



**ESCUELA DE POSGRADO**

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Gestión de los servicios de salud con enfoque  
intercultural para comunidades nativas del  
departamento de Madre de Dios- 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión Pública

**AUTORA:**

Br. Tambo Choque, Madeleine

**ASESOR:**

Dr. Sierra Valdivia, Hugo

**SECCIÓN:**

Ciencias Empresariales

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Gestión de Políticas Públicas

**PERÚ – 2018**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación está dedicado en primer lugar a Dios, por haberme dado la vida y guiado mis pasos.

A mi esposo, hijo y padres que estuvieron conmigo en todo momento y me brindaron su apoyo incondicional.

Madeleine

## **AGRADECIMIENTO**

Un agradecimiento especial a la universidad César Vallejo y a sus docentes, por haber permitido lograr un grado en mi carrera, por la formación profesional que nos brinda en la Maestría de Gestión Pública.

Me digna agradecer al asesor de investigación Dr. Hugo Sierra Valdivia, por su enseñanza impartida, su paciencia y su exigencia estricta que ha permitido logremos nuestras metas.

Así también quiero agradecer a la Lic. Rosario Angélica Paredes Barreto por el apoyo en la culminación de esta investigación.

Muy agradecida a los trabajadores de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios (DIRESA) por su predisposición y apoyo incondicional durante el recojo de información y a todos quienes colaboraron durante el proceso de investigación, todo ello ha hecho posible el logro de la presente investigación del cual quedo muy agradecida.

Madeleine Tambo Choque

## PRESENTACIÓN

Señores miembros del jurado:

Presento ante ustedes la Tesis **“Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para Comunidades Nativas del departamento de Madre de Dios, 2018”**, con la finalidad de determinar el estado actual de la gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para población de comunidades nativas en Madre de Dios y en cumplimiento al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad “César Vallejo”, para obtener el grado académico de Magíster en Gestión Pública.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

La Autora

## INDICE GENERAL

PÁGINA DEL JURADO .....	ii
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD .....	v
PRESENTACIÓN .....	vi
INDICE GENERAL.....	vii
INDICE DE TABLAS.....	viii
INDICE DE GRAFICOS .....	ix
INDICE DE FIGURAS .....	x
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN .....	15
1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	15
1.2. TRABAJO PREVIOS.....	19
1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA. ....	22
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	35
1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	36
1.6. HIPÓTESIS.....	41
1.7. OBJETIVOS.....	41
II. MÉTODO .....	42
2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	42
2.2. VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN .....	43
2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	47
2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD. ....	49
2.5. MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS .....	55
2.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	57
III. RESULTADOS.....	58
IV. DISCUSIÓN.....	74
V. CONCLUSIONES.....	83
VI RECOMENDACIONES.....	85
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	87
ANEXOS .....	89

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la Variable Gestión de los Servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios .....	45
Tabla 2. Distribución de la Población .....	47
Tabla 3. Distribución de la Muestra .....	49
Tabla 4. Validez de Juicio de Expertos .....	51
Tabla 5. Escala del nivel de validez de confiabilidad de los instrumentos.....	52
Tabla 6. Baremo para la variable: Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios. ....	53
Tabla 7. Baremo para la dimensión: Fortalecimiento de Capacidades del Personal de Salud.....	53
Tabla 8. Baremo para la dimensión: Planificación y Presupuesto con Enfoque Intercultural.....	54
Tabla 9. Baremo para la dimensión: Atención intercultural en los servicios de salud .....	54
Tabla 10. Baremo para la dimensión: Infraestructura equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural.....	55
Tabla 11. Gestión de Los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para Comunidades Nativas del Departamento de Madre de Dios.....	58
Tabla 12. Fortalecimiento De Capacidades de los Recursos Humanos en salud intercultural.....	59
Tabla 13. Fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural por indicadores .....	61
Tabla 14. Planificación y Presupuesto con Enfoque Intercultural.....	63
Tabla 15. Planificación y Presupuesto con Enfoque Intercultural por Indicadores e ítems. ....	64
Tabla 16. Atención Intercultural en los Servicios de Salud.....	66
Tabla 17. Atención Intercultural de los Servicios de Salud por Indicadores. ....	67
Tabla 18. Infraestructura Equipamiento y Mobiliario con Enfoque Intercultural....	70
Tabla 19. Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para Comunidades Nativas del Departamento de Madre de Dios.....	73

## INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para Comunidades Nativas del departamento de Madre de Dios. ....	58
Gráfico 2. Fortalecimiento De Capacidades de los Recursos Humanos en salud intercultural.....	60
Gráfico 3. Indicadores de la dimensión Fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural por indicadores .....	62
Gráfico 4. Planificación y Presupuesto con enfoque Intercultural.....	63
Gráfico 5. Planificación y Presupuesto con Enfoque Intercultural por Indicadores e ítems. ....	65
Gráfico 6. Atención Intercultural en los Servicios de Salud. ....	66
Gráfico 7. Atención Intercultural De Los Servicios De Salud Por Indicadores.....	68
Gráfico 8. Infraestructura equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural.....	70
Gráfico 9. Infraestructura Equipamiento y Mobiliario con Enfoque Intercultural por Indicadores. ....	72

## INDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribuciones de Chi cuadrado con distintos grados de libertad. .... 57



## RESUMEN

La problemática que enfrentan los pueblos indígenas asentados en comunidades nativas en el departamento de Madre de Dios en relación a la salud, parte de la falta de reconocimiento de sus necesidades, de sus percepciones, conocimientos y prácticas culturales respecto a la salud y enfermedad, comprender que existen poblaciones con sus propios sistemas de salud, de atención de la enfermedad a través de sus curanderos, parteras y el uso de la medicina tradicional; en ese contexto el rol del estado en el marco de la Ley de Modernización de la Gestión del Estado, orientado a mejorar la gestión pública y construir un estado “democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano” debe ofertar servicios públicos con enfoque intercultural. Un servicio con capacidad de articular los sistemas de salud convencional y tradicional. En ese sentido la presente investigación tiene como objetivo, determinar el estado actual de la “Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios

El diseño de la investigación es no experimental, descriptivo y transversal. La población en estudio está compuesta por trabajadores de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios – DIRESA MDD (Directivos, Coordinadores, funcionarios públicos y personal administrativo), para el estudio se ha considerado como muestra a 45 trabajadores y el tipo de muestreo fue el probabilístico. Los instrumentos de recopilación de información tienen una validez de Juicio de Expertos de Muy Bueno y alcanzó un nivel de confiabilidad de Muy Confiable (coeficiente alfa = 0.70). Los datos fueron procesados a través del programa estadístico SPSS – V22.

Los resultados de la investigación, muestran que la Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para Comunidades Nativas del Departamento de Madre de Dios es deficiente (60%), sólo el 11.1% de los recursos humanos de la DIRESA presentan capacidades suficientes en salud intercultural. Más del 88% de los entrevistados señalan que la planificación y asignación de presupuesto se realiza de forma deficiente o regular Un servicio de Salud con

pertinencia intercultural, es aquel que reconoce, valora y respeta la diversidad cultural, utilizando la lengua de los usuarios (as), respetando los rituales propios de cada cultura, informando sobre la enfermedad con respeto a sus interpretaciones, adecuando la señalización en los establecimientos de salud en su idioma. Actualmente, la atención intercultural en los servicios de salud brindado por los establecimientos de Salud que coberturan población de Comunidades Nativas es calificado por los entrevistados como deficiente (73.3%). Finalmente, el estudio revela que solo el 20% del personal de la DIRESA – MDD califica la infraestructura, equipamiento y mobiliario de los establecimientos de salud como adecuado para brindar los servicios de salud con enfoque intercultural para las comunidades nativas en el departamento de Madre de Dios.

**Palabras clave:** Gestión de los servicios de salud, Enfoque intercultural, Comunidades nativas.

## ABSTRACT

The problems faced by indigenous peoples settled in native communities in the department of Madre de Dios in relation to health, part of the lack of recognition of their needs, their perceptions, knowledge and cultural practices regarding health and disease, understanding that there are populations with their own health systems, of attention to the disease through their healers, midwives and the use of traditional medicine; In this context, the role of the State within the framework of the Law for the Modernization of State Management, aimed at improving public management and building a "democratic, decentralized and at the service of the citizen" state, must offer public services with an intercultural focus. A service with the ability to articulate conventional and traditional health systems. In this sense, the present investigation aims to determine the current status of "Management of health services with an intercultural approach for native communities of the department of Madre de Dios.

The design of the research is non-experimental, descriptive and transversal. The population under study is composed of workers from the Regional Directorate of Health of Madre de Dios - DIRESA MDD (Executives, Coordinators, public officials and administrative staff), for the study 45 workers were considered as a sample and the type of sampling was the probabilistic. The information collection instruments are valid for Expert Judgment of Very Good and reached a reliability level of Very Reliable (coefficient alpha = 0.70). The data were processed through the statistical program SPSS - V22.

The results of the research show that the Management of Health Services with an Intercultural Approach for Native Communities of the Department of Madre de Dios is deficient (60%), only 11.1% of DIRESA's human resources have sufficient health capacities intercultural

More than 88% of the interviewees indicate that the planning and allocation of the budget is carried out in a deficient or regular way. A health service with intercultural relevance is one that recognizes values and respects cultural diversity, using the language of the users (as), respecting the rituals of each culture, informing about the disease with respect to their interpretations, adapting the signaling in the health

facilities in their language. Currently, intercultural attention in health services provided by health facilities that cover the population of Native Communities is described by the interviewees as deficient (73.3%) Finally, the study reveals that only 20% of the Diresa staff - MDD qualifies the infrastructure, equipment and furniture of health facilities as adequate to provide health services with an intercultural approach for native communities in the department of Madre de Dios.

Key words: Management of health services, Intercultural approach, Native communities.

## **I. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA.**

La selva amazónica es la selva tropical más extensa del mundo con más de 7 millones de kilómetros cuadrados de extensión distribuida en nueve países, de los cuales Brasil y Perú poseen la mayor extensión de la amazonia, seguidos por los países de Bolivia, Colombia, Venezuela, Ecuador, Guyana, Guayana Francesa y Surinam, cuya característica más resaltante es de poseer la mayor diversidad del mundo.

La Amazonía es considerada como el pulmón y el cobijo del continente suramericano, debido a que ocupa el 40 por ciento de todo el territorio, sin embargo, en la actualidad se ha visto afectado por la deforestación, la minería ilegal y contaminación de los ríos. La deforestación se ha convertido en una amenaza contra el pulmón natural del continente suramericano a través de la tala de los árboles, situación que fue denunciada desde el año 2006 por la organización Greenpeace Internacional. Desde hace 15 años en la selva peruana dos millones de hectáreas de bosques se han perdido producto de la deforestación. Estas amenazas ambientales perjudican a las comunidades indígenas que habitan estas zonas y a la fauna existente que en algunos casos se encuentran en peligro de extinción. Asimismo, existen estudios que revelan que los indígenas que viven en la selva amazónica padecen afecciones de salud producto de la contaminación de las aguas.

