial, al igual que coexisten múltiples culturas en la sociedad; b) La necesidad de un abordaje integral del proceso salud-enfermedad; c) La existencia de brechas de equidad en las condiciones de salud de la población aunado a la pobreza, migración o problemas de acceso y oportunidad de atención; d) La falta de políticas sectoriales que promuevan la interculturalidad en salud; o que no se aplican y e) Las “actitudes de los servicios de salud oficiales”, que yendo desde la negación o indiferencia hasta la aceptación (generalmente parcial) establecen distintos niveles de interrelación con todo aquello que no se ajusta al modelo médico hegemónico u occidental⁽³⁾.

Asimismo, el enfoque intercultural en Salud es útil para revalorar la medicina tradicional y el impacto de su práctica en la población, empoderar a la población

respecto a sus derechos humanos en Salud al reconocerse y respetar su cultura, dotar al personal de salud de las herramientas que les permitan establecer una relación complementaria y participativa con un usuario empoderado, propiciar vínculos afectivos y de comprensión de los pacientes, mejorando la relación y las prácticas propuestas desde los servicios de salud , e incorporar la perspectiva de género en los programas de salud sexual y reproductiva ⁽³⁾.

En el marco de los respectivos mandatos internacionales y nacionales, el Fondo de Población de las Naciones Unidas sede Perú (UNFPA PERU) viene promoviendo procesos de desarrollo; para este fin se ha diseñado el módulo o el Manual de Sensibilización para personal de salud: Atención en Salud con Pertinencia Intercultural ⁽⁸⁾. El cual no se aplica. Este Manual tiene como objetivo proveer de herramientas para introducir la pertinencia intercultural en el quehacer diario del sector salud, y de esta forma sea de utilidad como soporte técnico para los procesos de sensibilización y formación de los proveedores de salud de la región andina, y contribuya así a mejorar la calidad de vida de las y los ciudadanos indígena del Perú ⁽⁸⁾.

En este contexto, se realizó el estudio de la conducta intercultural de los trabajadores de salud de la comunidad de Ccaccamarca respecto a los usuarios, con el propósito de describir las conductas interculturales. Sin embargo hemos asistido a una realidad de que este concepto donde la interculturalidad no es respetuosa ni democrático. Por lo referido se planteó el problema de investigación de la siguiente manera:

¿Cuál es la conducta intercultural de los trabajadores de salud respecto a los usuarios del puesto de salud de Ccaccamarca del distrito de Ocros, Huamanga, Ayacucho, 2017?

Planteamos como objetivos:

Objetivo general:

- Determinar las características de la conducta intercultural de los trabajadores de salud respecto a los usuarios del Puesto de Salud de Ccaccamarca del distrito de Ocros, Huamanga, Ayacucho, 2017.

Objetivos específicos:

- Identificar la conducta intercultural de los trabajadores de salud respecto a los usuarios de la comunidad de Ccaccamarca, Ocros, Huamanga.
- Describir las relaciones humanas cotidianas de los trabajadores de salud frente a los pobladores de Ccaccamarca, Ocros, Huamanga.

El enfoque utilizado fue Cualitativo, que se refiere al abordaje del marco interpretativo. Permitió desarrollar un conocimiento fundamental, sustancial y basado en la información recogida sobre la conducta intercultural de los trabajadores de salud respecto a los usuarios.

El Método empleado fue etnográfico. Este método, busca describir con profundidad, analizar e interpretar los patrones de comportamiento, creencias, significados y lenguaje que desarrolla un grupo cultural o social a través del tiempo⁽⁹⁾.

La población estudiada estuvo constituida por todos los trabajadores voluntarios del Puesto de salud de Ccaccamarca (03) y las usuarias que también aceptaron voluntariamente participar en nuestra entrevista (04).

La técnica de recolección de datos utilizada fue la entrevista a profundidad y el instrumento utilizado fue la guía de entrevista. , las declaraciones de los participantes fueron grabadas, previo consentimiento informado. Para guardar la confidencialidad no se consideraron los datos personales de los participantes y para mayor libertad de respuesta la entrevista tuvo un carácter anónimo

(usuarias).Las entrevistas fueron realizadas en el mismo establecimiento de salud tanto al personal de salud y usuarias.

El proceso de recolección de datos del trabajo de investigación, se realizó en los meses de Agosto y Noviembre del año 2017, previa coordinación y permiso de la jefa del Puesto de Salud de Ccaccamarca, para obtener en sus instalaciones la información necesaria para la investigación. Así mismo, se entrevistó a usuarias de la comunidad de Ccaccamarca, a quienes se les informó los objetivos y el modo de recolección de datos que se realizaría, obteniéndose su autorización.

Para el análisis de la información se confrontó con la literatura sobre el tema y se realizó una revisión de investigaciones anteriores.

En cuanto a los resultados se obtuvieron las siguientes:

- La conducta intercultural del personal de salud hacia los usuarios de la población de Ccaccamarca es la de una conducta intercultural negativa: indiferente, discriminadora y de rechazo. Si bien se respeta los conocimientos de la medicina tradicional, no se pone en consideración como un recurso en el tratamiento de las dolencias
- La relación intercultural en salud entre los usuarios y los trabajadores del Puesto de Salud de Ccaccamarca es mínima o nula, principalmente porque se margina al campesino, se respeta su costumbre, sin embargo no se toma en consideración su cultura o los conocimientos sobre salud, en consecuencia la relación es de predominio de la medicina oficial u occidental o científica. La interculturalidad en salud está bajo la supremacía de la medicina oficial, existe los llamados diálogos de interculturalidad en teoría, sin llegar a la práctica.

- Algunos usuarios percibieron un trato no adecuado por parte del personal de salud, por lo que manifiestan que algunas veces no acuden al establecimiento de salud.

- Se evidencia dificultades en relación al idioma, ya que no todo el personal de salud habla y entiende quechua, lo mismo sucede con algunos usuarios. Esta barrera comunicacional entre los prestadores de asistencia sanitaria y la población indígena limitan el acceso a una atención de calidad. En el Perú ser analfabeto, pobre, campesino o no hablar castellano siempre genera discriminación, directa o indirecta.

El presente trabajo de investigación consta de los siguientes capítulos: En el Capítulo I; se presenta a la Revisión de la literatura, base teórica. Capítulo II; se desarrolla los Materiales y Método de estudio. Capítulo III; se presentan los Resultados y Discusión. Finalmente Consideraciones finales, recomendaciones, Bibliografía y anexos.

CAPITULO I

REVISION DE LA LITERATURA

1.1. MARCO REFERENCIAL:

ALVAREZ DIAZ, Nancy Andrea (Chile; 2005). En su investigación titulada: “Interculturalidad en salud y desarrollo de comunidades *mapuche*”. En un estudio de Caso en *Makewe Pelale*. Reporta la experiencia del Hospital *Makewe*, que implementa un modelo de atención en salud complementaria, que integra los saberes y recursos tradicionales de la sociedad *mapuche*, con el conocimiento y terapéuticas científico-occidentales. Los objetivos de esta experiencia complementaria en salud son: mejorar la calidad de la atención en salud para el territorio asignado y contribuir a mejorar la calidad de vida de la población del sector, a través del fortalecimiento de la identidad cultural mapuche. Conclusión: Busca comprender las significaciones del proceso de salud/enfermedad que construyen los pacientes como forma de relevar los factores sociales y culturales que sustentan las prácticas en salud.⁽¹⁰⁾

HASEN NARVAEZ, Felipe Nayip (Chile; 2012). En la investigación titulada: "Interculturalidad en Salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena". Con el Objetivo de discutir y reflexionar en torno a la manera en la cual los servicios del sistema de salud inmersos en territorios con alta presencia de Comunidades mapuche, se adecúan a la idiosincrasia cultural de esta población, abordando cuáles son las dificultades con que los servicios de salud se encuentran a la hora de ejercer la práctica de atención de salud en contextos pluriétnicos. Conclusión: Aborda de forma holística, llevando necesariamente a una visión epidemiológica distinta, incorporando las categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de la población de diferente cultura. ⁽¹¹⁾

CARDONA ARIAS, Jaibert Antonio; RIVERA PALOMINO, Yennifer; CARMONA FONSECA, Jaime (Colombia; 2015). En la investigación titulada: "Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia". El Objetivo fue determinar las concepciones y prácticas del saber ancestral que contribuyen a la interculturalidad en salud en un pueblo indígena. Métodos: estudio cualitativo y etnográfico realizado entre 2011-2012 en 20 indígenas adultos con diferentes funciones y pertenecientes a pueblo de emberá-chamí de Colombia. La muestra se seleccionó por muestreo teórico. Se aplicaron entrevistas semi-estructuradas, diarios de campo y observación participante. Se recopiló material discursivo generado de manera espontánea seguido de análisis hermenéutico con focalización de la atención en la producción simbólica del lenguaje según criterios de credibilidad, auditabilidad, transferibilidad, saturación de categorías y triangulación metodológica. Con la información disponible se creó un sistema categorial. Se observaron los principios éticos correspondientes. Resultados: las categorías y sub categorías del sistema contenían las acciones que mostraban la articulación entre la etnomedicina y la biomedicina, expresión

de la interculturalidad. La categoría contexto de la interculturalidad incluyó fundamentalmente las sub categorías: proceso salud-enfermedad, diálogo de saberes, comités de vigilancia epidemiológica, formación de personal indígena en el modelo occidental y escuela de médicos tradicionales. Las acciones y prácticas de la interculturalidad incluyeron la atención de las gestantes y el parto y el abordaje de enfermedades relacionadas con el dominio físico-biológico. Conclusiones: los aspectos del universo simbólico indígena recogidos en el sistema categorial potencian la interculturalidad en salud y posibilitan un mayor éxito de los programas de prevención de enfermedad y promoción de salud. ⁽¹²⁾

SALAVERRY, Oswaldo (Perú; 2010). En la investigación titulada: “La Investigación intercultural en salud”. Refiere 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. Discute, 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. Se plantean y discuten algunos de los múltiples problemas actuales vinculados a la interculturalidad como la identificación de los indígenas y la relación entre derechos humanos e interculturalidad, para finalmente presentar una revisión de la génesis del concepto de interculturalidad en salud y una muestra de su complejidad de adaptación a la medicina científica a través de los conflictos que derivan del concepto de síndrome cultural. Esta investigación se desarrolla asumiendo que las nociones de salud y desarrollo se relacionan de manera compleja, abriendo un espacio para la reflexión y práctica sobre la coexistencia

de conocimientos en salud. En efecto, diversos proyectos de desarrollo orientados a mejorar de la calidad de vida de la población se han dedicado a la creación y fomento de diversos sistemas médicos como estrategia de resolución de problemas sanitarios, particularmente en contextos socioculturales y étnicos en los que coexiste una pluralidad de sistemas y concepciones relativos a la salud y la enfermedad.⁽⁴⁾

COAQUERA MAYTA, Adaliz (Perú-Tacna; 2009).En su investigación titulada: “Aplicación del enfoque intercultural en la calidad de atención del profesional de enfermería del C.S.San Francisco-Tacna”. Se trata de una investigación observacional, transversal, descriptivo y correlacional.Metodo empleado fue la encuesta, la técnica fue los cuestionarios. Se aplicaron 17 encuestas anónimas a profesionales de enfermería y a 100 usuarios .Resultados: el estudio permitió determinar que la mayoría de los profesionales de enfermería (70.59%) aplican de manera regular o media el enfoque intercultural. Por otra parte, el 51.0% de los(as) usuarios(as) perciben un nivel bajo de satisfacción con la atención recibida por los profesionales de enfermería Asimismo se halló que el mayor porcentaje de la percepción en la calidad de atención es baja cuando el enfoque de interculturalidad aplicada por el profesional de enfermería también es baja ⁽⁶⁾.

VIDAL GIOVE, Fiorella Milagros (Perú -Lima-2011).En su investigación titulada: “Significado que le concede el profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural en un Hospital Nacional de Lima. Investigación cualitativa, tipo de estudio de caso. Objetivo general fue comprender el significado que le concede el profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural. Los participantes del estudio fueron 10 enfermeros(as).Resultados: Los participantes reconocieron que dentro de las limitaciones se encuentran el rechazo de algunos enfermeros hacia la cultura de

los usuarios. Además de que los enfermeros mostraban comportamiento que caracterizaba una atención no a la persona, sino al motivo de consulta, dando prioridad a la atención biomédica. Algunos de los participantes consideran conveniente el contacto cultural previo de los enfermeros(as) para lograr una sensibilidad y conciencia cultural, además el promover la enseñanza de idioma quechua para permitir una comunicación adecuada con los usuarios(as) ⁽¹³⁾.

1.2. BASE TEORICA:

1.2.1. INTERCULTURALIDAD:

Los importantes cambios políticos y sociales ocurridos durante las últimas décadas en los países de la región, que históricamente se han caracterizado por presentar grandes brechas y exclusión social, deben generar nuevas formas de relación entre el estado y la sociedad civil que promuevan la participación de las poblaciones más vulnerables tradicionalmente excluidas de la gestión pública, como una forma de garantizar un mayor ejercicio de sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales, así como una mayor equidad en el acceso a la salud.

La globalización ha catapultado el estudio de la interculturalidad como conducta de los seres humanos, pues ha puesto frente a sí a personas de diferentes culturas, generando convicciones sobre conductas apropiadas para desenvolverse en el mundo globalizado. Si bien pareciera que nos dirigimos hacia un mundo de interculturalidad horizontal, tal vez con todas las culturas del mundo; avizoramos sin embargo que, no todas las culturas existentes tienen la misma posibilidad de ser componentes permanentes en la relación intercultural, ya que algunas están condenadas a la desaparición debido a las relaciones

desiguales entre las sociedades, en las que se generan etnocentrismo, racismo, etnocidio y genocidio.

Para hablar de interculturalidad se precisa repasar algunos conceptos como:

CULTURA:

“Una cultura es una variedad de sistemas desarrollados por las sociedades humanas como medio de adaptación al ambiente en el cual se vive; como totalidad, un sistema cultural constituye el medio a través del cual el grupo al cual pertenece dicho sistema consigue su supervivencia como una sociedad organizada” ⁽¹⁴⁾.

“Una cultura es un conjunto de formas y modos adquiridos de concebir el mundo, de pensar, de hablar, de expresarse, percibir, comportarse, organizarse socialmente, comunicarse, sentir y valorarse a uno mismo en cuanto individuo y en cuanto a grupo. Es intrínseco a las culturas el encontrarse en un constante proceso de cambio” ⁽¹⁵⁾.

1.2.2. CONCEPTO DE INTERCULTURALIDAD:

La interculturalidad es la conducta cultural para desenvolverse en contextos de relación de culturas. Es una conducta de las personas o de los grupos humanos en situaciones de multiculturalidad. Se trata de un saber manejarse entre miembros de diferentes culturas con quienes se interactúa. La interculturalidad no implica a priori el "saber manejarse bien o mal", solo implica saber manejarse, pues una u otra alternativa específica dependerá de la política sobre interculturalidad que asumen las personas o los grupos humanos. Dicha política puede estar explícitamente formulada o, lo que es común, estará implícitamente

vigente. En este contexto, el prefijo inter no hace referencia sino a la relación entre dos o más culturas, en que actúa el individuo o el grupo humano ⁽¹⁴⁾.

La interculturalidad se define como una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales ⁽²⁾.

Según Wilfredo Ardito, La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados etnias, sociedades, culturas o comunidades. Para una eficaz comunicación intercultural es necesario, por un lado, una nueva competencia comunicativa y, por otro lado, un cierto conocimiento de la otra cultura. La interculturalidad se produce cuando diversas culturas entran en contacto de una manera igualitaria, es decir, de modo que ninguna de las dos culturas se sobreponga a la otra. El diálogo intercultural trata de encontrar soluciones a los conflictos entre dos o más culturas a través de la comunicación y el respeto, así que es importante que ambas partes estén en igualdad de condiciones y tengan la oportunidad de expresarse desde un mismo nivel ⁽¹⁶⁾.

1.2.3. INTERCULTURALIDAD Y ANTROPOLOGÍA

La primera condición para que exista interculturalidad es el contacto de culturas. Pero para que la interculturalidad sea una conducta, lo que debe ocurrir es un proceso de aprendizaje, como parte de la socialización de las personas.

La interculturalidad es el proceso de interrelación entre culturas diferentes a través del respeto y reconocimiento de las diferencias y convergencias entre las personas y grupos. Incluye características de confianza, comunicación efectiva (comprender al “otro” desde su cultura), diálogo y debate, aprendizaje mutuo, intercambio de saberes y experiencias ⁽¹⁷⁾. Sin embargo, esto no es así en nuestra realidad, la relación entre diferentes culturas es discriminatoria.

La interculturalidad no es un hecho reciente ni unívoco sino que constituye un proceso que ha tenido diversas interpretaciones a lo largo de la trayectoria de la Antropología, las cuales en gran medida constituyen respuestas respecto de situaciones específicas dentro de las cuales funcionan no sólo las ciencias antropológicas y ciencias de la salud, sino sobre todo los sujetos de estudio de los antropólogos.

El concepto de interculturalidad, por lo menos en América Latina, ha tenido un uso notorio durante los años 90' y primeros años del 2000' en diferentes campos antropológicos, y especialmente respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención. Este concepto de aparente simplicidad, pero en la medida que se lo utiliza y profundiza genera diferentes acepciones a veces complementarias, pero frecuentemente contradictorias. Esto se refleja en la imposibilidad, por lo menos hasta ahora, de establecer una definición aceptada por los que utilizan este concepto.

Desde el surgimiento de la Antropología siempre ha habido diferentes maneras de definir y/o utilizar la interculturalidad, ya que la misma está en el núcleo de la especificidad inicial de nuestra disciplina, y dado que el trabajo de campo antropológico, por lo menos hasta no hace muchos años, se desarrolló casi exclusivamente en términos nuestros. La interculturalidad no sólo es parte

intrínseca del trabajo de nuestra disciplina, sino que es en términos metodológicos un enfoque que merece discusión para utilizarlo adecuadamente.

El concepto de interculturalidad se remite necesariamente a la interrelación entre diferentes culturas. En principio debemos recordar que la Antropología se constituye como disciplina a partir del estudio del Otro Cultural, de la alteridad más allá de que la misma sea tratada etnocéntrica o relativamente. Pero como sabemos los sujetos de estudio de la Antropología cambian constantemente. Inicialmente dichos sujetos eran comunidades o grupos étnicos pertenecientes a culturas con grados diferenciales de desarrollo, que más allá de la apelación etnocéntrica reduce los sujetos de estudio a determinados ámbitos/tiempos culturales. Por lo menos desde la tercera década del siglo XX el sujeto inicial de nuestra disciplina fue res significado como “campesino” y más tarde como “marginal urbano” hasta ser identificado actualmente con la categoría de ‘inmigrante’. Desde la década 1960, asistimos a un proceso de incremento constante de los sujetos de estudio de la Antropología como consecuencia del propio desarrollo académico y de determinados procesos sociales, que han convertido al sujeto social en objeto de trabajo antropológico⁽¹⁸⁾.

Se considera que a nivel general los antropólogos latinoamericanos piensan que la interculturalidad se da entre los diferentes sujetos diferenciados, pero que en términos específicos, y sobre todo los que trabajan sobre procesos de salud/enfermedad/atención, refieren preferentemente las relaciones interculturales a las que operan entre los miembros de sociedades rurales y amazónicas y el personal biomédico. Los grupos étnicos americanos siguen constituyendo en gran medida el sujeto de estudio de nuestras antropologías nacionales especialmente en términos de proceso salud/enfermedad/atención, y

frecuentemente dichos grupos son manejados en términos casi monolíticos. Si bien a nivel general puede hablarse del grupo étnico como agente o como sujeto heterogéneo que incluye notorias variaciones en términos de género, de edad y/o de religiosidad, esto no se refleja frecuentemente en la etnografía producida, en las cuales domina la etnicidad entendida como identidad. Otra problemática relacionada estrechamente con las anteriores, es que una parte de los antropólogos que trabajan sobre procesos de salud/enfermedad/atención generalmente reducen la interculturalidad a la relación grupos amerindios / servicios biomédicos, dejando de lado, o dándole muy escaso espacio, en sus etnografías a las diferentes formas de atención a los padecimientos que están operando en los contextos donde vive la población estudiada, pese a que la mayoría de los grupos se caracterizan por el denominado pluralismo médico⁽¹⁹⁾.

Estos y otros procesos remiten a un hecho obvio pero que hay que subrayar; de que la interculturalidad existe en la realidad social de los grupos más allá de que la estudiemos o le demos una denominación técnica, tal como también ocurre con la pobreza, la desigualdad social o la estigmatización. Los diferentes grupos sociales latinoamericanos vivieron la interculturalidad respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención mucho antes de que a los antropólogos se les ocurriera estudiar dichos procesos en términos de interculturalidad. La Antropología se plantea actualmente problemas de interculturalidad que han sido “solucionados” en la práctica por los propios grupos sociales. Y una de las tareas básicas de los estudios interculturales sería la de registrar dichos procesos gestados por los propios conjuntos sociales, para aprender de la práctica de los mismos.

Todo grupo, incluidos los grupos étnicos, ha estado en relación con otros grupos conformando diferentes tipos de relaciones interculturales caracterizadas por la

complementación, la simetría, la equidad, la cooperación, pero también por la competencia, la asimetría, el enfrentamiento, la lucha.

Desde la invasión europea, en Américas las relaciones culturales han funcionado en contextos de dominación, de explotación, de hegemonía/subalternidad, y esto se dio y se sigue dando. Más aún la mayoría de estas relaciones, y no sólo las gestadas por la sociedad 'Occidental', se caracterizan por ser etnocéntricas. De tal manera que cuando leemos que la interculturalidad está planteada en términos exclusivos de cooperación ,de respeto y de tolerancia entre los grupos, nos parece muy interesante como deseo, pero nos parece reduccionista, por utilizar una palabra más o menos neutra, en términos de los procesos que operan en nuestras realidades. Dado que el punto de partida de la interculturalidad supone reconocer su existencia prácticamente en todo contexto en los cuales operen en forma conjunta sujetos diferenciados culturalmente, lo cual implica la existencia potencial de relaciones tanto de solidaridad como de opresión. Más aun de relaciones que pueden ser simultáneamente cooperativas y competitivas. Por lo tanto concordamos con la propuesta del desarrollo de relaciones interculturales en las cuales no tengan lugar determinadas hegemonías, pero ocurre que en la realidad de dichas relaciones, por lo menos en Latinoamérica, operan ideologías, poderes y sectores sociales que tratan de imponer dichas hegemonías ⁽⁵⁾.

De los diferentes momentos por los cuales ha atravesado lo que se denomina interculturalidad, surgen toda una serie de problemas de diferente tipo, de los cuales se rescata dos referidos a procesos de salud/enfermedad/atención. La necesidad de discutir un concepto de interculturalidad que no agote la cultura exclusivamente en la dimensión simbólica, y la necesidad de reflexionar y

proponer metodologías que posibiliten desarrollar aproximaciones que refieran a la situación de un antropólogo que cada vez más describe, analiza y/o interviene sobre grupos que pertenecen a su propia sociedad, y cada vez más frecuentemente a su propia cultura, de grupos que además pueden estar explotados, marginados y a veces estigmatizados por la propia cultura del antropólogo que los estudia. Estas y otras reflexiones se consideran decisivas para el estudio de procesos de salud/enfermedad/atención en términos de las denominadas relaciones interculturales⁽¹⁴⁾.

Al respecto; un requisito prácticamente imprescindible para la comunicación intercultural es que haya un cierto interés por culturas distintas de la propia. Por supuesto, no se trata de un interés anecdótico o dirigido a confirmar nuestros propios valores. Se trata de ver qué puedo aprender de las otras culturas. Frente a los intentos, propios del colonialismo, de modificar las culturas no dominantes para hacerlas lo más próximas posibles a las dominadoras, en la actualidad se busca conocerlas tal y como son. Este cambio de mirada hacia las culturas ajenas también se manifiesta hacia la propia cultura⁽²⁰⁾.

1.2.4. INTERCULTURALIDAD EN SALUD

La salud está presente en los significados y prácticas de nuestro cuerpo: el nacimiento, el desarrollo físico, la sexualidad, el bienestar social y la muerte. La salud se evidencia en los hábitos, los comportamientos, las costumbres, la idiosincrasia y las creencias de una población; incluso, en su noción axiológica representada por el dualismo del bien y del mal⁽²¹⁾.

Los modelos de atención en salud son inherentes a los diferentes cambios que moldean la sociedad en las que se desarrolla; por ejemplo, la medicina moderna

(las políticas de salud pública, la especialización de la medicina, entre otros) es hija de la revolución industrial. En todo modelo de salud, incluyendo el de la medicina académica u oficial, coexisten concepciones de salud y de enfermedad dominadas fuertemente por lo simbólico; por ejemplo, el guardapolvo blanco, el estetoscopio, el caduceo de Mercurio y la visita médica. La salud, por lo tanto, es cultura en el amplio sentido de la palabra, y la podemos clasificar en símbolos y comportamientos transmitidos y transformados a través de las generaciones de un determinado grupo social por medio de un sistema de comunicación; pero paralelamente, conforme la sociedad se desarrolla, los grupos de poder empiezan a menospreciar las prácticas de salud de otros grupos ⁽²²⁾.

Llevada al campo de la salud, la interculturalidad es el...”conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud”; e implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano y su influencia en todo proceso de salud y enfermedad. El respeto a esta diversidad ha puesto al equipo de salud en el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la relación médico-paciente, así como evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud. Siendo así; se puede entender, entonces a la salud intercultural como una serie de acciones que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud⁽²³⁾

La interculturalidad actúa como un concepto desestructurador de los mecanismos internos de cohesión de las medicinas tradicionales indígenas, que están vinculadas a la religión. Al transformar la estructura de las medicinas tradicionales se erosiona, asimismo, la base religiosa en la que se apoyan y,

consecuentemente, se incide en una transformación y en la desestabilización de los sistemas ideológicos propios. Hay que considerar lo que caracteriza a los terapeutas tradicionales es su no institucionalización. Son los responsables, entre otras funciones, de la cohesión grupal de la comunidad y de ejercer como líderes espirituales. Una función que es mucho más amplia que la que se les reconoce cuando son incorporados a los servicios de salud. Nos encontramos, ante un concepto que aparece como desestabilizador de las medicinas tradicionales y de las religiones de las poblaciones indígenas⁽²⁴⁾.

Uno de los objetivos de la incorporación de las medicinas tradicionales y sus líderes a los servicios de salud es el de poder controlarlos bajo el resguardo de la salud pública. El aspecto participativo y comunitario de los programas de atención primaria - desarrollado tanto por ONG's como por los estados el cual sirvió para sensibilizar a las comunidades del beneficio que les acarrearía la introducción del sistema médico y del educativo propuesto por la sociedad mayoritaria⁽²⁵⁾.

La situación de salud de los pueblos indígenas en nuestro país presenta un escenario de carencias crónicas, que se refleja en las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas, generada entre otros factores por la falta de financiamiento, de insuficiente priorización de programas y servicios de salud, así como en la poca o nula capacidad del personal en aspectos relacionados con las culturas locales, sumándose a ello otros factores adversos; dentro de dicho escenario, el Ministerio de Salud en el marco de la reforma de salud que viene emprendiendo, ha sustentado a través del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud, la necesidad de establecer una Política Sectorial de Salud Intercultural.