La amazonia en el Perú cubre el 60% de la extensión territorial del país, en ella se desarrollan diversas actividades económicas que contribuyen a la riqueza del país y es única porque concentra la mayor biodiversidad (31 ecosistemas y 14,712 especies de animales, y acoge una pluralidad de culturas ancestrales más de 60 etnias) y endemismos del planeta, es la región biogeográfica con menor densidad poblacional del país y es a su vez

la más diversa antropológicamente. Incluye las regiones de Loreto, Madre de Dios, Ucayali, San Martín y Amazonas, entre otros.

El departamento de Madre de Dios es un departamento íntegramente amazónico de una extensión superficial de aproximadamente 85 Mil trescientos un kilómetro cuadrado que representa el 6.7% del territorio nacional y el 15.4% de la región amazónica del país (EDZ Tambopata, 2010). Con una extensa variedad cultural.

Partiendo de la premisa que somos un país multiétnico y pluricultural, que incluye una población mayoritariamente mestiza y de pueblos indígenas, seguido de poblaciones afro y asiático peruanas que por diversos procesos sociales e históricos hoy forman parte de la gran diversidad cultural de nuestro país. Es importante el rol del Estado en la generación e implementación de políticas públicas que tomen en cuenta las características culturales de los diversos grupos étnicos.

En el marco de la Ley de Modernización de la Gestión del Estado, se inicia un proceso de modernización encaminado a la mejora de la gestión pública y edificar un estado “democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano”. En consecuencia, el proceso de modernización de la gestión del Estado implica obtener mayores niveles de eficiencia del aparato estatal optimizando el uso de los recursos públicos, un Estado “Al servicio de la ciudadanía”.

Sin embargo, la gestión de los servicios públicos con enfoque intercultural que va desde una adecuada planificación, implementación de los servicios, evaluación de los resultados e impactos en la población, aún es insuficiente en nuestro país. Cuando los servicios públicos se plantean, ejecutan y evalúan bajo patrones homogéneos sin tener en cuenta la pluralidad étnica, lingüística y cultural de la ciudadanía no cumplen con los estándares de calidad ni aseguran los escenarios para satisfacer las

necesidades de las y los usuarios, originando brechas entre el servicio y la población.

La gestión de los servicios de salud con pertinencia cultural, inicia con el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural; y comprender que existen poblaciones con sus propios sistemas de salud, su propia visión de salud y enfermedad, sus sistemas de atención en las que participan parteras, curanderos y agentes de la medicina tradicional. En ese sentido, es importante contar con un servicio de salud que sea capaz de dialogar entre dos sistemas, el sistema de salud tradicional con el sistema de salud occidental, este diálogo intercultural no se implementa. Existen algunas experiencias como la atención del parto vertical en los establecimientos de salud.

La región de Madre de Dios alberga a cinco familias lingüísticas amazónicas, (Harakbut, Takana, Pano, Arawak y Quechua), y ocho pueblos indígenas o grupos étnicos (Harakbut, Ese'ejá, Matsigenka, Yine, Shipibo, Kichua Runa, Mashco Piro y Amahuaca), con una población aproximada de diez mil indígenas (INEI, 2007) distribuidas en 34 comunidades nativas y agrupadas en la Federación Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes—FENAMAD, Organización representativa de los pueblos indígenas de Madre de Dios. Asimismo, existe fuerte presencia de población migrante ya sea de forma permanente o pendular procedente de la Región Sierra (Cuzco, Puno, Arequipa, etc.), situación que lleva a la convivencia de diferentes culturas.

La problemática que enfrenta la población de Comunidades Nativas del departamento de Madre de Dios en relación a la salud, parte de la falta de reconocimiento de sus necesidades, de sus percepciones y prácticas, lo cual no permite superar las barreras no solo culturales sino de discriminación y maltrato que se presentan en las atenciones de salud. Uno de las quejas más frecuentes es que el personal no habla su idioma y no conoce su cultura.

La morbilidad en las comunidades nativas evidencia una alta incidencia de enfermedades diarreicas agudas y respiratorias, alta prevalencia de anemia y desnutrición crónica infantil al igual que de parasitosis. Por otro lado no disponen de agua segura, servicios básicos, y la ausencia de conocimientos de prácticas saludables para la prevención de enfermedades, lo que contribuye a incrementar la situación de vulnerabilidad de los pueblos indígenas, así mismo se aprecia que la atención de salud es brindada en su mayoría por uno técnico de enfermería, cansado de las dificultades que afronta ejercer su trabajo en condiciones de vivienda no adecuadas, bajas remuneraciones y la ausencia de formación en interculturalidad en salud limitan su capacidad para interactuar con las comunidades nativas.

Por otro lado, la infraestructura, equipamiento y mobiliario de los establecimientos de Salud que coberturan población indígena de Comunidades Nativas, no cumple con los requisitos óptimos para una atención de calidad.

Todas estas características de la población indígena de Madre de Dios asentada en Comunidades Nativas, adicionada a la existencia de una débil Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural, en los niveles normativo, administrativo y asistencial para atender de forma pertinente las necesidades de los diversos grupos étnicos-cultuales; contribuyen a la realidad problemática de estas poblaciones.

Gestionar con enfoque intercultural contribuye en hacer visible la diversidad cultural, en promover la defensa de los derechos humanos de todas las personas, y en ello, de los grupos étnicos del país, garantizando así, el cumplimiento del marco normativo nacional e internacional.

El propósito del estudio es de contribuir en la toma de decisiones a favor de los pueblos indígenas amazónicos para un adecuado empoderamiento de su derecho a la salud de acuerdo con su cosmovisión y



costumbres ancestrales. En relación a los resultados de la investigación esperó brindar un aporte científico que contribuya en la creación e implementación de instrumentos y mecanismos que permitan a la Dirección Regional de Salud ofertar una atención desde una perspectiva intercultural.

## 1.2. TRABAJO PREVIOS

Para la presente investigación, se tiene como referencias, investigaciones de carácter internacional y nacional que permitan comparar y obtener conclusiones del tema. Como antecedentes Internacionales tenemos a Alarcón M, Ana María, Astudillo D, Paula, Barrios C, Sara, & Rivas R, Edith. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista médica de Chile*, 132 1109-1114. En su estudio de investigación indagan sobre la opinión de proveedores y usuarios mapuches respecto a una política de salud que permita una atención pertinente para población mapuche. Asimismo, mencionan que la “gestión en política de salud intercultural, se refiere a los elementos necesarios para desarrollar una política en salud intercultural y considera la participación, la autogestión, la pertinencia cultural y la difusión”. Uno de los resultados a los que arriban es que “La gestión en salud intercultural en la región estaría asociada a la necesidad de otorgar una mayor participación a las organizaciones indígenas en la elaboración de planes y programas de salud pertinentes a la cultura mapuche, vinculado a procesos de autogestión de las comunidades, y una permanente difusión de la política de salud intercultural en todos los niveles de atención”. (ALARCON A., 2004)

También tenemos a Peñafiel A. en su estudio “Impacto de la integración Intercultural al sistema de salud en usuarios internos y externos del Hospital Divina Providencia en el Cantón San Lorenzo en Esmeraldas” Ecuador 2016.

El objetivo fue determinar el impacto de la integración de la interculturalidad al sistema de salud en el Hospital Fisco Misional Divina Providencia, estudio de tipo analítico – descriptivo, realizada a una muestra de 37 personas que laboran en la institución y 80 usuarios externos. Se determinó que las políticas aplicadas en las áreas de salud rompieron barreras culturales haciendo uso de la medicina formal y las creencias de la comunidad, disminuyendo el índice de morbimortalidad, quedando demostrado que la Medicina ancestral como la atención formal son producto de la integración en donde las ventajas superan las desventajas. (PEÑAFIEL, 2016)

Del mismo modo como **antecedente nacional** está Ríos E. Con el artículo titulado “Interculturalidad en salud”. Lima 2012. En su estudio se examinan las concepciones sobre interculturalidad, interculturalidad en salud y el sistema médico como sistema cultural, asimismo señala las ventajas, y beneficios del enfoque intercultural en los servicios de salud, que incorpore los conocimientos tradicionales en la solución de los problemas de salud de la población. (RIOS, 2012)

Se propone un diseño para incorporar la interculturalidad en salud a través del fortalecimiento de capacidades del personal de salud en el modelo de atención intercultural, asimismo se considera la admisión de programas de atención con población organizada, adecuación de los servicios de salud con enfoque intercultural de acuerdo a las necesidades del usuario, trabajar con agentes comunitarios de salud, reconocer y valorar el conocimiento y prácticas que la población posee en relación al proceso de salud-enfermedad

Por otro lado, PINTADO I. realizó el “Implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH – SIDA y el enfoque intercultural.” Lima 2016. (PINTADO, 2016)

El objetivo general del estudio fue “Comprender la aplicación del enfoque intercultural en la implementación de políticas públicas de salud sobre ITS/VIH – SIDA, en las comunidades Aguarunas en el distrito de Santa María de Nieva, Condorcanqui- Amazonas entre los años 2011-2014”. La metodología fue cualitativa, las fuentes primarias: Realizaron 25 entrevistas semi – estructuradas aplicadas a 4 grupos de actores: Gestores Públicos de la Diresa, Personal de la Red y del Centro de Salud; líderes y representantes de comunidades nativas del distrito Nieva, Expertos académicos. Las entrevistas se complementaron con la observación de campo en el establecimiento de salud. Las fuentes secundarias se realizaron con la revisión documentaria.

La conclusión fue, que las políticas y programas concretos que se implementaron entre los años 2011-2014 en el Centro de salud, no examinaron elementos de adecuación y pertinencia cultural en sus diseños, éstas estuvieron centradas en el cumplimiento de metas cuantitativas, la interculturalidad en salud no fue considerado como un criterio de evaluación del personal de salud; tampoco se adicionó como actividad principal a rendir.

Aliaga G. en su estudio “Avances, desafíos y oportunidades hacia la Construcción de una Política de salud Intercultural en el Perú”. Lima 2014.

El objetivo fue determinar los avances que se han alcanzado en el desarrollo de la Política de Salud Intercultural en el Perú, estudio cualitativo, descriptivo e inductivo, La muestra de estudio estuvo formada por treinta y una personas. Las conclusiones fueron: No existe una Política de Salud Intercultural en el Perú, solo dispositivos legales con poco éxito. En el Perú la interculturalidad se hace presente como discurso en las políticas de salud y no como un cuerpo institucionalizado, organizado y orientador.

La política sanitaria está orientada a la enfermedad más que salud, con enfoque cuantitativo de coberturas, metas y demandas, con gran vacío hacia la parte sociocultural de la salud. (ALIAGA, 2014)

### **1.3. TEORÍAS RELACIONADAS AL TEMA.**

En relación a las teorías relacionadas al tema es importante considerar la conceptualización de Interculturalidad en salud, por ello mencionamos a Oswaldo Salaverry (Director General del Centro Nacional de Salud Intercultural, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú) quién en la “Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2010; publica el artículo “Interculturalidad en Salud”, aborda la interculturalidad en salud desde un punto de vista histórico, es decir a partir del desencuentro entre los conquistadores españoles y las poblaciones indígenas y como esta situación influyó en el acceso a los servicios de salud. Durante este periodo no se comprendió el sistema sanitario indígena asociado a aspectos religiosos y mágicos impidiendo su enseñanza o práctica, sin embargo, la medicina occidental cobró importancia. (SALAVERRY, 2010)

Asimismo, presenta una revisión de los orígenes del concepto de interculturalidad en salud y su influencia en la adaptación a la medicina científica. Concluyendo que la interculturalidad es un conocimiento procedente de las ciencias sociales en especial de la Antropología y que por consiguiente la interculturalidad en salud son las capacidades o competencias culturales que deben desarrollar los profesionales de la salud. Asimismo, refiere que el concepto de interculturalidad en salud está en construcción y que origina confusión en los profesionales de la salud por la escasa formación académica en interculturalidad o antropología.

Por último, refiere que la interculturalidad en salud implica cambiar de un enfoque biomédico a un enfoque más participativo e inclusivo considerando la medicina tradicional.

Interculturalidad “Es un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto por las diferencias existentes entre una o varias culturas en un espacio dado, imprescindible para construir una sociedad con justicia social, donde la salud sea considerada como un derecho básico para el desarrollo humano”. (MINSA, 2006).

### **1.3.1. GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL**

La incorporación de enfoque de interculturalidad en la gestión pública “Es el proceso de adaptación de las diferentes instituciones del Estado, a nivel normativo, administrativo y del servicio civil, para atender de manera pertinente las necesidades de los diferentes grupos étnicos culturales en nuestro país”. (CULTURA, 2015)

“Cada pueblo tiene su propia concepción de salud y de enfermedad y un cuerpo de conocimientos, prácticas, recursos y terapeutas, los cuales se estructuran en un sistema de salud particular (oficial-institucional, indígena). En el Perú prevalece un sistema occidental biomédico vigente en los servicios de salud públicos y privados, y una diversidad de sistemas de salud indígenas, nativos o tradicionales (andinos, amazónicos y otros), que funcionan de manera paralela, cubriendo muchas veces las necesidades de salud de la población de menores recursos”. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR. Cooperación técnica de apoyo a la preparación del programa de aseguramiento universal en salud. Ecuador. 2006

El bienestar de la población es abordado a partir de modelos de atención diferentes. El personal de salud sin conocimientos de salud intercultural comúnmente manifiesta actitudes de no reconocimiento, no valoración, desconfianza o subestimación hacia las costumbres ancestrales de los pueblos indígenas respecto al cuidado de su salud. Situación que se da en muchas ocasiones aun siendo parte de la idiosincrasia de los pueblos indígenas. Asimismo, el personal de salud es producto de una mezcla de culturas, muchos de ellos nacen en una zona determinada, realizan sus estudios en otros lugares y trabajan en diferentes regiones del Perú. “Ellos creen ser quienes moldean a las poblaciones, pero en realidad se influyen mutuamente”.

En ese marco, la interculturalidad en salud significa considerar estrategias conjuntas para abordar la salud en función a la diversidad étnico y cultural que habitan en un país, sujetos de derechos ciudadanos teniendo en cuenta la equidad económica, cultural y política que conlleve a la no discriminación de los pueblos indígenas tanto amazónicos como andinos, los mismos que son considerados como marginados y excluidos.

Los Servicios de salud deben incorporar el enfoque intercultural en su prestación y en su gestión, estos se ofertan tomando en cuenta no solo las características particulares sino también culturales de la población nativa, incluir los conocimientos prácticos y saberes tradicionales en la solución de los problemas de salud de las comunidades nativas. Incorporar a los representantes de la comunidad en la planificación y diseño de proyectos de salud, promover prácticas saludables en la prevención de enfermedades, así como el abordaje de la salud a nivel familiar y comunitario.

El enfoque intercultural en los servicios de salud se justifica como estrategia de articulación entre sistemas médicos en un mismo territorio y ante la existencia de una diversidad multiétnica y cultural con su propia cosmovisión respecto al proceso de salud y enfermedad.

El enfoque intercultural aplicado a los servicios de salud es una herramienta que permite revalorar la medicina tradicional y medir el impacto de su práctica en la población, empoderando a las comunidades nativas en sus derechos a la salud, promoviendo el respeto y reconocimiento de sus prácticas y conocimientos ancestrales. El enfoque intercultural significa otorgar al personal de salud instrumentos necesarios para una relación participativa con la población, propiciando vínculos afectivos perfeccionando la relación y las practicas propuestas desde los servicios de salud y consensuadas con la población.

Para poder lograr que los servicios de salud que se encuentran diseñados al modo occidental en servicios con enfoque intercultural, es

fundamental promover el diálogo intercultural, con la participación del personal de salud y la población de las comunidades nativas.

Es importante las aptitudes y actitudes del personal de salud y la participación para de la comunidad para la interculturalidad (VERASTEGUI, 2011). Para poder lograr que los servicios de salud atiendan con enfoque intercultural a las comunidades nativas se debe tener:

- Acercamiento con la comunidad Nativa. Visitando e identificando a los agentes de la medicina tradicional, rescatar los conocimientos que tienen sobre la salud y la enfermedad, conocer el sistema de atención tradicional de las enfermedades. Ejecutar reuniones comunales con la población nativa dando a conocer sus deberes y sus derechos en salud. Conocer qué opinión tienen de los servicios de salud y como les gustaría ser atendidos.
- Competencias Interculturales de los Recursos Humanos: Analizar los avances de la incorporación intercultural, socializar contenidos de capacitación intercultural, socializar síndromes, creencias y costumbres de la comunidad nativa, investigar los recursos de lo tradicional, promover huertos con plantas medicinales.

La Pertinencia Cultural considera:

- Los servicios de salud deben ser adaptados a las características tanto ambientales, geográficas, socioeconómicas, de lengua y cultura (valores, creencias y prácticas).
- Incorporación y valoración de las concepciones del desarrollo de la cosmovisión y bienestar de la comunidad.

#### **1.3.1.1. Recursos Humanos**

“Recurso Humano con capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los

entornos visibles sino con la dimensión espiritual, cósmica de la Salud” (IBACACHE, J Y OYARCE, A:1996).

Personal de Salud que brinda atención de salud con total respeto y tolerancia a las costumbres y tradiciones propias de la diversidad cultural. Con conocimientos básicos del idioma o lengua local de la comunidad usuaria de los servicios de salud.

Para el fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos en salud Intercultural se debe considerar:

- Los funcionarios deben promover la capacitación y elaboración de planes de estudio en interculturalidad en salud para la formación de recursos humanos.
- Las instituciones de salud, deben tener capacidades y competencias interculturales a nivel de los prestadores del Sistema Nacional de Salud.
- La autoridad sanitaria debe crear mecanismos de incentivos y estímulos para el personal que desarrolle intervenciones o preste servicios en comunidades nativas
- La autoridad sanitaria debe promover la capacitación del personal de salud cuyo origen proviene de comunidades nativas e incorporarlos en la atención de establecimientos de salud que atiendan a población de su pueblo o etnia.
- Las capacitaciones dirigidas al personal de salud deben estar relacionadas con los aspectos culturales de la población en cuanto al idioma, aspectos comunicacionales, costumbres medicina tradicional:
- En relación al Idioma se deben elaborar guías de traducción de palabras, expresiones médicas más utilizadas en la consulta, que permitan comprender el idioma y fortalecer los vínculos con la comunidad. El desconocimiento del idioma o dialecto genera una barrera comunicacional y de cercanía al paciente.



Es conocido las dificultades que tienen las regiones para contar con recurso humano capacitado en el primer nivel de atención y en zonas de difícil acceso geográfico, la mayoría de los establecimientos solo cuenta con personal técnico, quienes se relacionan mejor con la comunidad pues muchas veces forman parte de ella. El sistema de salud no siempre reconoce al personal técnico, promotores, agentes comunitarios de salud y líderes locales, por los que los deja de lado del sistema. Mantener un recurso humano en las comunidades nativas es difícil por el ingreso económico que no cubre sus expectativas, por lo que es importante gestionar mejoras de su capacidad académica, incentivos, haciendo que se perciba una retribución por el trabajo realizado.

La responsabilidad de los diversos sectores y de los decisores políticos son necesarios para abordar la salud a partir de los determinantes sociales, para ello es importante promover la articulación intersectorial con participación activa de las poblaciones involucradas. Por otro lado a nivel de establecimientos de salud

#### **1.3.1.2. Planificación y presupuesto**

La Intervención de la comunidad organizada a través de sus líderes y decisores, en la planificación y programación de las políticas participativas de salud local es de suma importancia.

La población de las comunidades nativas debe participar y validar la planificación y programación de los servicios de salud en función a sus necesidades y prioridades expuestas. Para una adecuada planificación se debe partir del conocimiento de la realidad socio económica y cultural de los pueblos indígenas. Así como del reconocimiento y valoración de la variedad étnico cultural. Una planificación con enfoque intercultural de acuerdo a la normativa existente en el Ministerio de salud para la transversalización del enfoque intercultural en salud considera las siguientes acciones:

- Motivar la identificación de necesidades a través de diagnósticos, cuestionarios, encuestas u otras formas de investigación participativa.
- Incorporación de acciones de salud intercultural en los planes operativos institucionales y planes estratégicos institucionales.
- Considerar en los documentos de gestión; Manual de Organización y Funciones un área destinada a la transversalización del enfoque de interculturalidad en salud en el marco de los derechos humanos.

“Las acciones para la transversalización del enfoque de interculturalidad en Salud estarán incluidas en el Plan Operativo Institucional de cada entidad y contarán con el financiamiento correspondiente” (Ministerio de salud, 2006).

#### **1.3.1.3. Atención Intercultural en los servicios de Salud**

“En los pueblos y comunidades étnico culturales, los servicios y las actividades integrales de atención de la salud se estructurarán sobre la base de la organización ancestral, sus valores y sus concepciones sobre los procesos de salud - enfermedad y en diálogo entre la comunidad y las y los trabajadores de salud”. Es decir que la Atención en los servicios de salud debe contar con mecanismos de información en el idioma o lengua de la comunidad, con material educativo comunicacional respetando la cosmovisión en la redacción y representación gráfica, y promoviendo la incorporando de la medicina tradicional a la medicina convencional. (MINSA, 2006)

La atención se brindará según la disponibilidad de tiempo de varones y mujeres, tomando en cuenta las responsabilidades familiares, laborales y otros.