En el Perú las Normas de salud intercultural y Decreto Supremo **Nº 016-2016-SA** sobre políticas de Salud señala:

Artículo 1º

La Política Sectorial de Salud Intercultural tiene por objeto regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr la atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

Del Alcance

La Política Sectorial de Salud Intercultural es de aplicación obligatoria en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos: Establecimientos de salud a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud-IGSS, del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales (Direcciones Regionales de Salud – DIRESA y/o Gerencia Regionales de Salud - GERESA o las que cumplan su función), Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud - Es Salud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú. Así como para las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y otros prestadores que brinden atención de salud en todo el país⁽⁷⁾.

El sector salud tiene instrumentos para poner en práctica la interculturalidad en salud, los llamados "Diálogo Intercultural", lo que significa el intercambio equitativo, así como el diálogo entre las civilizaciones, culturas y pueblos, basados en la mutua comprensión y respeto y en la igual dignidad de las culturas, son la condición *sine qua non* para la construcción de la cohesión social, de la reconciliación entre los pueblos y de la paz entre las naciones⁽¹⁶⁾.

El diálogo intercultural es facilitar un intercambio que lo pone todo sobre la mesa: nuestras diferencias, nuestros diferentes valores, nuestros diferentes lenguajes; convivir juntos desde el respeto y realmente entender y respetar a los demás”.

Para conseguir que el diálogo intercultural sea posible, es fundamental que seamos capaces de tener una visión abierta sobre otras culturas, creer en el diálogo como la mejor solución a los problemas derivados de las relaciones sociales y respetar los derechos de todos los ciudadanos. Ante esta dificultad, para empezar a adentrarnos en materia, lo único que queremos dejar claro es que lo más importante para entender un concepto tan abstracto y que lo engloba todo en el ámbito de la interacción entre culturas es la actitud abierta y respetuosa que debemos tomar respecto a estas relaciones ⁽¹⁶⁾.

1.2.5. CALIDAD DE ATENCIÓN INTERCULTURAL.

En general se considera como atención intercultural, al grado con el cual los procesos de la atención médica convencional y tradicional o ancestral incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados. Priorizar la atención de las personas y su diversidad, permite reconocer la necesidad de brindar una atención pertinente (adecuada culturalmente) y cálida, entendiendo la calidez como un cambio de actitud en el trato, con pertinencia cultural en el diálogo horizontal con los pacientes y en la atención de sus demandas ⁽⁷⁾.

1.2.6. MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD

Según la OMS, la medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de

la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales.

Es la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, las creencias y las experiencias indígenas de diferentes culturas, en algunos países se utilizan indistintamente los términos medicina complementaria/alternativa/no convencional y medicina tradicional⁽²⁶⁾.

La Medicina Tradicional es un tema supremamente diverso dentro del contexto multicultural. Debido a que cada Pueblo Indígena, contiene su propio concepto de salud y enfermedad, nos vemos ante una amplia gama de Medicinas Tradicionales⁽²⁷⁾.

La medicina tradicional, desde el punto de vista cultural es un conjunto de saberes, experiencias, manejo de técnicas y procedimientos de larga data. Al hablar de los fundamentos, similitud y diferencias entre curanderismo y la medicina científica se tiene en cuenta que el fundamento es uno sólo, o sea el de buscar la recuperación, el bienestar del enfermo (Cavero, G. 1965 citado por Icochea Martel, Georgina⁽²⁸⁾

En contraste a la medicina tradicional, la medicina llamada moderna, la que se enseña en las universidades y se practica hoy en las clínicas y hospitales, ha crecido mucho en los últimos 100 o 150 años, principalmente debido a la incorporación de nuevas tecnologías que han incrementado enormemente la eficacia de las intervenciones médicas. Las radiografías, ecografías y tomografías computadas, todas técnicas que permiten «ver el cuerpo humano vivo por dentro», son un buen ejemplo de cómo las nuevas tecnologías han revolucionado todos los campos de la medicina. Otra estrategia que ha resultado

muy exitosa es la vacunación, que cuando es usada en forma estratégica y masiva ha conseguido erradicar enfermedades epidémicas muy graves como la poliomielitis o la tuberculosis ⁽²⁹⁾.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE: Cualitativo; cada estudio cualitativo es por sí mismo un diseño de investigación; es decir, no hay dos investigaciones cualitativas iguales o equivalentes. Puede haber estudios que compartan diversas similitudes, pero no réplicas, como en la investigación cuantitativa. Sus procedimientos no son estandarizados. (Hernández Sampieri).

2.2. METODO: Etnográfico; este método, busca describir con profundidad, permite analizar e interpretar los patrones de comportamiento, creencias, significados y lenguaje que desarrolla un grupo cultural o social a través del tiempo.

2.3. ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y UBICACIÓN GEOGRAFICA

El presente estudio se realizó en el puesto de Salud de Ccaccamarca, ubicado en el Centro Poblado de Ccaccamarca, pertenece al distrito: Ocros. Provincia: Huamanga. Región: Ayacucho. Esta comunidad queda aproximadamente a 160 kilómetros de la ciudad de Ayacucho, por la vía Ayacucho – Andahuaylas; existe un desvío en la comunidad de Chumbes por una trocha carrozable de aproximadamente 30 minutos.

La comunidad de Ccaccamarca está aproximadamente a 3000 m.s.n.m, tiene una población de 2300 personas, dedicados íntegramente a la agricultura de tipo estacional. En el poblado se encuentra el Puesto de Salud de Ccaccamarca, jefaturada por una profesional de enfermería egresada de la Universidad Nacional de San Luís de Gonzaga de Ica, acompañados de un obstetra y dos técnicos de salud.

2.4. POBLACIÓN ESTUDIADA: Constituida por 3 trabajadores de salud del Puesto de Ccaccamarca y 4 usuarias voluntarias.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica utilizada fue la entrevista a profundidad, la estrategia de la investigación cualitativa que origina versiones alternativas de hechos humanos (historia social, a partir de las técnicas de entrevista a profundidad no estructurada donde se reconstruye las opiniones, experiencias, anécdotas, eventos, costumbres y relatos), para ello se utilizó como instrumento la guía de entrevista.

2.6. RECOLECCION DE DATOS

El Proceso de recolección de datos se realizó cumpliendo los siguientes pasos:

1. Se gestionó una carta de presentación del Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud para la jefatura del Puesto de Salud de Ccaccamarca.
2. Se solicitó autorización de la Jefa del Puesto de Salud para realizar el trabajo de campo.
3. Se Identificó y sensibilizó a las usuarias y trabajadores del puesto de Salud de Ccaccamarca,
4. Finalmente se realizó la entrevista en profundidad a cada trabajador y usuarios.

2.7. PROCESAMIENTO DE DATOS: Análisis de contenido de la información empírica.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La salud de la población ocupa sin duda, un lugar importante en el desarrollo de una sociedad, brindando los indicadores más sensibles para su evaluación, entre los cuales es posible considerar el nivel de expectativa de vida, la tasa de mortalidad infantil, y de enfermedades contagiosas⁽²¹⁾.

En nuestro país, la situación de salud de los pueblos indígenas presenta un escenario de carencias crónicas, que se reflejan en las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas, generadas entre otros factores, por la falta de financiamiento de insuficiente priorización de programas y servicios de salud, así como en la poca o nula capacidad del personal en aspectos relacionados con las culturas locales, sumándose otros factores adversos, como la discriminación, el analfabetismo, la falta de acceso a los servicios públicos y sociales, el narcotráfico, el deterioro ambiental, entre otros.

El Ministerio de Salud, en el marco de la reforma de salud que viene emprendiendo, ha sustentado a través del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud, la necesidad de establecer una Política Sectorial de Salud Intercultural, con el objeto regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional.

La propuesta busca revalorar los saberes tradiciones en salud de estas poblaciones, reconociendo que sus sistemas de salud se encuentran basados en una cosmovisión propia que se plasma en prácticas e innovaciones culturales específicas, en la transmisión por medios y mecanismos propios, de su patrimonio cultural y en una adecuada provisión de recursos, fruto de una respetuosa y eficiente relación con su entorno, condición que tiene directa repercusión en el acceso a los servicios de salud.

En el Perú y en otros países de la Región, se han desarrollado experiencias previas que demuestran que la inclusión del componente intercultural incrementa el uso de los servicios de salud significativamente, lo que se refleja en una mayor aceptación de la población hacia estos servicios, así como en la mejora en su calidad, que no es más que el producto de la incorporación de saberes tradicionales en salud, basados en evidencias científicas. Como resultado, se logran la revalorización del conocimiento tradicional, elemento sustantivo en las políticas de inclusión social de las comunidades históricamente excluidas⁽⁷⁾.

Para que los servicios de salud sean aceptados por las y los ciudadanos indígenas se deben lograr servicios de salud con interculturalidad.

Para dar un significado amplio de interculturalidad es preciso tener conceptos claros sobre cultura, al respecto, Heise, Tubino, Ardito:

Señalan que la cultura está referida:

“A un conjunto de formas y modos adquiridos de concebir el mundo, de pensar, de hablar, de expresarse, percibir, comportarse, organizarse socialmente, comunicarse, sentir y valorarse a uno mismo en cuanto individuo y en cuanto a grupo. Es intrínseco a las culturas el encontrarse en un constante proceso de cambio”⁽¹⁵⁾.

En la misma dirección Ansion Mallet, refiere que:

“Una cultura es una variedad de sistemas desarrollados por las sociedades humanas como medio de adaptación al ambiente en el cual se vive, como totalidad, un sistema cultural constituye el medio a través del cual el grupo al cual pertenece dicho sistema consigue su supervivencia como una sociedad organizada”⁽¹⁴⁾.

Teniendo como base estos conceptos de cultura, podemos definir el término de interculturalidad, se interroga a los personales de salud sobre este concepto:

Testimonio N° 01:

"La interculturalidad es una actividad o proceso en la cual se tiene que respetar las costumbres alimentarias, las formas de cuidar su salud y de utilizar sus propios tratamientos a base de hierbas, en mi desempeño profesional doy consejos cuyo conocimiento lo tengo desde mis padres, por ejemplo dar agüitas de muña, manzanilla y otros".

Lic. Enfermería, P.S. Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio se puede apreciar que la licenciada en enfermería conoce sobre interculturalidad lo cual implica que aquello favorece positivamente la relación con la población, ya que por ser una comunidad andina muchas de ellas tienen costumbres propias los cuales deben de ser respetadas y de esta manera generar espacios de confianza entre ambas culturas.

Testimonio N°02:

“Me parece que es un término que se refiere a una situación antigua de salud donde primaba el tratamiento con hierbas medicinales. Ahora que tenemos acceso a la medicina moderna, se está olvidando la medicina tradicional, primero porque su efecto no es inmediato, segundo porque la población quiere que los medicamentos hagan su efecto inmediato y que su aplicación sea por única vez”.

Tec.Enfermería, P.S. Ccaccamarca., 2017.

En este testimonio se aprecia que el técnico de enfermería conoce mínimamente el término de interculturalidad lo cual significa una barrera para una buena relación entre profesional de salud y población, se puede notar un menosprecio a sus prácticas, el cual es una conducta intercultural discriminadora.

Se debe de tener presente que la interculturalidad en salud favorece el diálogo de saberes, favorece el saber ancestral y el occidental, propicia el acceso a la igualdad y calidad de la atención.

En la literatura existen varias definiciones de interculturalidad así tenemos:

HASEN NARVAEZ, Nayip, (2012): Se entiende por interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad. Reconociendo que hay espacios de encuentro donde se puede negociar y otros donde se mantiene las especificidades respetando las diferencias , mejorando la salud de la salud de ambos pueblos ,ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales⁽¹¹⁾.

SALAVERRY, Oswaldo (2010): En su investigación refiere 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⁽⁵⁾.

Así mismo, refiere que los términos de interculturalidad en salud, salud intercultural, enfoque o perspectiva intercultural y otros semejantes se han introducido en el discurso y en la práctica de la salud pública en los últimos años, sin que se haya logrado previamente un adecuado consenso sobre su significado, sus diferencias o similitudes e implicancias. Una ya abundante y creciente literatura médico-científica, utiliza estos conceptos y, diversas iniciativas, públicas y privadas, algunas de alcance local y otras de alcance nacional en muy diversos países, afirman fundamentarse en estos conceptos⁽⁵⁾.

Comparando las definiciones de interculturalidad que nos refieren los autores de la literatura con las manifestaciones de los entrevistados se puede ver que coinciden en algunos aspectos, lo que indicaría que los personales de salud conocen sobre el tema pero ¿cuál será su conducta intercultural ante diversas situaciones?

Se entiende entonces como interculturalidad como la conducta cultural para desenvolverse en contextos de relación de culturas.

En este contexto la atención en los establecimientos de salud, refleja una dicotomía existente entre la teoría y la práctica, ya que a pesar de que el personal de salud conoce de interculturalidad, el de atender con flexibilidad cultural, conociendo la cultura de los usuarios, no se evidencia tal

comportamiento, pues no se considera totalmente los aspectos culturales de los usuarios.

Los personales de salud participantes del estudio refieren cierta dificultad en adoptar las creencias y/o costumbres de los usuarios, por lo que se genera en ellos una conducta intercultural negativa, como se puede apreciar en los siguientes testimonios:

Testimonio N°03:

"El Puesto de salud atiende todas la enfermedades, con sus propias medicinas, sin tomar en consideración de que existe la medicina propia de los pobladores campesinas, estas medicinas también son efectivos cuando hay una persona capacitada que lo administre".