Los servicios de salud deben de disponer de material educativo comunicacional escrito o visual veraz, completo, oportuno y en lenguaje comprensivo para los usuarios (as) respetando su cosmovisión en la

representación gráfica y en la redacción, evitar traducir un diseño o modelo biomédico. Los materiales que se utilicen deben de estar libres de todo prejuicio de género promoviendo la participación y responsabilidad del cuidado de la salud es compartida entre varones y mujeres.

Para que un servicio tenga un enfoque cultural debe tener las siguientes características:

1. Libres de discriminación: Respeto y trato igualitario independiente de sus características, sociales, económicas culturales, étnicas etc.
2. Bilingües: Atención que se brinda con la lengua oficial y predominante de la comunidad.
3. Perspectiva Cultural: Con integración moderna y tradicional en la atención.

Los protocolos de atención deben considerar calidez, identidad cultural e idioma. Los protocolos existentes se basan en la medicina occidental y no se adaptan a las realidades propias de las poblaciones o comunidades cultural y étnicamente diversas. Dichos documentos deben de ser validados en el primer nivel de atención y con participación de la comunidad involucrada.

#### **1.3.1.4. Infraestructura, equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural.**

Establecimientos de Salud, con equipamiento y mobiliario que permita añadir el enfoque de interculturalidad en la atención, garantizando la confidencialidad y privacidad. Que cuente con equipos que permitan la atención ginecológica con adecuación intercultural (trípodes). (MINSa, 2006)

El mobiliario debe ser adecuado con elementos utilitarios que la comunidad utiliza, creando un ambiente familiar, en los siguientes ambientes.

- Sala de Espera, área importante, debido a que son los pobladores que están un buen periodo de tiempo, se debe de

adecuar con bancos, sillas que ellos laboran y que son relevantes para ellos.

- Sala de Parto, por ser un espacio para mujeres debe contar con ciertas características especiales, que les pueda dar mayor seguridad emocional, acercándolas al espacio familiar. Se pueden colocar hamacas, o bancos de madera. Para el parto vertical deberían colocarse cuerda de sostén, colchonetas, camas de madera, tablas, cobijas y sobrecamas de colores de acuerdo a su idiosincrasia cultural.
- Casa de espera, por ser el lugar donde la embarazada y su familia permanecen antes del parto y durante los primeros días del puerperio, sobre todo si son de lugares más distantes, los utensilios y mobiliarios deben de ser según su costumbre, por lo que es de suma importancia la participación de la población, partera, promotores de salud en la implementación de las casas de espera.
- Insumos/ Recursos etnobotánicas, se debe de disponer de alternativas terapéuticas en relación a los tratamientos, como por ejemplo huertos, donde pueda la población cultivar las plantas medicinales que usan y que tengan reconocimiento de la medicina tradicional y deberían estar cerca de los establecimientos de salud.
- Herbarario de plantas Medicinales. Deberá construirse con la participación de los agentes comunitarios de salud e instalado dentro del establecimiento de salud, las plantas medicinales secas deben de estar disponibles ante cualquier eventualidad y ser las que requiera la comunidad según sus necesidades del perfil epidemiológico.
- Los comités locales y grupos comunitarios deben de disponer de sistemas de transporte para las emergencias en la salud para

el traslado de los pacientes, debido a que son conocidas las dificultades para movilizar a los enfermos de estas comunidades, por tanto se debe el personal de salud y los gobiernos locales deberían de trabajar en conjunto para mejorar la calidad de vida de la población. (ECUADOR, 2006)

### **1.3.2 COMUNIDADES NATIVAS.**

Las comunidades nativas tienen su origen en grupos tribales de selva y ceja de selva y están formadas por familias que tienen los siguientes elementos: dialecto o idioma, características culturales, características sociales, tenencia de un mismo territorio con asentamiento nucleado o disperso.

A lo largo de los años los derechos territoriales de los indígenas amazónicos han sido objeto de una dinámica singular a lo largo de estos últimos años- En 1964 se promulgo la ley 15037, ley de la reforma agraria que consideraba las tierras ocupadas por las tribus de la selva no afectables, en extensión necesaria para cubrir sus necesidades, contemplaba la entrega de título de propiedad, pero en la práctica esta no llegó a materializarse.

En 1974 se reconoce a las comunidades nativas como persona jurídica y se otorga el derecho de propiedad de sus tierras brindándoles el carácter de imprescriptibles e inalienables e inembargables con el Decreto Ley 20653.

En el Perú existen 1786 comunidades indígenas, 51 grupos étnicos y 47 lenguas originarias. Un cuarto de la población del País es indígena. Las comunidades nativas son agrupaciones de pueblos amazónicos y pertenecen a las familias lingüísticas de Pano, Arawak, Harkmbut, que fueron reconocidas en el siglo 20. Los Harkmbut es a población de mayor

antigüedad, otras poblaciones amazónicas tienen presencia en la región como son los Shipibo-Conibo del Ucayali.

El Harakmbut es un solo idioma conformado por un conjunto de dialectos comprensibles entre sí, internamente se reconocen las particiones culturales de una misma colectividad con un pasado cultural común: Arakmbut (o Amarakaei), Wachipaeri, Aiweieri o ( Kisambaeri), Sapiteri (o Sireneri), Pukirieri, Arasaeri y Goyorí.

Otras localidades indígenas con población Harakmbut son las comunidades nativas de Santa Rosa de Huacaria y Queros, en el distrito de K'cosñipata, Provincia de Paucartambo, Departamento de Cusco. A la familia lingüística Arawak pertenecen -entre otros- los idiomas Matsigenka, Yiné (o Piro) e Iñapari, presente en la región de Madre de Dios.

En la Provincia del Manu, los Matsigenka corresponden a las actuales Comunidades Nativas de Tayakome y Yomibato (Distrito de Fitzcarrald), dentro del Parque Nacional del Manu, así como a las comunidades nativas de Palatao-Teparo y Shipetiari (Distrito del Manu). Asimismo, en esta Provincia, los hablantes Yiné se localizan en las comunidades nativas de Diamante e Isla de los Valles, en la Provincia de Tahuamanu, un asentamiento Yiné reconocido como comunidad nativa es Bélgica.

En la Provincia de Tambopata, la comunidad nativa de Shiringayoc reúne individuos de tres familias lingüísticas, Harakmbut, Pano (Amahuaca) y Tacama (Ese'ejá). una situación similar ocurre en la comunidad nativa (misión dominica) de El Pilar, que reúne población indígena Takana (Ese'ejá), Arawak (Matsigenka) y Pano (Shipibo). (MDD, 2014)

Algunas familias Harakmbut que no forman parte de otras comunidades nativas Harakmbut reconocidas viven en las localidades de Bajo Punkiri Puerto Carlos.

En el Distrito de Iñapari, Provincia de Tahuamanu, localidad de Oceanía, se han reubicado algunas familias Yiné que proceden de un desprendimiento de la comunidad nativa de Bélgica. En la localidad de Alerta, residen numerosas familias Kichwa Runa, originarias del río Napo, remanentes de los contingentes traídos por caucheros (Rummenhoeller 1988). En el río Tahuacuatimanu, en el actual asentamiento Monte Salvado, se ubican algunas familias Yiné procedentes de Miaría, en el Urubamba. Emigraron de dicha comunidad al curso medio del río Las Piedras, por distintos factores (contexto de violencia, afanes evangélicos incentivados por el ILV; acceso a madera, etc.). Corresponde a un grupo de población indígena con una fuerte articulación a la economía de mercado.

Existen aún pocas familias Iñapari. Sobre los Iñapari se puede referir lo siguiente, de acuerdo a CORDEMAD. Han ocupado desde el siglo pasado, por lo menos, el río Las Piedras y el de Los Amigos. Provenirían del territorio del Acre (actualmente Brasil) y desde Bolivia. En la localidad de Iberia y hasta en Puerto Maldonado hay familias de origen Iñapari ya asimiladas o amestizadas. Los iñaparis fueron de los pueblos que sufrieron fuertemente los efectos de masacres y enfermedades durante la época del caucho, siendo casi totalmente exterminados. Actualmente, sólo hay un remanente Iñapari formado por un pequeño grupo de mujeres, casadas con mestizos en Sabaluyoc, río Las Piedras.

En la región de Madre de Dios el proceso de dislocaciones tribales y la ocupación de la misma región, principalmente por poblaciones migrantes mestizas, el impacto de las poblaciones ribereñas en la identidad cultural regional en Madre de Dios no ha adquirido la misma influencia que dichas poblaciones tienen en Loreto, Ucayali y San Martín.

Los derechos en salud de las comunidades nativas están asociados con sus conocimientos e identidad cultural, deben ser respetados y reconocidos por todas las personas autoridades, personal de salud y funcionarios públicos, de acuerdo a la normatividad internacional y nacional,

Derechos en salud de las comunidades nativas amazónicas en salud.

1. Respeto a la identidad cultural
2. Respeto a las costumbres, tradiciones y modos de pensar
3. Gratuidad del certificado de nacimiento
4. Acceso a atención gratuita por el SIS
5. Información en su idioma
6. Ser consultada antes de la vacunación o examen u otros
7. Recibir tratamiento
8. Participar en la organización de la presentación de los servicios
9. No ser discriminado ni violentado
10. Reconocer su saber de la medicina tradicional
11. Tener embarazo y parto saludable
12. Reclamar sus derechos cuando no se cumplen

Los deberes en salud son:

1. Conocer su identidad cultural.
2. Hacer de conocimiento sobre sus costumbres y tradiciones.
3. Llevar estilos de vida saludables.
4. Contar con DNI, para su reconocimiento como ciudadano.
5. Vacunar a sus hijos e hijas.
6. Controlar su embarazo.
7. Conocer sus derechos en salud.
8. Solicitar información al personal de salud.
9. Participar de las actividades del establecimiento de salud.

(VERASTEGUI, 2011).



## **1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.4.1. Problema general**

¿Cómo es la gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas en Madre de Dios?

### **1.4.2. Problemas específicos**

¿Cuál es el estado actual del fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en SALUD INTERCULTURAL?

¿Cuál es el estado actual de la planificación y presupuesto en relación a la SALUD INTERCULTURAL?

¿Cuál es el estado actual de la Atención con enfoque Intercultural en los servicios de salud de Madre de Dios?

¿Cuál es el estado actual del equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural en los establecimientos de salud de Madre de Dios?