Usuaría A, P.S.Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio se aprecia el descontento de la usuaria hacia la conducta del personal de salud ya que refiere que no se toma en consideración sus conocimientos sobre su propia medicina, haciendo sentir al usuario como ignorante, portador de un saber equivocado y excluido.

Testimonio N°04:

"Los usuarios siempre quieren un medicamento con efecto inmediato y no quieren volver para su evaluación, casi siempre vienen después de haber utilizado hierbas que en realidad no los curan".

Tec. Enfermería, Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio muestra claramente que la conducta intercultural del técnico en enfermería es de marginación y menosprecio hacia el conocimiento de los pobladores. Esta actitud indica una supremacía de la medicina occidental o científica sobre la tradicional.

Testimonio N°05:

"Los técnicos trabajadores del Puesto de salud, nos llama la atención por utilizar nuestra medicina propia, ellos creen que en vez de darnos mejoría nos complica, ellos no respetan nuestra medicina propia, argumentando ser una medicina pasada cuyo efecto no está comprobada".

Usuaría B, P.S.Ccaccamarca, 2017.

El testimonio se expresa también claramente el desprecio hacia los conocimientos de los pobladores afirmando que sus conocimientos son pasados de época y no tienen ninguna eficacia, se puede ver así una conducta intercultural negativa hacia los saberes de los pobladores.

Los profesionales de salud conocen las características culturales del usuario, este debería de generar respeto a la diversidad cultural, por lo tanto mejorar la calidad en la atención; los usuarios se sentirán satisfechos, cuando han sido comprendidos como persona, lo que no sucede en este caso.

Testimonio N°06:

"yo no comparto la creencia de que existan plantas medicinales que curen totalmente una enfermedad, pueden calmar sí, pero de allí a curarlas no, prefiero darle medicina para mayor seguridad y evitarme problemas."

Obstetra, p.s.Ccaccamarca, 2017

Se puede apreciar que el personal obstetra del Puesto de Salud de Ccaccamarca no comparte la "creencia" de la usuaria; lo cual influirá notablemente de manera negativa en la calidad de atención, ya que el usuario se sentirá discriminado. La conducta de los personales de salud debería adecuarse a la diversidad cultural de los pacientes que se atiende.

Testimonio N°07:

"...Una madre me dijo: cuando se enferma su hijo ella primero lo pasa con huevo a su cabeza y lo amarra con chumpi, porque puede ser ñati o susto y si lo lleva a la posta le ponen algunas ampollas y se puede morir, si no mejora recién lo lleva a la posta ,pues esa creencia no me parece correcto".

Lic. Enfermería,P.S Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio se puede observar que existe una conducta discriminadora hacia la práctica de la población andina por parte del personal de salud lo cual se verá reflejado en una mala calidad de atención ya que en personal de salud impone un tratamiento médico occidental sin dar oportunidad a la medicina tradicional.

Al respecto en cada uno de estos testimonios descritos se puede afirmar que la conducta intercultural del personal de salud hacia los usuarios de la población de Ccaccamarca es la de una conducta intercultural negativa (indiferente, discriminadora, rechazo). Indiferente por que ignora o limita los conocimientos de la población como si fuera algo simple e insignificante. Discriminadora; ya que se observa un trato desfavorable o de desprecio inmerecido al usuario y de rechazo; como el rechazo a cierto tipo de tratamiento de la medicina tradicional practicado por el usuario. Si bien se respeta los conocimientos de la medicina tradicional en teoría, no se pone en consideración como un recurso en el tratamiento de las dolencias. Lo que se busca es que todos tengamos una Conducta intercultural positiva .Es decir una conducta con Tolerancia, respeto, valoración, aceptación, reconocimiento, solidaridad.

DEGREGORI C.I. Refiere que; Un requisito prácticamente imprescindible para la comunicación intercultural es que haya un cierto interés por culturas distintas de la propia. Por supuesto, no se trata de un interés anecdótico o dirigido a

confirmar nuestros propios valores. Se trata de ver qué puedo aprender de las otras culturas. Frente a los intentos, propios del colonialismo, de modificar las culturas no dominantes para hacerlas lo más próximas posibles a las dominadoras, en la actualidad se busca conocerlas tal y como son. Este cambio de mirada hacia las culturas ajenas también se manifiesta hacia la propia cultura ⁽²⁰⁾.

Según la investigación realizada por VIDAL GIOVE, Fiorella Milagros (2011) en el Hospital Nacional de Lima Metropolitana, refiere que los enfermeros entrevistados en su investigación ,manifiestan no compartir algunas creencias propias de la cultura de los usuarios, como el no de estar de acuerdo con la maldad o brujería que causan enfermedades o al uso de hiervas medicinales, reflejándose también en esta investigación donde el personal de salud conoce teóricamente sobre interculturalidad pero rechazan las creencias, conocimiento de los usuarios, lo cual es una conducta intercultural negativa⁽¹³⁾.

Según SALAVERRY, Oswaldo, la interculturalidad es un concepto en construcción .Esta realidad causa confusión en los profesionales de salud, por limitaciones derivadas de su formación académica tradicional (biomedicina) y por ende una conducta intercultural de discriminación ⁽⁵⁾. En este contexto podemos señalar que los profesionales de salud entrevistados proceden de universidades de la capital, en la cual durante su carrera profesional poco se habla de interculturalidad según refieren, a diferencia de personales técnicos de salud que estudiaron en provincia en la que se observa mayor temática de interculturalidad.

Así mismo, CARMONA ARIAS, Jaibert (2015) .En su investigación: “Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia”. El

cual tuvo por objetivo determinar las concepciones y prácticas del saber ancestral que contribuyen a la interculturalidad en salud en un pueblo indígena en 20 indígenas adultos con diferentes funciones y pertenecientes a pueblo de emberá-chamí de Colombia , llegó a la conclusión de que los aspectos del universo simbólico indígena recogidos en el sistema categorial potencian la interculturalidad en salud y posibilitan un mayor éxito de los programas de prevención de la enfermedad⁽¹²⁾.

Así mismo refiere que la 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 para una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común de los interactuantes⁽¹²⁾.

Los usuarios esperan del personal de salud que entiendan y respeten sus valores culturales y creencias, y que les ayuden de una manera significativa y apropiada. Muchas veces los profesionales de salud en general desconocen o menosprecian los elementos culturales creando un abismo entre el modelo biomédico y el tradicional lo cual repercute en la calidad de atención, brindando de esta manera una atención de ínfima calidad afectando así las relaciones interpersonales.

Todo grupo, incluidos los grupos étnicos, ha estado en relación con otros grupos conformando diferentes tipos de relaciones interculturales caracterizadas por la complementación, la simetría, la equidad, la cooperación, pero también por la competencia, la asimetría, el enfrentamiento, la lucha.

En cuanto a las relaciones interpersonales percibida por los usuarios(as) del P.S.Ccaccamarca relacionado a su cultura por parte del personal de salud refieren:

Testimonio N° 08:

“En nuestro centro de salud nos atienden bien cuando tienen suficiente medicamento pero cuando no hay medicamentos están aburridas como si nosotras tendríamos la culpa, nos dice que tenemos que ir al puesto de Salud de Ocros o a acudir donde un curandero, aquí en Ccaccamarca no hay curandero y si tomamos hierbas medicinales se molestan. La vez pasada cuando yo llegue tarde a la posta me dicen estas horas viene cuando ya estamos cerrando, porque no vienen en horas de atención para atenderlos como debe ser y no apresurados, por eso a veces ya no voy”.

Usuaría C, P.S.Ccaccamarca, 2017.

Testimonio N°09:

“Son buenas, pero a veces como todas, están de mal humor pero casi siempre están con esas ganas de apoyarnos y atendernos con paciencia.se preocupan por nuestros hijos, a veces cuando no podemos llevarlo a su control, nos vienen a buscar a nuestras casas para vacunarlos, dar chispitas, sulfato ferroso”.

Usuaría D, P.S.Ccaccamarca ,2017.

En los testimonios descritos anteriormente los personales de salud no siempre tienen un trato adecuado hacia los usuarios, el trato está en función a la disponibilidad de medicamentos, es evidente que hay discriminación o rechazo a la población campesina .Cuando la usuaria dice que la enfermera esta aburrida significa que no respeta a los pacientes .Así mismo cuando le dicen que van tarde, es una forma de comportamiento abusivo por que no consideran a la población. Esta situación obliga a los usuarios a recurrir a su propia medicina aprendida desde sus padres. La falta de agentes comunales que practican la

medicina intercultural en Ccaccamarca, es una muestra de que la medicina occidental está extinguiendo a la medicina tradicional ,de tal forma que no existe un solo comunero o comunera que practique la medicina tradicional lo que se atribuye a una conducta intercultural discriminador.

Si bien es cierto existen ciertas creencias negativas por parte de los usuarios sobre la medicina occidental, creencia que muchas veces perjudican su salud, el personal de salud está en la obligación de sensibilizar e informar constantemente a la población sobre los beneficios de la medicina moderna, para que de esta manera cambien su forma de pensar e integren la medicina occidental y la tradicional. Un usuario que desconoce los beneficios obviamente lo rechazara generándose conflictos interculturales.

La consideración de los aspectos culturales de la población rural y un trato amable, empático constituye elementos claves para promover la utilización o concurrencia a los establecimientos de Salud, ya que de lo contrario no acudirán.

Tal como se menciona en los siguientes testimonios:

Testimonio N°10:

" No todas las madres acuden al establecimiento de salud porque dicen que las vacunas no son importantes como también las chispitas y el sulfato ferroso, qué estos los vuelven tontos con el tiempo, refieren que nunca a ellos les han vacunado cuando eran niños y que ahora están sanos y no tienen problemas de salud en consecuencia tenemos niños con anemia ,bajo peso y desnutrición porque sus padres; no entienden, no acuden al puesto de salud ,nosotros cuando hacemos la visita domiciliaria les damos las chispitas y sulfato ferroso, sensibilizamos y orientamos sobre la importancia de estos insumos pero ellos se resisten a darles a sus hijos ;ya que ellos no lo necesitaron y están bien de salud, esa es su costumbre, su cultura, lo cual dificulta nuestro trabajo como personal de salud. Algunas veces les llamamos la atención por

la actitud que toman algunas madres con sus niño, yo respeto su cultura pero no me parece favorable para su salud.”

Lic. Enfermería, P.S.Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio se puede apreciar que el personal de salud tiene discrepancias en cuanto a las costumbres, creencias o cultura de las madres que repercute en la atención diaria, por falta posiblemente de una correcta sensibilización e información hacia los usuarios que se niegan a cumplir con las atenciones en salud de sus menores hijos , por lo que el personal de salud está en la obligación de sensibilizar e informar a los usuarias sobre los beneficios de la medicina occidental sin discriminar sus conocimientos tradicionales, ya que de lo contrario las usuarias no retornaran a sus controles posteriores.

Testimonio N°11:

“Tenemos reuniones con la comunidad cada semana, sin embargo Casi nunca hablamos sobre interculturalidad en salud”

Lic. Enfermería, P.S.Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio se puede confirmar que el personal de salud desvaloriza los conocimientos culturales de sus usuarios ya que en sus reuniones casi nunca hablan de interculturalidad. La falta de información adecuada a la población es parte de una conducta de marginación y por ende una dificultad para el personal de salud, el cual continuará, si no se toma importancia a la interculturalidad con respeto y no solo una mera tolerancia.

En los últimos años, tanto en ámbitos nacionales como internacionales, debido a los motivos expuestos se han planteado propuestas sobre educación en valores como la tolerancia y el respeto. Si es que los miembros de un grupo no asumen una conducta de tolerancia hacia la diversidad cultural sería imposible mantener una relación intercultural.

Aun así la tolerancia no es el único requisito para lograr una conducta intercultural positiva, es necesario también el respeto mutuo para asegurar una relación intercultural positiva y duradera.

Testimonio N°12:

“Nosotros del campo de día nos vamos a la chacra y a veces nos hacemos tarde para ir a la posta para llevar a nuestros hijos para su control, ellos se molestan y nos hacen esperar para atendernos y al atendernos no nos prestan atención algunas veces”

Usuaría A, P.S.Ccaccamarca.2017

Testimonio N°13:

“La semana pasada cuando fui a la posta estaba cerrado, Había un aviso donde decía que el personal salió a realizar visita domiciliaria, me tuve que ir. Volví otro día y no me quería atender refiriendo que ya me había pasado a mi cita. Además que ya era tarde, tenía que rogar para que me atendiera porque yo vivo lejos.”

Usuaría B, P.S.Ccaccamarca.2017

En estos testimonios se puede observar claramente que el personal de salud no es tolerante con la usuaria, al decir me hace esperar para atenderme es una forma de maltrato, no existe respeto. Las poblaciones campesinas tienen como principal actividad la agricultura y ganadería la cual obliga a los pobladores permanecer fuera casi todo el día de sus hogares, el personal de salud debe implementar estrategias para adecuarse a la realidad de la comunidad en la cual trabaja y tener una actitud tolerante con las usuarias(os), teniendo en cuenta siempre la educación hacia los pacientes.

Testimonio N°14:

"Karupi yachaspa puntata hampicuniku qorakunanwan, chayhantaña Puesto de Saludman riniku, Chaymi mana gustancho enfermerakunata, Puntata kayma qamuychik, kaypim kan moderno qampikuna".

Usuaría C, P.S.Ccaccamarca,2017.

Una de las dificultades de algunos usuarios para acudir al establecimiento de salud es la distancia, el cual no es accesible por vivir en lugares alejados.

El presente testimonio nos permite apreciar que el trato es de marginación a las usuarias que viven en lugares distantes del Puesto de Salud, la usuaria hace referencia de que en un inicio de la enfermedad solo se trata con plantas medicinales y ya luego va al puesto de salud por que vive lejos .Así mismo refiere que antes solo se trataban con plantas medicinales y ahora no tiene reconocimiento esos conocimientos, por lo que ella se queja de un trato de marginación en cuanto al uso de plantas medicinales y al maltrato en algunas ocasiones por parte del personal de salud.