## **1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

### **1.5.1. Justificación legal**

La investigación se sustenta en el siguiente marco jurídico internacional: Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169), Parte V Seguridad Social y Salud, Artículos 25 en la cual se menciona lo siguiente:

1. Corresponde a los gobiernos regionales, locales velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Organizar los servicios de salud, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones, geográficas, económicas sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El Ministerio de salud deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Informe Defensorial Número 169 “La Defensa del Derecho de los Pueblos Indígenas Amazónicos a una Salud Intercultural” donde se resuelve aprobar el informe defensoría en mención realizado por el Programa de Pueblos Indígenas de la Adjuntía del Medio Ambiente, Servicios Públicos y Pueblos Indígenas de la Defensoría del Pueblo. Asimismo, recomienda al Congreso de la República:

1. Formalizar a través de las comisiones de presupuesto, y la Cuenta General de la República y la de Salud y Población, el incremento progresivo del presupuesto anual del sector salud destinado a las regiones amazónicas a efectos de garantizar a los pueblos indígenas amazónicos el acceso a los servicios de salud.
2. Proponer un dialogo con los pueblos indígenas, la discusión y aprobación de una ley orientada al reconocimiento de la medicina tradicional y de sus agentes, que garantice su ejercicio y les haga partícipes activos de las estrategias del sector salud. (DEFENSORIA, 2015)

Por otro lado, recomienda al Ministerio de Salud:

1. En marco de la reforma del sector salud, incorporar la atención prioritaria de los pueblos indígenas, a fin de articular en todos los niveles del sector una respuesta sanitaria integral con enfoque de interculturalidad, en los aspectos referidos a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.
2. En la estructura del Ministerio de salud un órgano de alto nivel con capacidad normativa, funcional y administrativa en cargada de coordinar, formular, proponer, normar, orientar e implementar el enfoque interculturalidad en todos los niveles del sistema de salud, así como en las política, programas y estrategias de promoción prevención, atención y rehabilitación de la salud

### **1.5.2. Justificación política**

Con el propósito de enrumbar el desarrollo, su sostenibilidad y consolidar su gobernabilidad democrática, el Estado Peruano ha

definido un conjunto de Políticas, elaboradas sobre la base del consenso, consulta y el dialogo bajo la denominación de Acuerdo Nacional.

El Acuerdo Nacional está compuesto por 35 políticas de Estado de las cuales 5 políticas tienen vínculo con la Gestión de los Servicios de Salud Con Enfoque Intercultural para Comunidades Nativas.

a) La Política de Estado 13 de Acceso Universal a los Servicios de Salud y la Seguridad Social.

El Estado Peruano se compromete asegurar el acceso universal a la salud forma gratuita, continua, oportuna y de calidad sobre todo en zonas de mayor pobreza y en poblaciones vulnerables.

b) Política 11 de Promoción de la Igualdad de Oportunidades sin Discriminación.

El Estado Peruano se compromete a la disminución y posterior erradicación de situaciones de desigualdad o de diversas expresiones de discriminación inequidad social en particular las personas integrantes de comunidades étnicas.

c) Política 10 de Reducción de la Pobreza.

El Estado Peruano se compromete a dar prioridad efectiva a la lucha contra la pobreza y reducción de la desigualdad social Esta investigación observará in situ a directivos, trabajadores administrativos, funcionarios. Siendo la normativa institucional la siguiente:

### **1.5.3. Justificación técnica**

Norma Técnica NT N° 047 para transversalización de los enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud, aprobada mediante la R.M. N° 638-2006/MINSA, cuyo objetivo

general es el establecimiento de criterios e instrucciones que coadyuven en el diseño, implementación y evaluación de políticas, programas, planes y presupuestos de forma efectiva y eficaz en el marco de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud.

Documento Técnico “Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud – Marco Conceptual, aprobado con R.M. 792.2006/MINSA.

Directiva para promover la incorporación del lenguaje inclusivo en salud, aprobada con R.M. 188.2006/MINSA.

Guía técnica de relacionamiento para casos de interacción con indígenas en aislamiento o en contacto reciente, aprobado con R.M. 797.2006/MINSA.

Documento Técnico: “Diálogo Intercultural en Salud”, aprobado con R.M. N° 611-2014-MINSA.

Directiva Administrativa N° 240-MINSA/2017/INS “Directiva Administrativa para el Registro de la Pertenencia Étnica en el Sistema de Información de Salud”, cuya finalidad es contribuir en la construcción de información estadística de forma diferenciada, que permita la elaboración, implementación, monitoreo y evaluación de políticas públicas que favorezcan a la población culturalmente diversa.

#### **1.5.4. Justificación institucional**

Política Sectorial de Salud Intercultural, aprobada con D.S. N° 016-2016-SA, la misma que considera cuatro ejes de política fundamentales

“Garantizar el derecho a la salud desde el enfoque intercultural, de derechos, género e inclusión social en la prestación de los servicios de salud para los pueblos indígenas u originarios andinos y amazónicos; así como para la población afroperuana”

“Fomentar la medicina tradicional o ancestral y su articulación con la medicina occidental”

“Fortalecer capacidades y habilidades de los recursos humanos en salud intercultural.”

“Fortalecer la identidad cultural y la participación de los pueblos indígenas u originarios andinos y amazónicos y de la población afroperuana en los servicios de salud”.

#### **1.5.5. Justificación social**

Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo I donde se establece: que todos los pueblos tienen derecho de libre determinación. En virtud de este derecho establecen libremente su condición política y proveen asimismo a su desarrollo económico, social y cultural.

Considerando que el derecho a la salud, es el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental teniendo en cuenta la configuración genética del individuo y la elección de su estilo de vida, como como el grado de conocimiento científico y los recursos de que dispone el estado.

## **1.6. HIPÓTESIS**

### **1.6.1. Hipótesis general**

Existe una deficiente gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios.

## **1.7. OBJETIVOS.**

### **1.7.1. Objetivo General.**

Determinar el estado actual de la gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para Comunidades Nativas en el departamento de Madre de Dios.

### **1.7.2. Objetivos Específicos**

- Determinar el estado actual de las capacidades de los recursos humanos en salud intercultural.
- Describir el estado actual de la Atención con enfoque Intercultural en los servicios de salud de Madre de Dios.
- Describir el estado actual planificación y presupuesto con enfoque Intercultural en los servicios de salud de Madre de Dios.
- Describir el estado actual de la infraestructura, equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural en los establecimientos de salud de Madre de Dios.

## **II. MÉTODO**

### **2.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

“El diseño de investigación se refiere a la estrategia que adopta el investigador para responder al problema, dificultad o inconveniente planteado en el estudio. Para fines didácticos, se clasifican en diseño experimental, diseño no experimental y diseño bibliográfico”. (PALELLA, 2012)

En la investigación se utilizó el diseño no experimental, descriptivo y transversal.

#### **Diseño no experimental:**

“Estudio que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos”. (HERNANDEZ, 2006).

“Son aquellos cuyas variables independientes carecen de manipulación intencional, y no poseen grupo de control, ni mucho menos experimental. Analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia”. (CARRASCO, METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA, 2005)

#### **Diseños transversales descriptivos.**

“Estos diseños se emplean para analizar las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad en un momento determinado del tiempo” (CARRASCO, METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA, 2005)

#### **Descriptivo.**

El propósito de este nivel es el de interpretar realidades de hecho. Incluye descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos.



El nivel descriptivo hace énfasis sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente. (PALELLA, 2012)

Arias, señala que este nivel de investigación consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento (...) mide(n) de forma independiente las variables (ARIAS, 2012)

“En este nivel se conoce, identifica y describe las características esenciales del fenómeno social en estudio, respondiendo las preguntas: ¿Cómo es?, ¿Cuáles son?, ¿Dónde están?, ¿Cuántos son?, etc.” (CARRASCO, METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA, 2005)

Esquema del diseño de investigación

Dónde:



M: muestra

O: observación

## 2.2. VARIABLES, OPERACIONALIZACIÓN

### 2.2.1. Variable

Variable 1: Gestión de los servicios de salud con enfoque interculturalidad para comunidades nativas en del departamento de Madre de Dios.

### 2.2.2. Operacionalización de las variables

Se debe considerar que operacionalizar variables es un proceso que parte de lo abstracto para llegar a lo concreto. Al operacionalizar las variables del estudio se siguió con los siguientes pasos: Definición conceptual, definición operacional, especificación de sus dimensiones, elección de los indicadores, formulación de las interrogantes y asignación de índices a cada indicador, de tal forma que consentirán acopiar información para su correspondiente análisis

e interpretación con el fin de cuantificar las variables de estudio. A continuación, se presenta las variables operacionalizadas:

**Tabla 1. Operacionalización de la Variable Gestión de los Servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios**

TITULO: GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS 2018				
Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems / Índices	Escala de valoración
<b>GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS 2018.</b>	<b>DIMENSIÓN 1: FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD INTERCULTURAL</b>	1.1 Personal capacitado reconoce positivamente la diversidad cultural de Madre de Dios y la incorporación del enfoque de interculturalidad en la gestión pública en el marco de la reforma y la modernización del Estado.	1,2,3,4,5,6,y7	No No sabe Si
	<b>DIMENSIÓN 2: PLANIFICACION Y PRESUPUESTO</b>	2.1 El personal de salud conoce el diagnostico situacional de las comunidades nativas en madre de dios y su incorporación en el PEI.  2.2 La Institución cuenta con Planes estratégicos (PEI o PDC) con Enfoque Intercultural., en el marco de la reforma y la modernización del Estado.  2.3 La DIRESA cuenta con un POI sobre salud intercultural  2.4.- La institución (DIRESA) ha asignado presupuesto para la atención de Salud a grupos étnicos  2.5.- Los Documentos de Gestión de la DIRESA Madre de Dios, consideran una Unidad relacionada a la transversalización del enfoque de Interculturalidad en Salud.	8,9,10,11 y 12	No No sabe Si

	<p><b>DIMENSIÓN 3: ATENCIÓN INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD</b></p>	<p>3.1.- Atención en los servicios de salud con total respeto y tolerancia a las costumbres y tradiciones propias de la diversidad cultural.</p> <p>3.2.- Los proveedores y proveedoras muestran conocimientos básicos del idioma o lengua local, de la comunidad usuaria de los servicios de salud.</p> <p>3.3.- Servicios de Salud cuentan con material educativo comunicacional incorporando el enfoque de interculturalidad,</p> <p>3.4.- Servicios de Salud con mecanismos de información en el idioma o lengua de la comunidad.</p>	<p>13,14,15,16,17,18,19,20</p>	<p>No No sabe Si</p>
	<p><b>DIMENSION 4: INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO CON ENFOQUE INTERCULTURAL</b></p>	<p>4.1 Infraestructura de los Establecimientos de Salud están de acuerdo a las prácticas y necesidades de los grupos étnicos locales.</p> <p>4.2 Establecimientos de Salud, que garanticen la confidencialidad y privacidad en la atención de salud.</p> <p>4.3 Equipos de atención ginecológica con adecuación intercultural. (Trípodes).</p>	<p>21,22,23 y 24</p>	<p>No No sabe Si</p>

## 2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

### 2.3.1. Población

La población de estudio está conformada por 99 trabajadores de la Dirección Regional de salud de Madre de Dios.

**Tabla 2. Distribución de la Población**

Direcciones/Oficinas	Nº
Dirección general	3
Dirección de planeamiento y presupuesto	10
Oficina de personal	18
Dirección ejecutiva de salud de las personas	18
Dirección ejecutiva de epidemiología	5
Dirección ejecutiva de salud ambiental	8
Dirección estadística e informática	4
Oficina de comunicaciones	2
Oficina ejecutiva de redes	7
Oficina ejecutiva de administración	15
Dirección ejecutiva de promoción de la salud	10
Total	99

Fuente: Cuadro de asignación de personal.

### 2.3.2. Muestra

El muestreo aleatorio simple, selecciona muestras mediante métodos que consienten que cada posible muestra tenga una igual posibilidad de ser escogida y que cada unidad de la población total tenga una oportunidad igual de ser incluido en la muestra.

La muestra es probabilística fue determinada mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ^2 pq}{E^2(N-1) + Z^2 pq}$$

**Donde:**

N: Población

p: Probabilidad de éxito

q: Probabilidad de fracaso

E: Nivel de precisión o error estimado

Z: Coeficiente de confianza

La muestra participante estuvo conformada por 99 trabajadores de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) del departamento de Madre de Dios.

**Los valores**

N: Población: 99

p: Probabilidad de éxito: 0.5

q: Probabilidad de fracaso: 0.5

E: Nivel de precisión o error estimado: 0.05

Z: Coeficiente de confianza: 1.96

$$n_o = \frac{99 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (99 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 79$$

Factor de corrección (fc) es superior al 0.05

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{(n_o - 1)}{N}} \qquad n = \frac{79}{1 + \frac{(79 - 1)}{99}} = 45$$

**Tabla 3. Distribución de la Muestra**

<b>Direcciones/Oficinas</b>	<b>N°</b>
Dirección general	1
Dirección de planeamiento y presupuesto	5
Oficina de personal	8
Dirección ejecutiva de salud de las personas	8
Dirección ejecutiva de epidemiología	2
Dirección ejecutiva de salud ambiental	4
Dirección estadística e informática	1
Oficina de comunicaciones	1
Oficina ejecutiva de redes	3
Oficina ejecutiva de administración	7
Dirección ejecutiva de promoción de la salud	5
<b>Total</b>	<b>45</b>

Fuente: Elaboración Propia

## **2.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.**

### **TÉCNICA**

- **La Observación:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la observación, al respecto, Hurtado en su libro “Metodología de la Investigación Holística” sostiene que la observación es la primera forma de contacto o de relación con los objetos que va ser estudiados. Constituye un proceso de atención, recopilación y registro de información para luego ser analizados en una visión global. (HURTADO, 2000)
- **La Encuesta:** A través de ella se va a obtener información y datos importantes, los cuales constituyen un aporte estadístico valioso que serán manejados en el análisis cuantitativo sobre gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios. Se tuvo como

referencia la Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos.

## **INSTRUMENTO**

- **El cuestionario:** Para Humberto Ñaupas, el cuestionario es una modalidad de la técnica de la encuesta, que consiste en formular un conjunto sistemático de preguntas escritas en una cédula, que estén relacionadas con las hipótesis de trabajo y por ende a las variables e indicadores de investigación. Su finalidad es recoger información para verificar las hipótesis de trabajo. (ÑAUPAS, 2014)

En la investigación se utilizó el test: Escala de Resiliencia de Wagnild y Young quienes construyeron la Escala de Resiliencia (ER) con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. (WAGNILD, 1993)

Para medir la variable gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural se elaboró un cuestionario sobre gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas en el departamento de Madre de Dios, el instrumento de medición presenta 24 ítems distribuidos en cuatro dimensiones:

- Recursos humanos.
- Planificación y presupuesto
- Atención intercultural en los servicios de salud
- Infraestructura, equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural

## **CONFIABILIDAD**

Los instrumentos de investigación como medios técnicos que nos permitirán recoger datos e información necesaria, para resolver el



problema planteado, deben poseer ciertos requisitos que garanticen su eficacia y efectividad al ser aplicados a la muestra de estudio.

Antes de la aplicación de los instrumentos de investigación, es recomendable verificar si son válidos y confiables para el propósito técnico y científico que persigue el investigador.” (Arias, 2013) (3 p.336). El Instrumento fue sometido a una validación por juicio de expertos y confiabilidad.

**Validez de juicio de expertos:**

Las herramientas diseñadas, presentaron y reunieron todas las exigencias de confianza, seguridad e integridad, cuyos datos alcanzados son estimados y evaluados. Para la validación del instrumento se toma como referencia los “resultados generales del juicio de expertos mediante indicadores por criterios” que se encuentra en el apartado de Anexos, donde el resultado obtenido se comparó con la siguiente escala:

**Tabla 4. Validez de Juicio de Expertos**

<b>Valores</b>	<b>Niveles de Validez</b>
81 -100	Excelente
61 – 80	Muy Bueno
41 – 60	Bueno
21 – 40	Regular
0 – 20	Deficiente

El instrumento utilizado alcanzo más del 66%, estableciéndose como muy bueno.

### Confiabilidad de los Instrumentos

Para ver la confiabilidad del instrumento y datos capturados en la investigación, se ha realizado el análisis del índice de consistencia interna en base a técnicas estadísticas como el coeficiente de alfa de Cronbach.

Según Hernández, los niveles de confiabilidad se resumen de la siguiente forma: (HERNANDEZ, 2006)

**Tabla 5. Escala del nivel de validez de confiabilidad de los instrumentos.**

Valores	Nivel de confiabilidad
0.53 a menos	Confiabilidad nula
0.54 a 0.59	Confiabilidad baja
0.60 a 0.65	Confiable
0.66 a 0.71	Muy confiable
0.72 a 0.99	Excelente confiabilidad
1	Confiabilidad perfecta

Para el cálculo de confiabilidad se aplicó a una encuesta piloto del 20% de la población en estudio obteniendo un coeficiente de 0.70 para la variable Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios coeficiente que demuestra muy buena confiabilidad del instrumento. Datos que fueron procesados en (SPSS).

**Donde:**

- K : Numero de ítems
- $\sum$  : Sumatoria de varianzas de los ítems
- $\sigma^2$  : Varianza de la suma de los ítems
- $\alpha$  : Coeficiente de alfa de conbach

**Tabla 6. Baremo para la variable: Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios.**

Categorías	Puntaje	Descripción	Ítems
Eficiente	[56; 72]	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas es eficiente	Del 1 al 24 Total 24 ítems.
Regular	[40; 56>	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas es eficiente	Puntaje máximo por ítems = 3
Deficiente	[ 24; 40 >	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas es eficiente	

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 7. Baremo para la dimensión: Fortalecimiento de Capacidades del Personal de Salud.**

Categorías	Puntaje	Descripción	Ítems
Eficiente	[16; 21]	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural es eficiente	Del 1 al 7 Total 5 ítems.
Regular	[12; 16>	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural es eficiente	Puntaje máximo por ítems = 3
Deficiente	[ 7; 12 >	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural es eficiente	

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 8. Baremo para la dimensión: Planificación y Presupuesto con Enfoque Intercultural**

Categorías	Puntaje	Descripción	Ítems
Eficiente	[12; 15]	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la Planificación y presupuesto con enfoque intercultural es eficiente	Del 8 al 12 Total 5 ítems.
Regular	[8; 12>	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la Planificación y presupuesto con enfoque intercultural es eficiente	Puntaje máximo por ítems = 3
Deficiente	[ 5; 8 >	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la Planificación y presupuesto con enfoque intercultural es eficiente	

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 9. Baremo para la dimensión: Atención intercultural en los servicios de salud**

Categorías	Puntaje	Descripción	Ítems
Eficiente	[19; 24]	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la Atención intercultural en los servicios de salud es eficiente	Del 13 al 20 Total 4 ítems.
Regular	[13; 19>	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la Atención intercultural en los servicios de salud es eficiente	Puntaje máximo por ítems = 3
Deficiente	[ 8;13 >	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la Atención intercultural en los servicios de salud es eficiente	

Fuente: Elaboración propia.

**Tabla 10. Baremo para la dimensión: Infraestructura equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural**

Categorías	Puntaje	Descripción	Ítems
Adecuado	[9; 12]	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la Infraestructura equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural es eficiente	Del 21 al 24 Total 4 ítems.
Regular	[7; 9>	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la Infraestructura equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural es eficiente	Puntaje máximo por ítems = 3
Inadecuado	[ 4; 7 >	Los trabajadores de DIRESA, manifiestan que la Infraestructura equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural es eficiente	

Fuente: Elaboración propia.

## PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Luego de haber realizado el trabajo de campo y de haber concluido con la aplicación del cuestionario se creará una base de datos. La información clasificada será procesada usando el software estadístico SPSS versión 22, para obtener los cuadros estadísticos. Se trabajará en función de las diversas técnicas estadísticas como Chi Cuadrado.

### 2.5. MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos emplearemos la estadística descriptiva, estimación de parámetros poblacionales según sea la naturaleza de los datos obtenidos a través del test, haciendo uso del programa estadístico SPSS – V22.

#### Test de Chi cuadrado

1. Los datos consisten en **frecuencias observadas (O)**, esto es, cuantos ítems o sujetos caen en cada categoría.
2. Se calculan las **frecuencias esperadas (E)** bajo  $H_0$ , esto es, las frecuencias que esperamos ver en cada categoría si la correspondiente hipótesis nula es correcta.

3. Comparamos las frecuencias observadas con las esperadas por medio del test estadístico que será una medida de cuán cerca están las frecuencias observadas de las frecuencias esperadas bajo  $H_0$ . Entonces, si la "distancia" es grande, tenemos evidencia para rechazar  $H_0$ . El test de Chi cuadrado es:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

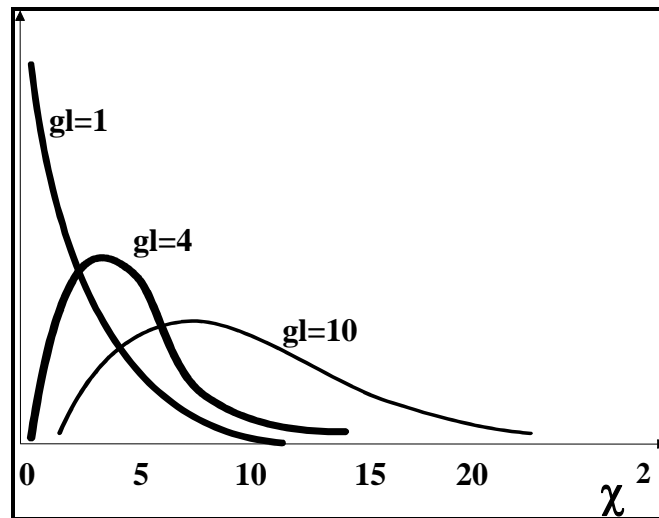
Si las frecuencias observadas están cerca de las frecuencias esperadas bajo  $H_0$ , entonces el estadístico de  $\chi^2$  debe ser chico. Valores grandes del estadístico indican diferencias entre lo observado y lo esperado. Como sólo valores grandes son evidencia a favor de la hipótesis alternativa, los test de Chi cuadrado son unilaterales y la dirección del extremo es hacia la derecha. El valor-p será la probabilidad de observar un test estadístico igual o mayor al calculado, asumiendo que la hipótesis nula es cierta.