Al respecto, la medicina llamada moderna, la que se enseña en las universidades y se practica hoy en las clínicas y hospitales, ha crecido mucho en los últimos 100 o 150 años, principalmente debido a la incorporación de nuevas tecnologías que han incrementado enormemente la eficacia de las intervenciones médicas. Las radiografías, ecografías y tomografías computadas, todas técnicas que permiten «ver el cuerpo humano vivo por dentro», son un buen ejemplo de cómo las nuevas tecnologías han revolucionado todos los campos de la medicina. Otra estrategia que ha resultado muy exitosa es la vacunación, que cuando es usada en forma estratégica y masiva ha conseguido erradicar enfermedades epidémicas muy graves como la poliomielitis o la tuberculosis ⁽²⁹⁾.

Según la investigación realizada por VIDAL GIOVE, Fiorella Milagros (2011) en el Hospital Nacional de Lima Metropolitana ,se asemeja a este testimonio donde indica que el tratamiento médico, es incompatible con la medicina tradicional propia de la cultura de los usuarios ,así refieren la mayoría de los participantes en el estudio quienes consideran el tratamiento como muy rígido ,al no permitir otros tipos de curación ,salvo lo indicado por el médico ,negando el uso de hierbas medicinales, pasar el huevo, entre otros. Por lo que los usuarios realizan otras formas de curación sin consultar al personal de salud al notar que existe rechazo hacia sus creencias ⁽¹³⁾.

Según el manual de sensibilización para el personal de salud en interculturalidad, refiere que para lograr una relación intercultural positiva es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos: a) En toda comunicación intercultural es importante escuchar con atención a los usuarios. b) Es importante para expresarnos mejor dejar de lado los estereotipos y prejuicios hacia la otra cultura. c) La comunicación intercultural se logra cuando uno entiende y es entendido. d) Para resolver cualquier conflicto intercultural es importante la comunicación ⁽⁸⁾.

COAQUERA MAYTA, Adaliz (Perú-Tacna; 2009).En su investigación titulada “Aplicación del enfoque intercultural en la calidad de atención del profesional de enfermería del C.S.San Francisco-Tacna”. Se halló que, el 51.0% de los(as) usuarios(as) perciben un nivel bajo de satisfacción con la atención recibida por los profesionales de enfermería Asimismo se halló que el mayor porcentaje de la percepción en la calidad de atención es baja cuando el enfoque de interculturalidad aplicada por el profesional de enfermería también es baja ⁽⁶⁾.

Así mismo otro instrumento importante para asegurar una buena atención y por consiguiente un trato adecuado hacia a la población indígena es el idioma; el

cual es necesario para entender la cultura de los usuarios y satisfacer las necesidades básicas y evitar de esta manera una discriminación innecesaria por consiguiente generar una conducta intercultural positiva. El idioma es crucial para una establecer una relación interpersonal adecuada.

En relación al idioma se tiene los siguientes testimonios referidos por el personal de salud y usuario:

Testimonio N°15:

“Tuve problemas con la enfermera porque poco me entiende cuando hablo quechua y no la entiendo mucho lo que me da indicaciones del medicamento, para ir a la posta tengo que llevar a mi nieta para que ella entienda y le explique los dolores que yo tengo y así me pueda dar medicamento según mis dolencias para estar bien de salud. Si no está mi nieta voy sola y no entiendo mucho”.

Usuaría B, P.S.Ccaccamarca, 2017.

Testimonio N°16:

“No hablo quechua, entiendo poco porque la población de aquí hablan quechua, mayormente personas adulto mayores, con ellos tengo problemas de comunicación, con gestos trato de entenderlos pero se me es difícil”.

Lic.Enfermería, P.S.Ccaccamarca, 2017.

En los testimonios descritos anteriormente se observa que no existe una buena comunicación ya que tanto el personal de salud y usuario no utilizan el mismo idioma lo cual es una gran barrera para el entendimiento, sin embargo no debe ser motivo para desatender a los pacientes eso debería resolverse con interprete y de no ser así es una conducta no respetuosa con la población usuaria.

En relación a la comunicación de una persona que no utiliza el mismo lenguaje, tal como expresa la Licenciada Jefe del Puesto de Salud de Ccaccamarca, es posible comprenderse mediante la comunicación no verbal, si bien no será al

100% integral, pues existe la posibilidad de equivocarse o de entender conceptos parecidos o equivocados.

En relación al testimonio, la conducta intercultural es de desconocimiento de la normas de salud intercultural y especialmente del Decreto Supremo **Nº 016-2016-SA** sobre políticas de Salud de la cual señalamos algunos de importancia:

Artículo 1°

La Política Sectorial de Salud Intercultural tiene por objeto regular las acciones de salud intercultural en el ámbito nacional, a fin de lograr la atención de salud como un derecho humano, que favorezca la inclusión, igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, garantizando el ejercicio del derecho a la salud de los pueblos indígenas u originarios, andinos y amazónicos y de la población afroperuana.

Del Alcance

La Política Sectorial de Salud Intercultural es de aplicación obligatoria en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud públicos: Establecimientos de salud a cargo del Instituto de Gestión de Servicios de Salud-IGSS, del Ministerio de Salud, de los Gobiernos Regionales (Direcciones Regionales de Salud – DIRESA y/o Gerencia Regionales de Salud - GERESA o las que cumplan su función), Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud - Es Salud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú. Así como para las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas y otros prestadores que brinden atención de salud en todo el país⁽⁷⁾.

Los seres humanos hemos sido socializados en una determinada comunidad lingüística en la que adquirimos unas competencias comunicativas. Si entramos

en contacto con personas que hablan una lengua distinta deberemos establecer una lengua común para interactuar.

Según el MODULO TÉCNICO DE ATENCIÓN EN SALUD con pertinencia Intercultural, refiere que se debe identificar en el servicio de salud al personal que es bilingüe para que haga las veces de traductor, en caso no hubiera, identificar a una promotora de salud que haga las veces de traductor. Las interacciones entre personas de diversas culturas hacen necesario que se comuniquen entre ellos, teniendo cada uno idioma, códigos no verbales, concepción del mundo y pensamientos diferentes, pueden traer malentendidos, entonces para que se logre la comunicación intercultural eficaz, debemos entender y ser entendidos.⁽⁶⁾

Las dificultades del sistema de salud para encontrar profesionales que hablen lenguas indígenas complican aún más la situación. La barrera comunicacional entre los prestadores de asistencia sanitaria y la población indígena limitan el acceso a una atención de calidad. Por otro lado, el temor y la desconfianza hacia los trabajadores de la salud, causados muchas veces por prejuicios, discriminación o diferencias culturales, impiden a menudo que los indígenas busquen en el sistema de salud la atención que necesitan. Un informe reciente sobre la salud de los pueblos indígenas en el Perú revela un escenario de carencias crónicas en el financiamiento de los programas y servicios de salud, a lo que se suma la poca o nula capacitación del personal en aspectos relacionados con las culturas locales, para citar hechos como los médicos destacados en zonas rurales, sin incentivos y frente a duras condiciones de trabajo, lo que hace que quieran abandonar lo antes posible dichos puestos de trabajo⁽⁷⁾.

VIDAL GIOVE, Fiorella Milagros (2011), en su trabajo de investigación, refiere que los enfermeros entrevistados refirieron desconocer el idioma quechua al igual que el personal de enfermería en nuestra investigación, la cual dificulta una buena atención; así mismo en la investigación de Vidal , los entrevistados consideran necesario el idioma para conocer la cultura de los usuarios y satisfacer sus necesidades básicas e indican lo importante y necesario la enseñanza del idioma quechua a nivel universitario, durante la formación profesional⁽¹³⁾.

Testimonio N°17:

Personalmente yo sé hablar quechua y entiendo perfectamente, por eso tenemos que advertir los usuarios para que antes de utilizar las hierbas y procedimientos propios de ellos, acudan al Centro de Salud. Me parece que no entienden y casi siempre acuden con complicaciones graves, y nosotros tenemos que atenderlo o derivarlos".

Tec. Enfermería, P.S.Ccaccamarca, 2017.

En el presente testimonio se aprecia que el personal de salud habla y entiende el idioma quechua pero sin embargo desvalora los conocimientos de los usuarios, considerando que el uso de sus propias medicinas les genera complicaciones. Es imprescindible tener una lengua común en la que podamos comunicarnos. Esta competencia lingüística es una condición necesaria, pero no suficiente para una óptima comunicación intercultural⁽⁵⁾.

ARDITO, Wilfredo refiere: La comunicación interpersonal no es simplemente una comunicación verbal, la comunicación no verbal (espacial, táctil, etc.) tiene una gran importancia. Es decir, que no es suficiente conocer un idioma, hay que saber también, por ejemplo, el significado de la comunicación gestual del interlocutor. Además hay que recordar que la comunicación no es un simple

intercambio de mensajes que tienen un sentido incuestionable. Un mismo discurso puede tener distintos niveles de lectura que sólo las personas que conozcan bien la cultura pueden alcanzar⁽¹⁶⁾.

La comunicación intercultural no sólo supone comunicarse con otras culturas sino también hacer el esfuerzo de repensar la propia cultura. Un requisito prácticamente imprescindible para la comunicación intercultural es que haya un cierto interés por culturas distintas de la propia. Por supuesto, no se trata de un interés anecdótico o dirigido a confirmar nuestros propios valores. Se trata de ver que puedo aprender de las otras culturas⁽²⁰⁾.

La comunicación intercultural es el medio por el cual las personas intercambian ideas, conocimientos, permite que las personas de distintas culturas pueda hacer conocimiento de sus necesidades, inquietudes. Las formas de pensar, sentir y actuar de distintas comunidades de vida estarán más o menos próximas unas de otras porque compartan, por ejemplo, la lengua o algunos elementos de sus estilos de vida. Evidentemente cuantos más elementos de la vida compartan más sencilla será la comunicación entre ellas. Para una eficaz comunicación intercultural es necesario, por un lado, una nueva competencia comunicativa y, por otro lado, un cierto conocimiento de la otra cultura.

No solo es necesario comprender su cultura sino valorizarla; para lograr una buena comunicación el idioma juega un papel importante en este aspecto. Es así que podemos afirmar que el idioma es uno de los problemas más comunes, tanto para los usuarios y personal de salud. Que al no comprenderse, con frecuencia evitan la comunicación verbal, con lo que se agravará la actitud de aislamiento, generando una conducta intercultural negativa, discriminadora por parte del personal de salud.

El trato del personal de Salud, si bien es cierto que atienden con cierta amabilidad, pero en el fondo marginan el conocimiento sobre la salud de los usuarios, en consecuencia la conducta es desconocimiento de interculturalidad. Es de conocimiento general que la información que usan para estudiar está en la medicina tradicional, conocimientos generados y preservado durante cientos de años.

Expresamos que la interculturalidad en salud no es una práctica constante en la comunidad de Ccaccamarca, por el contrario se impone el tratamiento con la medicina occidental u oficial. No se pone en práctica lo dispuesto en el decreto de la Política de salud Intercultural en el Perú; lo que ha venido funcionando es una serie de dispositivos legales que ha intentado, con poco éxito, normar un campo de acciones orientadas a articular la medicina oficial con las necesidades de salud de la población indígena tolerando su cosmovisión y su modelo de sanación. La interculturalidad en salud está bajo la supremacía de la medicina oficial, existe los llamados diálogos de interculturalidad en teoría, sin llegar a la práctica.

Testimonio N°18:

"...En este puesto de Salud. No podemos hacer lo que no disponen las autoridades. Efectivamente tenemos reuniones semanales con la población para tratar sobre problemas de salud, campañas y otros, sin embargo nunca se ha hablado sobre la salud intercultural"

Tec. Enfermería, P.S.Ccaccamarca, 2017.

Según este testimonio el personal de salud que se tienen que hacer cumplir las disposiciones de las autoridades inmediatas, lo que demuestra que la medicina occidental se impone desde la administración de salud, no se le da oportunidad a la medicina tradicional, por lo que deducimos que la conducta intercultural y relación intercultural es negativa.

Al respecto existen investigaciones que afirman que la articulación de la medicina tradicional y occidental mejora la calidad de vida y la relación interpersonal entre usuario y personal de salud como se menciona en los siguientes trabajos de investigación:

ALVAREZ DIAZ, Nancy Andrea (Chile; 2005). En su investigación titulada: “Interculturalidad en salud y desarrollo de comunidades *mapuche*”. En un estudio de Caso en *Makewe Pelale*. Reporta la experiencia del Hospital *Makewe*, que implementa un modelo de atención en salud complementaria, que integra los saberes y recursos tradicionales de la sociedad *mapuche*, con el conocimiento y terapéuticas científico-occidentales. Los objetivos de esta experiencia complementaria en salud son: mejorar la calidad de la atención en salud para el territorio asignado y contribuir a mejorar la calidad de vida de la población del sector, a través del fortalecimiento de la identidad cultural mapuche ⁽¹⁰⁾.

Así mismo; HASEN NARVAEZ, Felipe Nayip (Chile; 2012). En la investigación titulada: “Interculturalidad en Salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena”. Los servicios del sistema de salud inmersos en territorios con alta presencia de Comunidades mapuche, se adecuan a la idiosincrasia cultural de esta población. ⁽¹¹⁾

CARDONA ARIAS, Jaibert Antonio; RIVERA PALOMINO, Yennifer; CARMONA FONSECA, Jaime (Colombia; 2015). En la investigación titulada: “Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia”. Tuvo por objetivo determinar las concepciones y prácticas del saber ancestral que contribuyen a la interculturalidad en salud en un pueblo indígena. Los resultados: mostraban la articulación entre la etnomedicina y la biomedicina, expresión de la interculturalidad. Conclusión: Los aspectos del universo simbólico indígena

recogidos en el sistema categorial potencian la interculturalidad en salud y posibilitan un mayor éxito de los programas de prevención de enfermedad y promoción de salud.⁽¹²⁾

El sector salud tiene instrumentos para poner en práctica la interculturalidad en salud, los llamados "Diálogo Intercultural", lo que significa el intercambio equitativo, así como el diálogo entre las civilizaciones, culturas y pueblos, basados en la mutua comprensión y respeto y en la igual dignidad de las culturas, son la condición *sine qua non* para la construcción de la cohesión social, de la reconciliación entre los pueblos y de la paz entre las naciones. El diálogo intercultural es facilitar un intercambio que lo pone todo sobre la mesa: nuestras diferencias, nuestros diferentes valores, nuestros diferentes lenguajes; convivir juntos desde el respeto y realmente entender y respetar a los demás". La interculturalidad se produce cuando diversas culturas entran en contacto de una manera igualitaria, es decir, de modo que ninguna de las dos culturas se sobreponga a la otra. El diálogo intercultural trata de encontrar soluciones a los conflictos entre dos o más culturas a través de la comunicación y el respeto, así que es importante que ambas partes estén en igualdad de condiciones y tengan la oportunidad de expresarse desde un mismo nivel. Estos diálogos permiten el acercamiento y articulación de la medicina tradicional, la demanda de los pobladores y la oferta del estado, permitiendo la obtención de un mayor conocimiento sobre los recursos medicinales tradicionales y el entendimiento de los síndromes culturales⁽¹⁶⁾.

Para conseguir que el diálogo intercultural sea posible, es fundamental que seamos capaces de tener una visión abierta sobre otras culturas, creer en el diálogo como la mejor solución a los problemas derivados de las relaciones sociales y respetar los derechos de todos los ciudadanos. Ante esta dificultad,

para empezar a adentrarnos en materia, lo único que queremos dejar claro es que lo más importante para entender un concepto tan abstracto y que lo engloba todo en el ámbito de la interacción entre culturas es la actitud abierta y respetuosa que debemos tomar respecto a estas relaciones.

En este contexto, el presente estudio se sustenta sobre la hipótesis de que una estrategia de salud que articule el conocimiento tradicional de la comunidad en salud con el sistema nacional implementado, tendería a mejorar en forma integral la calidad de vida de la comunidad local generando una conducta intercultural positiva del personal de salud y disminuyendo brechas por ende dificultades que cotidianamente se presentan por no conocer o desvalorizar la cultura de un pueblo.

La presente investigación analiza, a través de un estudio cualitativo, la percepción real de la comunidad de Ccaccamarca del Distrito de Chumbes, que en suma proponen la integración del conocimiento popular en salud con los conocimientos de medicina occidental propuesto en la política de salud del ministerio de Salud.

Así a pesar de que en esta investigación los personales de salud refirieron la importancia de interculturalidad poco lo hacen en la práctica, ya que en sus actividades diarias no reflejan esa atención con calidad, calidez y respeto a la cultura del usuario que es la base para generar confianza entre ambas culturas, con el objetivo único de mejorar la salud de toda la población del Perú y el mundo.

Habrá interculturalidad en salud cuando se valoren los conocimientos ancestrales y no solo se trafiquen con ellos. Cuando aprendan el runasime y hagan uso de él y que en los conocimientos que imparten en las instituciones

formadoras de recursos humanos, estén presentes los enfoques de los pueblos indígenas al lado de los enfoques no andinos. En conclusión habrá interculturalidad cuando se ponga en práctica una interculturalidad positiva es decir cuando exista tolerancia, aceptación, valoración, respeto, reconocimiento, solidaridad hacia la otra cultura. Dejando de lado una conducta intercultural negativa; es decir discriminación, indiferencia, rechazo, desvalorización.

CONSIDERACIONES FINALES

1. La conducta intercultural del personal de salud hacia los usuarios de la población de Ccaccamarca es la de una conducta intercultural negativa: indiferente discriminadora y de rechazo. Si bien se respeta los conocimientos de la medicina tradicional, no se pone en consideración como un recurso en el tratamiento de las dolencias.

2. La relación intercultural en salud entre los usuarios y los trabajadores del Puesto de Salud de Ccaccamarca es mínima o nula, principalmente porque se margina al campesino, se respeta sus costumbres en teoría, sin embargo no se toma en consideración su cultura o los conocimientos sobre salud, en consecuencia la relación es de predominio de la medicina oficial u occidental o científica. La interculturalidad en salud está bajo la supremacía de la medicina oficial, existe los llamados diálogos de interculturalidad en teoría, sin llegar a la práctica.

3. En cuanto a las relaciones humanas; algunos usuarios percibieron un trato no adecuado por parte del personal de salud, por lo que manifiestan que algunas veces no acuden al establecimiento por esta razón.

4. Se evidencia dificultades en relación al idioma, ya que no todo el personal de salud habla y entiende quechua, lo mismo sucede con algunos usuarios. Esta barrera comunicacional entre los prestadores de asistencia sanitaria y la población indígena limitan el acceso a una atención de calidad. En el Perú ser analfabeto, pobre, campesino o no hablar castellano siempre genera discriminación, directa o indirecta.

RECOMENDACIONES

1. Al Gobierno Regional de Ayacucho, mediante su Sub Gerencia, realizar acciones para dar cumplimiento de La Política Sectorial de Salud Intercultural el cual es de aplicación obligatoria en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud. De esta manera gestionar consultorios de salud intercultural en los establecimientos de salud, así mismo gestionar programas de capacitación sobre interculturalidad en salud para los personales de salud a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto por decreto ley.

2. A la Escuela de Formación Profesional de Enfermería, fortalecer asignaturas relacionadas con interculturalidad; asimismo generar espacios de discusión, sensibilización para mejorar la actitud de los estudiantes de enfermería desde el pregrado el cual será crucial en su profesión.

3. A los estudiantes de Enfermería, realicen investigaciones relacionadas al tema, que puedan ser ampliadas y profundizadas. De tal manera que se obtengan resultados y propuestas orientadas a mejorar las relaciones interculturales y adoptar una conducta intercultural positiva.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. DIARIO LA REPUBLICA. Perú un país intercultural. Redacción R.L; Perú, Enero del 2016.
2. CETTI A. La salud intercultural mapuche a través del tamiz de la gubernamentalidad. Un estudio de caso [Internet]. Ponencia presentada en: 3ras Jornadas de historia de la Patagonia; 6-8 noviembre 2008; Bariloche, Argentina. [citado 5 febrero 2012]
3. RAMÍREZ Hita S. Salud intercultural. Crítica y Problematización a partir del contexto boliviano. La Paz: ISEAT; 2011.
4. NORMA Y GUIAS TECNICAS en salud indígena en aislamiento y contacto inicial. Lima; 2009.
5. SALAVERRY Oswaldo. Interculturalidad en salud. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. K 2010 Mar; 27(1): 80-93.
6. COAQUERA MAYTA, Adaliz. Tesis: Aplicación del enfoque intercultural en la calidad de atención del profesional de enfermería del C.S. San Francisco-Tacna. Perú, 2009.
7. DIARIO EL PERUANO. Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural. Decreto Supremo N° 016-2016- SA.Peru, 2016.
8. Manual de Sensibilización para el Personal de Salud. Interculturalidad en Salud.UNFPA.Peru.2010.
9. PALOMINO LEIVA, Martha Liliana. El diseño de un proyecto de investigación cualitativa, Colombia, 2010.
10. ALVAREZ DIAZ, Nancy Andrea. Interculturalidad en Salud Y Desarrollo De Comunidades Mapuche: Tesis Presentada para optar al Grado de Magíster en Gestión en Desarrollo Rural y Agricultura Sustentable. Temuco, Chile, 2005.
11. HASEN NARVÁEZ Felipe Nayip. Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena. Cienc. enferm. [Internet].Chile, 2012.
12. CARMONA-FONSECA Jaime. Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia. Rev Cubana Salud Pública.Colombia, 2015.

13. VIDAL GIOVE, Fiorella Milagros .Significado que le concede el profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural en un Hospital Nacional de Lima. Perú, 2011.
14. ANSIÓN MALLETT, Juan y ZÚÑIGA Madeleyne. Interculturalidad y educación en el Perú. Documento de Trabajo. Foro Educativo. Lima-Perú, 2009.
15. HEISE, María; TUBINO, Fidel y Wilfredo ARDITO. Interculturalidad: un desafío. CAAAP, Lima-Perú, 1994.
16. ARDITO, Wilfredo. Basta ya de racismo en el Perú: Ideemail N° 379.Peru, 2004.
17. SERVINDI. Interculturalidad: Desafío y Proceso en Construcción.
18. MENÉNDEZ, E. L. "Modelos de atención de los padecimientos de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En, SPINELLI, H. (Comp.): Salud Colectiva. Cultura, instituciones, subjetividad. Pp. 11-48 Edit. Lugar, Buenos Aires (también en Ciencia Colectiva vol.8 (1) pp. 185-208, Rio de Janeiro, 2003.
19. ALARCÓN, A. M. "Desarrollo, salud y sistemas de salud pluralistas". Doc. De Trabajo. Departamento de Antropología. Storrs: Universidad de Connecticut.EE.UU, 2001.
20. DEGREGORI C. I. Panorama de la antropología en el Perú. Del estudio del otro a la construcción de un Nosotros diverso. En: Degregori CI (ed.) No hay país más diverso. Compendio de Antropología peruana. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú; 2009.
21. HUENCHULAF, Mauricio. La salud debe ser "entendida como equilibrio entre las fuerzas buenas y malas que viven en nuestro mundo." Confróntese: OPS, OMS. Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: hacia una Política Nacional Intercultural en Salud. OPS, 1998.
22. MENÉNDEZ, E. La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Edición Bellaterra, Barcelona, 2001.
23. CARREAZO PARIASCA J. Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario. Pediatría N° 6. Cajamarca, 2004.
24. RAMÍREZ Hita S. La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. *Salud Colectiva* .Perú, 2009.

25. RAMÍREZ Hita S. Salud intercultural. Crítica y Problematicación a partir del contexto boliviano. La Paz: ISEAT; Bolivia, 2011.
26. XIAORUI Zhang. Medicina tradicional, Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica (EDM) OMS/Ginebra.
27. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional. OPS/OMS, Ginebra, 2002.
28. ICOCHEA MARTEL, Georgina. Medicina Tradicional y Enfermería intercultural en Ayacucho. Naokim Editores, I Ed. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho-Perú, 2006.
29. MENDIVEL VALDEZ, Fernando. Medicina tradicional. Publicado Mar26th, 2009.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE ENFERMERIA

GUÍA DE ENTREVISTA



PRESENTACIÓN: Nosotras somos estudiantes de enfermería de la UNSCH, estamos realizando un estudio de investigación para determinar la conducta intercultural del personal de salud con respecto a los usuarios del P.S. Ccaccamarca. Por lo que agradezco su gentil participación en esta entrevista.

GUIA DE ENTREVISTA PARA PERSONAL DE SALUD:

1. ¿Qué profesión tiene usted?
2. ¿Qué es para Ud. Interculturalidad?
3. ¿Tiene problemas con las costumbres o creencias en salud de los usuarios?
4. ¿Es fácil atender a la población analfabeta o crea dificultades?
5. ¿Tiene problemas de comunicación por el idioma?



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE ENFERMERIA
GUÍA DE ENTREVISTA

PRESENTACIÓN: Nosotras somos estudiantes de enfermería de la UNSCH, estamos realizando un estudio de investigación para determinar la conducta intercultural del personal de salud con respecto a los usuarios del P.S. Ccaccamarca. Por lo que agradezco su gentil participación en esta entrevista.

GUIA DE ENTREVISTA PARA USUARIO:

1. ¿Cuándo se enferma acude al Establecimiento de Salud?
2. ¿El personal de salud respeta sus creencias o costumbres en salud?
Cuénteme sus experiencias
3. ¿Las veces que fue al EE.SS. le trataron bien? ¿Son buenas o aburridas?
Cuénteme.
4. ¿La hacen esperar para poder atenderse en la posta? ¿Por qué razón?
5. ¿Tiene problemas de comunicación por el idioma?



Fotografía N°1: jefa del P.S.Caccamarca Lic. En enfermería en el frontis del puesto de salud; 18 de agosto del 2017.



Fotografía N°2: tesista en el frontis del puesto de salud de Ccaccamarca; 18 de agosto del 2017.



Fotografía N°3: tesista y una participante del estudio en el puesto de salud de Ccaccamarca; 18 de agosto del 2017.



Fotografía N°4: tesista y una participante del estudio en el puesto de salud de Ccaccamarca; 18 de agosto del 2017.



Fotografía N°5: Madre de familia participante del estudio durante la entrevista realizada por las investigadoras. Noviembre del 2017



CONDUCTA INTERCULTURAL DE LOS TRABAJADORES DE SALUD RESPECTO A LOS USUARIOS DEL PUESTO DE SALUD DE CCACCAMARCA, OCROS, HUAMANGA, AYACUCHO, 2017.

Bach. HUANACHIN CONGA Miriam. Bach. PARIONA YAIRIMO, Vilma.

RESUMEN:

El presente estudio pretende mejorar la calidad de vida de la población como estrategia de resolución de problemas sanitarios en contextos socioculturales y étnicos en los que coexisten una pluralidad de sistemas y concepciones relativos a la salud y a la enfermedad. Objetivo: determinar la conducta de interculturalidad en salud de los trabajadores del Puesto de salud de Ccaccamarca respecto a los usuarios de esta comunidad. Enfoque: cualitativo, aplicando el método etnográfico y tomando como técnica de recolección de datos la entrevista a profundidad, y utilizando como instrumento la guía de entrevista, una grabadora. Consideraciones Finales: El trato del personal de salud a los usuarios en el ámbito de interculturalidad es indiferente. Si bien se respeta los conocimientos de la medicina tradicional, no se pone en consideración como un recurso en el tratamiento de las dolencias.