4. La relación entre el test y la distribución funciona bien siempre cuando el número esperado es al menos.
5. En general los softwares estadísticos verifican este supuesto.

### **Propiedades de la distribución de Chi cuadrado**

- La distribución no es simétrica, es sesgada a la derecha
- Sus valores son cero o positivos, no negativos.
- La distribución está definida por el número de grados de libertad.
- El promedio de la distribución de Chi-cuadrado es igual a sus grados de libertad.
- La varianza de la distribución de Chi-cuadrado es dos veces sus grados de libertad (2 gl).

**Figura 1. Distribuciones de Chi cuadrado con distintos grados de libertad.**



## **2.6. ASPECTOS ÉTICOS**

En el presente estudio no se expondrá la identidad de las personas que intervienen en responder a las preguntas o ítems en los instrumentos formulados, considerando también éticos la confidencialidad en donde estos resultados serán intensamente resguardados para fines propios, sin divulgarlo, asimismo para el consentimiento informado se solicitará la autorización para poder tomar el nombre de la institución en la que se está realizando la investigación donde se aplicará la encuesta, por otro lado para la libre participación no se obligará a nadie, también se resguardará anonimidad de los participantes, por cuestión ética.

### III. RESULTADOS.

**3.1 Resultados descriptivos para la variable:** Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios, 2018 se presentan en la Tabla 11.

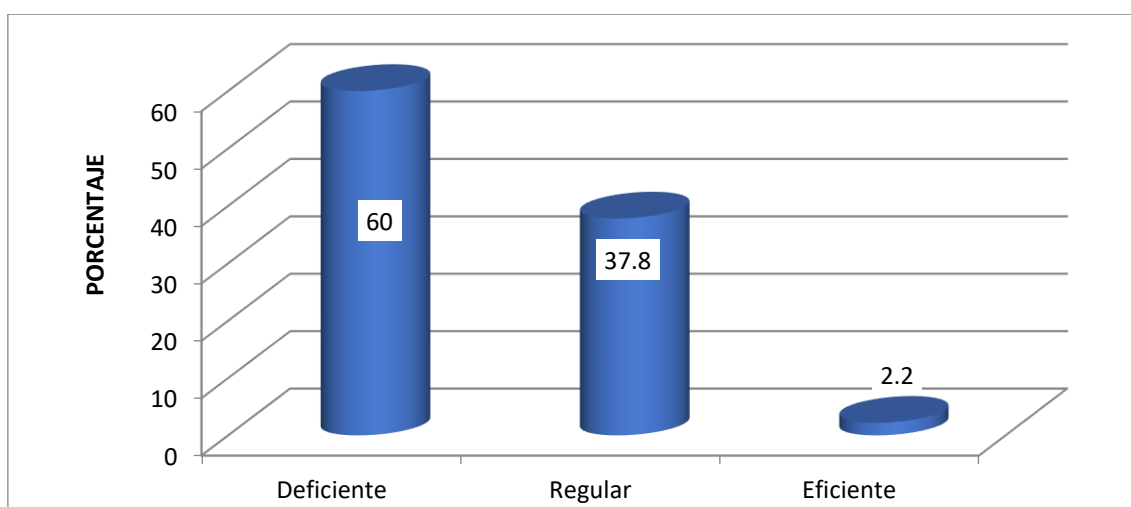
**Tabla 11. Gestión de Los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para Comunidades Nativas del Departamento de Madre de Dios.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Deficiente	27	60,0	60,0	60,0
Regular	17	37,8	37,8	97,8
Eficiente	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

El estudio, refleja que el 60% de los trabajadores de la Dirección Regional de salud consideran que la Gestión de Los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para Comunidades Nativas del Departamento de Madre de Dios es Deficiente y solo el 2.2% refiere que tiene algún grado de eficiencia.

**Gráfico 1. Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para Comunidades Nativas del departamento de Madre de Dios.**



Fuente: Elaboración Propia



### 3.1.1 Resultados descriptivos para la dimensión fortalecimiento de capacidades los recursos humanos en salud intercultural.

Considerando que Interculturalidad en Salud es “La capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuestas” (Ibacache y Oyarce, 1996). Esta dimensión a través de su indicador pretende medir el fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios, bajo este enfoque se realizó encuestas a personal que hace gestión pública obteniéndolos siguientes resultados (Tabla 11).

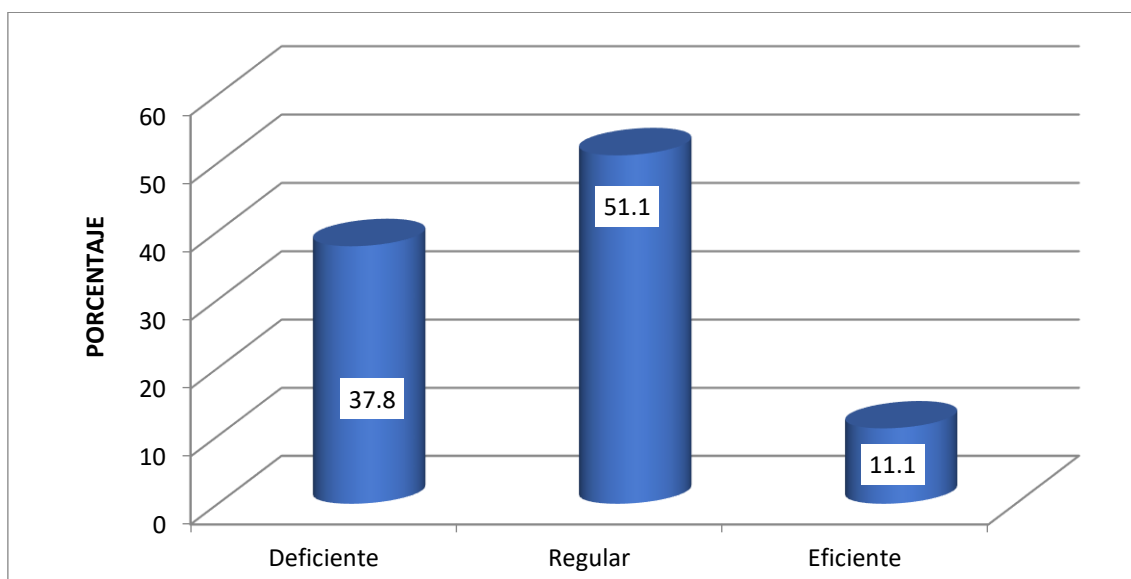
**Tabla 12. Fortalecimiento De Capacidades de los Recursos Humanos en salud intercultural**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Deficiente	17	37,8	37,8	37,8
Regular	23	51,1	51,1	88,9
Eficiente	5	11,1	11,1	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La investigación refleja que sólo el 11.1% de los recursos humanos de la DIRESA presentan capacidades suficientes (calificadas en la muestra como eficiente) en salud intercultural y un significativo 88.9 % de los investigados señalan que los recursos humanos en salud intercultural están entre deficientes o regular (Gráfico 2).

**Gráfico 2. Fortalecimiento De Capacidades de los Recursos Humanos en salud intercultural**



Fuente: Elaboración Propia

### **3.1.1.1 Resultados descriptivos de los Indicadores de la dimensión fortalecimiento de capacidades los recursos humanos en salud intercultural.**

Considerando la importancia de contar con información específica que permita conocer si el personal reconoce positivamente la diversidad cultural de Madre de Dios y la incorporación del enfoque de interculturalidad en la gestión pública en el marco de la reforma y la modernización del Estado, en ese entender el estudio efectuó consultas específicas cuyos resultados se presentan en Tabla 13.

Analizando la Tabla 13, se aprecia que el 75.6% del personal de salud de la Diresa manifiesta que no ha recibido capacitación sobre incorporación del enfoque de interculturalidad en los servicios de salud o en la gestión pública. El 55.6% refiere que no conoce la normatividad existente para la incorporación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad. Un 64.4% desconoce la existencia de personal especialmente capacitado en competencias interculturales en la institución.

**Tabla 13. Fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural por indicadores**

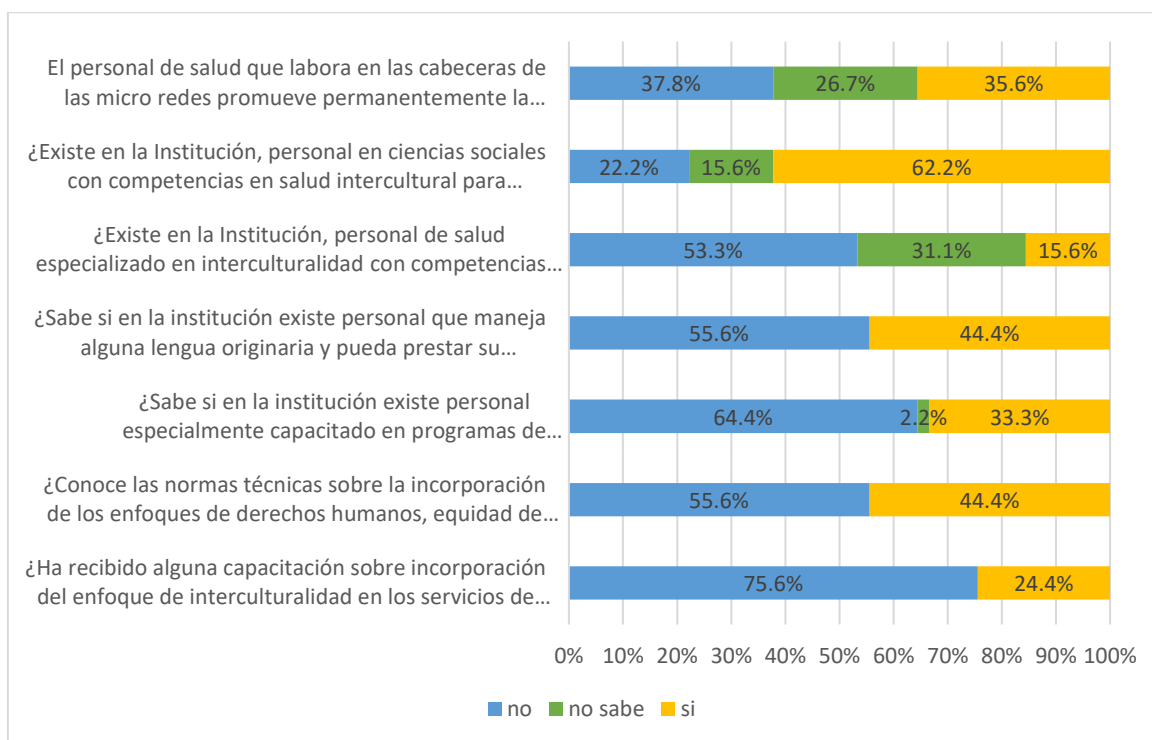
INDICADORES	No	No Sabe	Si
¿Ha recibido alguna capacitación sobre incorporación del enfoque de interculturalidad en los servicios de salud o en la gestión pública en los años 2017-2018? ¿Diversidad cultural, discriminación étnico racial, servicios con pertinencia cultural?	75.6%	0.0%	24.4%
¿Conoce las normas técnicas sobre la incorporación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en Salud?	55.6%	0.0%	44.4%
¿Sabe si en la institución existe personal especialmente capacitado en programas de competencias interculturales?	64.4%	2.2%	33.3%
¿Sabe si en la institución existe personal que maneja alguna lengua originaria y pueda prestar su colaboración en caso de ser necesario?	55.6%	0.0%	44.4%
¿Existe en la Institución, personal de salud especializado en interculturalidad con competencias para ser un mediador eficaz entre los intereses de los diferentes grupos étnico – culturales y la institución’?	53.3%	31.1%	15.6%
¿Existe en la Institución, personal en ciencias sociales con competencias en salud intercultural para desarrollar actividades relacionadas a la incorporación del enfoque de interculturalidad en salud?	22.2%	15.6%	62.2%
¿El personal de salud que labora en las cabeceras de las micro redes promueve permanentemente la articulación intersectorial para mejorar las condiciones de vida que determinan la salud de la población de comunidades nativas?	37.8%	26.7%	35.6%