PALABRAS CLAVE: Interculturalidad en salud

SUMMARY:

The present study aims to improve the quality of life of the population as a strategy for solving health problems in sociocultural and ethnic contexts in which a plurality of systems and conceptions related to health and disease coexist. With the objective of determining the intercultural behavior in health of the workers of the health post of Ccaccamarca and the users of this community. Through a qualitative approach study, applying the ethnographic method and using the data collection technique as an in-depth interview, using a recorder as an instrument. Final Considerations: The treatment of health personnel to users in the field of interculturality is indifferent. Although the knowledge of traditional medicine is respected, it is not considered as a resource in the treatment of ailments.

KEYWORDS: Intercultural health.



INTRODUCCION

El Perú todavía necesita aprender a vivir su diversidad cultural de manera constructiva y democrática. Aunque las nociones de multiculturalidad e interculturalidad son ya, desde hace décadas, valores asentados en el consenso democrático internacional, el Estado peruano y buena parte de la sociedad se resisten a asumirlos ⁽¹⁾.

En este contexto se entiende por interculturalidad como una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales ⁽²⁾.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) incorporó el concepto de interculturalidad como estrategia para mejorar la atención primaria de las poblaciones originarias o pueblos indígenas, en base a los deficientes índices epidemiológicos y su baja esperanza de vida.

En el 2004, el Ministerio de Salud (MINSA), estableció las Estrategias Sanitarias Nacionales, entre ellas, la de "Salud de los Pueblos Indígenas" encargando su diseño e implementación al Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI). Ejecutar una Política Intercultural en un país como el nuestro donde existe una amplia diversidad, no solo aborígen sino también foránea, en un contexto de grandes desigualdades sociales, es una tarea que escapa de los límites del sector salud debido a su enorme carga social y esencia revolucionaria ⁽⁴⁾.

La interculturalidad en salud se puede definir como la conducta cultural, un proceso que acontece entre usuarios y salubristas en zonas indígenas o nativas. Las relaciones negativas existentes, obligan a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de estas relaciones; entre Centro de Salud y usuarios, entre conocimientos, prácticas institucionales y populares de atención.

En este contexto, se realizó el estudio de la conducta intercultural de los trabajadores de salud de la comunidad de Ccaccamarca respecto a los usuarios, con el propósito de describir las conductas interculturales. Por lo referido se planteó el problema de investigación de la siguiente manera:

¿Cuál es la conducta intercultural de los trabajadores de salud respecto a los usuarios del puesto de salud de Ccaccamarca del distrito de Ocros, Huamanga, Ayacucho, 2017?

Planteamos como objetivos:

Objetivo general:

- Determinar las características de la conducta intercultural de los trabajadores de salud respecto a los usuarios del Puesto de Salud de Ccaccamarca del distrito de Ocros, Huamanga, Ayacucho, 2017.

Objetivos específicos:

- Identificar la conducta intercultural de los trabajadores de salud respecto a los usuarios de la comunidad de Ccaccamarca, Ocros, Huamanga.

- Describir las relaciones humanas cotidianas de los trabajadores de salud frente a los pobladores de Ccaccamarca, Ocros, Huamanga.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación realizada fue de enfoque Cualitativo, método etnográfico; la población estudiada estuvo constituida por 3 trabajadores de salud del Puesto de Ccaccamarca y 4 usuarias voluntarias, la técnicas e instrumentos de recolección de datos fue la entrevista a profundidad no estructurada, para ello se utilizó como instrumento la guía de entrevista.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el Perú y en otros países de la Región, se han desarrollado experiencias previas que demuestran que la inclusión del componente intercultural incrementa el uso de los servicios de salud significativamente, lo que se refleja en una mayor aceptación de la población hacia estos servicios, así como en la mejora en su calidad, que no es más que el producto de la incorporación de saberes tradicionales en salud.

Teniendo como base conceptos de cultura, podemos definir el término de



interculturalidad, se interroga a los personales de salud sobre este concepto:

Testimonio N° 01:

"La interculturalidad es una actividad o proceso en la cual se tiene que respetar las costumbres alimentarias, las formas de cuidar su salud y de utilizar sus propios tratamientos a base de hierbas, en mi desempeño profesional doy consejos cuyo conocimiento lo tengo desde mis padres, por ejemplo dar agüitas de muña, manzanilla y otros".

Lic. Enfermería, P.S. Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio se puede apreciar que la licenciada en enfermería conoce sobre interculturalidad lo cual implica que aquello favorece positivamente la relación con la población, ya que por ser una comunidad andina muchas de ellas tienen costumbres propias los cuales deben de ser respetadas y de esta manera generar espacios de confianza entre ambas culturas.

Testimonio N°02:

"Me parece que es un término que se refiere a una situación antigua de por salud donde primaba el tratamiento con hierbas medicinales. Ahora que tenemos acceso a la medicina moderna, se está olvidando la medicina tradicional, primero porque su efecto no es inmediato, segundo porque la población quiere que los medicamentos hagan su efecto inmediato y que su aplicación sea única vez".

Tec. Enfermería, P.S. Ccaccamarca., 2017.

En este testimonio se aprecia que el técnico de enfermería conoce mínimamente el término de interculturalidad lo cual significa una barrera para una buena relación entre profesional de salud y población, se puede notar un menosprecio a sus prácticas, el cual es una conducta intercultural discriminadora.

En la literatura existen varias definiciones de interculturalidad Comparando las definiciones de interculturalidad que nos refieren los autores de la literatura con las manifestaciones de los entrevistados se puede ver que coinciden en algunos aspectos, lo que indicaría que los personales de salud conocen sobre el

tema pero ¿cuál será su conducta intercultural ante diversas situaciones?

Los personales de salud participantes del estudio refieren cierta dificultad en adoptar las creencias y/o costumbres de los usuarios, por lo que se genera en ellos una conducta intercultural negativa, como se puede apreciar en los siguientes testimonios:

Testimonio N°03:

"El Puesto de salud atiende todas la enfermedades, con sus propias medicinas, sin tomar en consideración de que existe la medicina propia de los pobladores campesinas, estas medicinas también son efectivos cuando hay una persona capacitada que lo administre".

Usuaría A, P.S. Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio se aprecia el descontento de la usuaria hacia la conducta del personal de salud ya que refiere que no se toma en consideración sus conocimientos sobre su propia medicina, haciendo sentir al usuario como ignorante, portador de un saber equivocado y excluido.

Testimonio N°04:

"Los usuarios siempre quieren un medicamento con efecto inmediato y no quieren volver para su evaluación, casi siempre vienen después de haber utilizado hierbas que en realidad no los curan".

Tec. Enfermería, Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio muestra claramente que la conducta intercultural del técnico en enfermería es de marginación y menosprecio hacia el conocimiento de los pobladores. Esta actitud indica una supremacía de la medicina occidental o científica sobre la tradicional.

Testimonio N°05:

"Los técnicos trabajadores del Puesto de salud, nos llama la atención por utilizar nuestra medicina propia, ellos creen que en vez de darnos mejoría nos complica, ellos no respetan nuestra medicina propia, argumentando ser una medicina pasada cuyo efecto no está comprobada".

Usuaría B, P.S. Ccaccamarca, 2017.

El testimonio se expresa también claramente el desprecio hacia los



conocimientos de los pobladores afirmando que sus conocimientos son pasados de época y no tienen ninguna eficacia, se puede ver así una conducta intercultural negativa hacia los saberes de los pobladores.

Testimonio N°06:

“yo no comparto la creencia de que existan plantas medicinales que curen totalmente una enfermedad, pueden calmar sí, pero de allí a curarlas no, prefiero darle medicina para mayor seguridad y evitarme problemas.”

Obstetra, p.s.Ccaccamarca, 2017

Se puede apreciar que el personal obstetra del Puesto de Salud de Ccaccamarca no comparte la “creencia” de la usuaria; lo cual influirá notablemente de manera negativa en la calidad de atención, ya que el usuario se sentirá discriminado. La conducta de los personales de salud debería adecuarse a la diversidad cultural de los pacientes que se atiende.

Testimonio N°07:

“...Una madre me dijo: cuando se enferma su hijo ella primero lo pasa con huevo a su cabeza y lo amarra con chumpi, porque puede ser ñati o susto y si lo lleva a la posta le ponen algunas ampollas y se puede morir, si no mejora recién lo lleva a la posta ,pues esa creencia no me parece correcto”.

Lic. Enfermería, P.S Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio se puede observar que existe una conducta discriminadora hacia la práctica de la población andina por parte del personal de salud lo cual se verá reflejado en una mala calidad de atención ya que en personal de salud impone un tratamiento médico occidental sin dar oportunidad a la medicina tradicional.

DEGREGORI C.I. Refiere que; Un requisito prácticamente imprescindible para la comunicación intercultural es que haya un cierto interés por culturas distintas de la propia.

Según la investigación realizada por VIDAL GIOVE, Fiorella Milagros (2011) en el Hospital Nacional de Lima Metropolitana, refiere que los enfermeros entrevistados en su investigación ,manifiestan no compartir algunas creencias propias de la cultura

de los usuarios, como el no de estar de acuerdo con la maldad o brujería que causan enfermedades o al uso de hiervas medicinales, reflejándose también en esta investigación donde el personal de salud conoce teóricamente sobre interculturalidad pero rechazan las creencias, conocimiento de los usuarios, lo cual es una conducta intercultural negativa⁽¹³⁾.

Según SALAVERRY, Oswaldo, la interculturalidad es un concepto en construcción .Esta realidad causa confusión en los profesionales de salud, por limitaciones derivadas de su formación académica tradicional (biomedicina) y por ende una conducta intercultural de discriminación⁽⁵⁾

Así mismo, CARMONA ARIAS, Jaibert (2015) .En su investigación, llegó a la conclusión de que los aspectos del universo simbólico indígena recogidos en el sistema categorial potencian la interculturalidad en salud y posibilitan un mayor éxito de los programas de prevención de la enfermedad⁽¹²⁾.

Testimonio N° 08:

“En nuestro centro de salud nos atienden bien cuando tienen suficiente medicamento pero cuando no hay medicamentos están aburridas como si nosotras tendríamos la culpa, nos dice que tenemos que ir al puesto de Salud de Ocros o a acudir donde un curandero, aquí en Ccaccamarca no hay curandero y si tomamos hierbas medicinales se molestan. La vez pasada cuando yo llegue tarde a la posta me dicen estas horas viene cuando ya estamos cerrando, porque no vienen en horas de atención para atenderlos como debe ser y no apresurados, por eso a veces ya no voy”.

Usuaría C, P.S.Ccaccamarca, 2017.

Testimonio N°09:

“Son buenas, pero a veces como todas, están de mal humor pero casi siempre están con esas ganas de apoyarnos y atendernos con paciencia.se preocupan por nuestros hijos, a veces cuando no podemos llevarlo a su control, nos vienen a buscar a nuestras casas para



vacunarlos, dar chispitas, sulfato ferroso”.

Usuaría D, P.S.Ccaccamarca ,2017.

En los testimonios descritos anteriormente los personales de salud no siempre tienen un trato adecuado hacia los usuarios, el trato está en función a la disponibilidad de medicamentos, es evidente que hay discriminación o rechazo a la población campesina .Cuando la usuaria dice que la enfermera esta aburrída significa que no respeta a los pacientes .Así mismo cuando le dicen que van tarde, es una forma de comportamiento abusivo por que no consideran a la población

Testimonio N°10:

"No todas las madres acuden al establecimiento de salud porque dicen que las vacunas no son importantes como también las chispitas y el sulfato ferroso, que estos los vuelven tontos con el tiempo, refieren que nunca a ellos les han vacunado cuando eran niños y que ahora están sanos y no tienen problemas de salud en consecuencia tenemos niños con anemia ,bajo peso y desnutrición porque sus padres; no entienden, no acuden al puesto de salud ,nosotros cuando hacemos la visita domiciliaria les damos las chispitas y sulfato ferroso, sensibilizamos y orientamos sobre la importancia de estos insumos pero ellos se resisten a darles a sus hijos ;ya que ellos no lo necesitaron y están bien de salud, esa es su costumbre, su cultura, lo cual dificulta nuestro trabajo como personal de salud. Algunas veces les llamamos la atención por la actitud que toman algunas madres con sus niño, yo respeto su cultura pero no me parece favorable para su salud."

Lic. Enfermería, P.S.Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio se puede apreciar que el personal de salud tiene discrepancias en cuanto a las costumbres, creencias o cultura de las madres que repercute en la atención diaria, por falta posiblemente de una correcta sensibilización e información hacia los usuarios que se niegan a cumplir con las atenciones en salud de sus menores hijos , por lo que el personal de salud está en la obligación de sensibilizar e informar a los usuarias

sobre los beneficios de la medicina occidental sin discriminar sus conocimientos tradicionales, ya que de lo contrario las usuarias no retornaran a sus controles posteriores.

Testimonio N°11:

"Tenemos reuniones con la comunidad cada semana, sin embargo Casi nunca hablamos sobre interculturalidad en salud"

Lic. Enfermería, P.S.Ccaccamarca, 2017.

En este testimonio se puede confirmar que el personal de salud desvaloriza los conocimientos culturales de sus usuarios ya que en sus reuniones casi nunca hablan de interculturalidad. La falta de información adecuada a la población es parte de una conducta de marginación y por ende una dificultad para el personal de salud, el cual continuará, si no se toma importancia a la interculturalidad con respeto y no solo una mera tolerancia.

Testimonio N°12:

"Nosotros del campo de día nos vamos a la chacra y a veces nos hacemos tarde para ir a la posta para llevar a nuestros hijos para su control, ellos se molestan y nos hacen esperar para atendernos y al atendernos no nos prestan atención algunas veces"

Usuaría A, P.S.Ccaccamarca.2017

Testimonio N°13:

"La semana pasada cuando fui a la posta estaba cerrado, Había un aviso donde decía que el personal salió a realizar visita domiciliaria, me tuve que ir. Volví otro día y no me quería atender refiriendo que ya me había pasado a mi cita. Además que ya era tarde, tenía que rogar para que me atendiera porque yo vivo lejos."

Usuaría B, P.S.Ccaccamarca.2017

En estos testimonios se puede observar claramente que el personal de salud no es tolerante con la usuaria, al decir me hace esperar para atenderme es una forma de maltrato, no existe respeto. Las poblaciones campesinas tienen como principal actividad la agricultura y ganadería la cual obliga a los pobladores permanecer fuera casi todo el día de sus hogares, el personal de salud debe implementar estrategias



para adecuarse a la realidad de la comunidad en la cual trabaja y tener una actitud tolerante con las usuarias(os).

Testimonio N°14:

"Karupi yachaspa puntata hampicuniku qorakunanwan, chayhmantaña Puesto de Saludman riniku, Chaymi mana gustancho enfermerakunata, Puntata kayma qamuychik, kaypim kan moderno qampikuna".

Usuaría C, P.S.Ccaccamarca, 2017.

El presente testimonio nos permite apreciar que el trato es de marginación a las usuarias que viven en lugares distantes del Puesto de Salud, usuaria se queja de un trato de marginación en cuanto al uso de plantas medicinales y al maltrato en algunas ocasiones por parte del personal de salud.

Según la investigación realizada por VIDAL GIOVE, Fiorella Milagros (2011) en el Hospital Nacional de Lima Metropolitana, se asemeja a este testimonio donde indica que el tratamiento médico, es incompatible con la medicina tradicional propia de la cultura de los usuarios, así refieren la mayoría de los participantes en el estudio quienes consideran el tratamiento como muy rígido, al no permitir otros tipos de curación, salvo lo indicado por el médico, negando el uso de hierbas medicinales, pasar el huevo, entre otros.

COAQUERA MAYTA, Adaliz (Perú-Tacna; 2009). En su investigación, se halló que, el 51.0% de los(as) usuarios(as) perciben un nivel bajo de satisfacción con la atención recibida por los profesionales de enfermería. Asimismo se halló que el mayor porcentaje de la percepción en la calidad de atención es baja cuando el enfoque de interculturalidad aplicada por el profesional de enfermería también es baja⁽⁶⁾.

En relación al idioma se tiene los siguientes testimonios referidos por el personal de salud y usuario:

Testimonio N°15:

"Tuve problemas con la enfermera porque poco me entiende cuando hablo quechua y no la entiendo mucho lo que

me da indicaciones del medicamento, para ir a la posta tengo que llevar a mi nieta para que ella entienda y le explique los dolores que yo tengo y así me pueda dar medicamento según mis dolencias para estar bien de salud. Si no está mi nieta voy sola y no entiendo mucho".

Usuaría B, P.S.Ccaccamarca, 2017.

Testimonio N°16:

"No hablo quechua, entiendo poco porque la población de aquí hablan quechua, mayormente personas adulto mayores, con ellos tengo problemas de comunicación, con gestos trato de entenderlos pero se me es difícil".

Lic. Enfermería, P.S.Ccaccamarca, 2017.

En los testimonios descritos anteriormente se observa que no existe una buena comunicación ya que tanto el personal de salud y usuario no utilizan el mismo idioma lo cual es una gran barrera para el entendimiento, sin embargo no debe ser motivo para desatender a los pacientes eso debería resolverse con interprete y de no ser así es una conducta no respetuosa con la población usuaria.

En relación al testimonio, la conducta intercultural es de desconocimiento de la normas de salud intercultural y especialmente del Decreto Supremo N° 016-2016-SA sobre políticas de Salud.

Según el MODULO TÉCNICO DE ATENCIÓN EN SALUD con pertinencia Intercultural, refiere que se debe identificar en el servicio de salud al personal que es bilingüe para que haga las veces de traductor, en caso no hubiera, identificar a una promotora de salud que haga las veces de traductor⁽⁸⁾. VIDAL GIOVE, Fiorella Milagros (2011), en su trabajo de investigación, refiere que los enfermeros entrevistados refirieron desconocer el idioma quechua al igual que el personal de enfermería en nuestra investigación, la cual dificulta una buena atención; así mismo en la investigación de Vidal, los entrevistados consideran necesario el idioma para conocer la cultura de los usuarios y satisfacer sus necesidades básicas e indican lo importante y necesario la enseñanza del idioma quechua a nivel universitario, durante la formación profesional⁽¹³⁾.



Testimonio N°17:

Personalmente yo sé hablar quechua y entiendo perfectamente, por eso tenemos que advertir los usuarios para que antes de utilizar las hierbas y procedimientos propios de ellos, acudan al Centro de Salud. Me parece que no entienden y casi siempre acuden con complicaciones graves, y nosotros tenemos que atenderlo o derivarlos".

Tec. Enfermería, P.S.Ccaccamarca, 2017.

En el presente testimonio se aprecia que el personal de salud habla y entiende el idioma quechua pero sin embargo desvalora los conocimientos de los usuarios, considerando que el uso de sus propias medicinas les genera complicaciones.

ARDITO, Wilfredo refiere: La comunicación interpersonal no es simplemente una comunicación verbal, la comunicación no verbal (espacial, táctil, etc.) tiene una gran importancia. Es decir, que no es suficiente conocer un idioma, hay que saber también, por ejemplo, el significado de la comunicación gestual del interlocutor. ⁽¹⁶⁾

Testimonio N°18:

"...En este puesto de Salud. No podemos hacer lo que no disponen las autoridades. Efectivamente tenemos reuniones semanales con la población para tratar sobre problemas de salud, campañas y otros, sin embargo nunca se ha hablado sobre la salud intercultural".

Tec. Enfermería, P.S.Ccaccamarca, 2017.

Según este testimonio el personal de salud que tienen que hacer cumplir las disposiciones de las autoridades inmediatas, lo que demuestra que la medicina occidental se impone desde la administración de salud, no se le da oportunidad a la medicina tradicional, por lo que deducimos que la conducta intercultural y relación intercultural es negativa.

Al respecto existen investigaciones que afirman que la articulación de la medicina tradicional y occidental mejora la calidad de vida y la relación interpersonal entre usuario y personal de salud como se menciona en los siguientes trabajos de investigación:

ALVAREZ DIAZ, Nancy Andrea (Chile; 2005). En su investigación. Reporta la experiencia del Hospital Makewe, que implementa un modelo de atención en salud complementaria, que integra los saberes y recursos tradicionales de la sociedad mapuche, con el conocimiento y terapéuticas científico-occidentales

Así mismo; HASEN NARVAEZ, Felipe Nayip (Chile; 2012). En su investigación reporta que los servicios del sistema de salud inmersos en territorios con alta presencia de Comunidades mapuche, se adecuan a la idiosincrasia cultural de esta población. ⁽¹¹⁾

CARDONA ARIAS, Jaibert Antonio; RIVERA PALOMINO, Yennifer; CARMONA FONSECA, Jaime (Colombia; 2015). En la investigación los resultados: mostraban la articulación entre la etnomedicina y la biomedicina, expresión de la interculturalidad. Conclusión: Los aspectos del universo simbólico indígena recogidos en el sistema categorial potencian la interculturalidad en salud y posibilitan un mayor éxito de los programas de prevención de enfermedad y promoción de salud. ⁽¹²⁾

El sector salud tiene instrumentos para poner en práctica la interculturalidad en salud, los llamados "Diálogo Intercultural", lo que significa el intercambio equitativo, así como el diálogo entre las civilizaciones, culturas y pueblos, basados en la mutua comprensión y respeto y en la igual dignidad de las culturas.

CONCLUSIONES:

1. La conducta intercultural del personal de salud hacia los usuarios de la población de Ccaccamarca es la de una conducta intercultural negativa: indiferente discriminadora y de rechazo. Si bien se respeta los conocimientos de la medicina tradicional, no se pone en consideración como un recurso en el tratamiento de las dolencias.

2. La relación intercultural en salud entre los usuarios y los trabajadores del Puesto de Salud de Ccaccamarca es mínima o nula, principalmente porque se margina al campesino, se respeta sus costumbres en teoría, sin embargo no se toma en consideración su cultura o los conocimientos sobre salud, en



consecuencia la relación es de predominio de la medicina oficial u occidental o científica. La interculturalidad en salud está bajo la supremacía de la medicina oficial, existe los llamados diálogos de interculturalidad en teoría, sin llegar a la práctica.

3. En cuanto a las relaciones humanas; algunos usuarios percibieron un trato no adecuado por parte del personal de salud, por lo que manifiestan que algunas veces no acuden al establecimiento por esta razón.

4. Se evidencia dificultades en relación al idioma, ya que no todo el personal de salud habla y entiende quechua, lo mismo sucede con algunos usuarios.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. DIARIO LA REPUBLICA. Perú un país intercultural. Redacción R.L; Perú, Enero del 2016.
2. CETTI A. La salud intercultural gubernamentalidad. Un estudio de caso [Internet]. Ponencia presentada en: 3ras Jornadas de historia de la mapuche a través del tamiz de la Patagonia; 6-8 noviembre 2008; Bariloche, Argentina. [Citado 5 febrero 2012]
3. RAMÍREZ Hita S. Salud intercultural. Crítica y Problematicación a partir del contexto boliviano. La Paz: ISEAT; 2011.
4. NORMA Y GUIAS TECNICAS en salud indígena en aislamiento y contacto inicial. Lima; 2009.
5. SALAVERRY Oswaldo. Interculturalidad en salud. Rev. Perú. med. exp. Salud pública [Internet]. K 2010 Mar; 27(1): 80-93.
6. COAQUERA MAYTA, Adaliz Aplicación del enfoque intercultural en la calidad de atención del profesional de enfermería del C.S.San Francisco-Tacna. Peru, 2009
7. DIARIO EL PERUANO. Aprueban la Política Sectorial de Salud Intercultural. Decreto Supremo N° 016-2016-SA. Peru, 2016.
8. Manual de Sensibilización para el Personal de Salud. Interculturalidad en Salud. UNFPA. Peru. 2010.
9. PALOMINO LEIVA, Martha Liliana. El diseño de un proyecto de investigación cualitativa, Colombia, 2010.
10. ALVAREZ DIAZ, Nancy Andrea. Interculturalidad en Salud Y Desarrollo De Comunidades Mapuche: Tesis Presentada para optar al Grado de Magister en Gestión en Desarrollo Rural y Agricultura Sustentable. Temuco, Chile, 2005.
11. HASEN NARVÁEZ Felipe Nayip. Interculturalidad en salud: Competencias en prácticas de salud con población indígena. Cienc. enferm. [Internet]. Chile, 2012.
12. CARMONA- FONSECA Jaime. Expresión de la interculturalidad en salud en un pueblo emberá-chamí de Colombia. Rev Cubana Salud Pública. Colombia, 2015.
13. VIDAL GIOVE, Fiorella Milagros Significado que le concede el profesional de enfermería al cuidado desde la perspectiva transcultural en un Hospital Nacional de Lima. Perú, 2011.
14. ANSIÓN MALLETT, Juan y ZÚÑIGA Madeleyne. Interculturalidad y educación en el Perú. 2009.
15. HEISE, María; TUBINO, Fidel y Wilfredo ARDITO. Interculturalidad: un desafío. CAAAP, Lima-Perú, 1994.
16. ARDITO, Wilfredo. Basta ya de racismo en el Perú: IDeeemail N° 379. Peru, 2004.
17. SERVINDI. Interculturalidad: Desafío y Proceso en Construcción.
18. MENÉNDEZ, E. L. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En, SPINELLI, H. (Comp.): Salud Colectiva. Cultura, instituciones, subjetividad. Pp. 11-48 Edit. Lugar, Buenos Aires (también en Ciencia Saude Colectiva vol.8 (1) pp. 185-208, Rio de Janeiro, 2003.
19. ALARCÓN, A. M. "Desarrollo, salud y sistemas de salud pluralistas". Doc. De Trabajo. Departamento de Antropología. Storrs: Universidad de Connecticut. EE.UU, 2001.
20. DEGREGORI C. I. Panorama de la antropología en el Perú. Del estudio del otro a la construcción de un Nosotros diverso. En: Degregori CI (ed.) No hay país más diverso. Compendio de Antropología peruana. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú; 2009.



21.HUENCHULAF, Mauricio. La salud debe ser "entendida como equilibrio entre las fuerzas buenas y malas que viven en nuestro mundo." Confróntese: OPS, OMS. Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: hacia una Política Nacional Intercultural en Salud. OPS, 1998.

22.MENÉNDEZ, E. L 2002a La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo. Edición Bellaterra, Barcelona, 2001.

23.CARREAZO PARIASCA J. Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario. Pediatría N° 6. Cajamarca, 2004.

24.RAMÍREZ Hita S. La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud Colectiva .Perú, 2009.

25.RAMÍREZ Hita S. Salud intercultural. Crítica y Problematización a partir del contexto boliviano. La Paz: ISEAT; Bolivia, 2011.

26.XIAORUI Zhang. Medicina tradicional, Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica (EDM) OMS/Ginebra.

27.ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional. OPS/OMS, Ginebra, 2002.

28.ICOCHEA MARTEL, Georgina. Medicina Tradicional y Enfermería intercultural en Ayacucho. Naokim Editores, I Ed. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, Ayacucho-Perú, 2006.

29.MENDIVEL VALDEZ, Fernando. Medicina tradicional. Publicado Mar26th, 2009.