Fuente: Elaboración Propia

El 55.6% del personal de la DIRESA, muestra un desconocimiento sobre la existencia de personal que habla lenguas originarias y que pueda prestar su colaboración en caso de ser necesario. Asimismo, un 53.3% refiere que la institución no cuenta con personal especializado en interculturalidad con competencias de mediador entre los intereses de los diferentes grupos étnicos culturales y la institución. Seguidamente se aprecia que el 62.2% de entrevistados conoce la permanencia de profesionales en ciencias sociales que puedan aportar en la incorporación del enfoque intercultural en Salud; sin embargo, estos profesionales están asignados a áreas no relacionadas directamente con el tema intercultural. Finalmente, si consideramos a la interculturalidad como un determinante de la salud de los pueblos indígenas, a la

pregunta relacionada a la promoción de la articulación intersectorial para abordar la salud a partir de los factores contextuales, los entrevistados mencionaron que no se realiza esta articulación (37.8%) y un 26.7% desconoce el tema.

**Gráfico 3. Indicadores de la dimensión Fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural por indicadores**



Fuente: Elaboración Propia

### 3.1.2 Resultados descriptivos para la Dimensión Planificación y Presupuesto con Enfoque Intercultural.

Los resultados de esta dimensión nos llevan a conocer si en las herramientas de planificación y presupuesto de la DIRESA MDD se incorpora el enfoque de interculturalidad en salud para las comunidades nativas del departamento de Madre de Dios, los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 14.

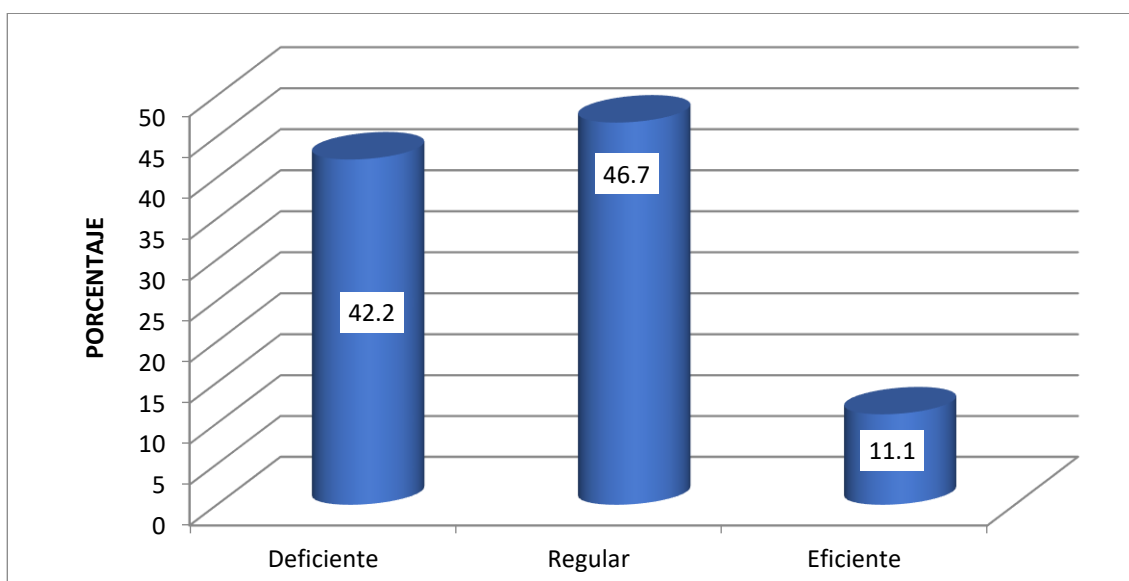
**Tabla 14. Planificación y Presupuesto con Enfoque Intercultural.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Deficiente	19	42,2	42,2	42,2
Regular	21	46,7	46,7	88,9
Eficiente	5	11,1	11,1	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

Más del 88% de los entrevistados de la DIRESA MDD señalan que la planificación y asignación de presupuesto se realiza de forma deficiente o regular para el enfoque de interculturalidad y solo un 11.1% indica que la planificación y asignación presupuestal se realiza con eficiencia (Gráfico 4).

**Gráfico 4. Planificación y Presupuesto con enfoque Intercultural**



Fuente: Elaboración Propia.

### **3.1.2.1 Resultados Descriptivos de los Indicadores para la Dimensión Planificación y Presupuesto con Enfoque Intercultural.**

Para realizar una adecuada planificación con pertinencia intercultural es necesario conocer la situación socioeconómica y cultural de las Comunidades Nativas del departamento. Sin embargo, a la consulta sobre el conocimiento de la realidad de los pueblos indígenas solo el

22.2% de entrevistados respondió conocer su realidad socio económicas y cultural, y un sorprendente 75.6% señaló que no conoce la situación actual de las comunidades nativas asentadas en el territorio del departamento.

Las herramientas de planificación regional e institucional, llámase Plan de Desarrollo Concertado (PDC), Plan Estratégico Institucional, ellos consideran el enfoque intercultural de forma conceptual sin evidenciar acciones o actividades que permitan su implementación. Al respecto, el 73.4% de los encuestados señala que no ha incorporado temas relacionados a la interculturalidad en los planes estratégicos de la Institución.

**Tabla 15. Planificación y Presupuesto con Enfoque Intercultural por Indicadores e ítems.**

<b>Indicadores</b>	<b>No</b>	<b>No Sabe</b>	<b>Si</b>
¿Conoce el diagnóstico actual sobre las características socio económico y cultural de las diferentes comunidades nativas en Madre de Dios?	75.6%	2.2%	22.2%
¿Se ha incorporado temas relacionados a la interculturalidad en los planes estratégicos de la Institución (PEI y PDC)?	17.8%	55.6%	26.7%
¿Se han incluido actividades relacionadas a la mejora de la atención al usuario para los distintos grupos étnicos culturales en los Planes Operativos de la Institución (POI)?	42.2%	35.6%	22.2%
¿La institución ha asignado presupuesto a las actividades de mejora en la atención de salud para los usuarios de las diferentes comunidades nativas?	64.4%	0.0%	35.6%
¿En los documentos de Gestión, llámese ROF y MOF ¿Existe un área o Unidad encargada de la incorporación del Enfoque de Interculturalidad en Salud?	82.2%	0.0%	17.8%

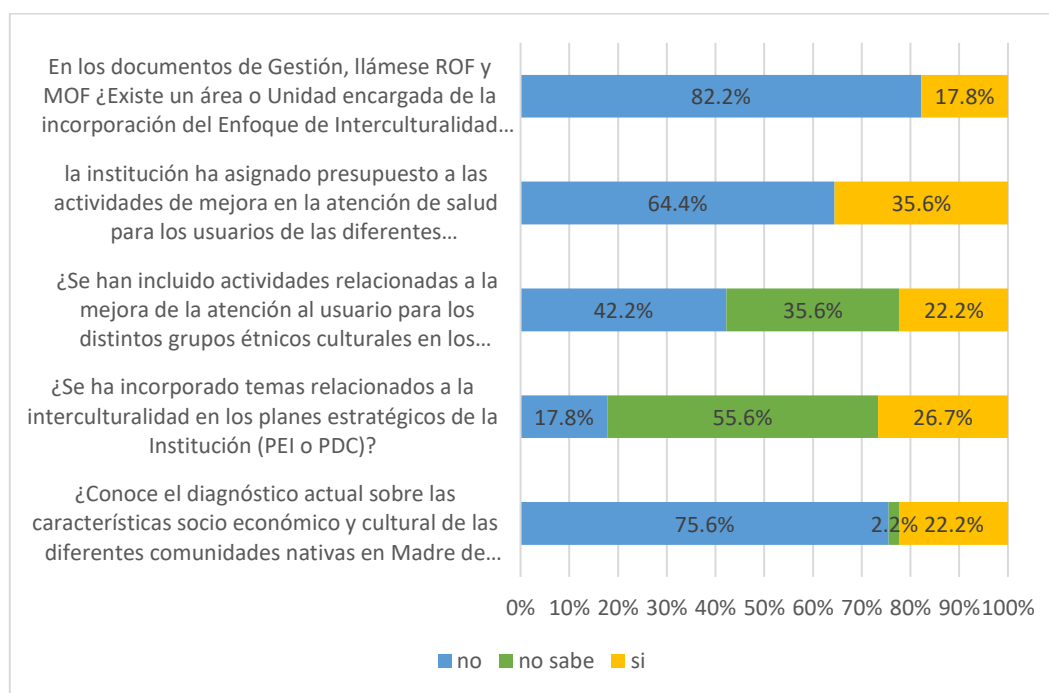
Fuente: Elaboración Propia

Por otro lado, cuando se consultó respecto a la asignación de presupuesto destinado a actividades de mejora en la atención de los servicios de salud para comunidades nativas el 64.4% manifestó que no se ha incluido presupuesto para desarrollar dichas actividades a favor de los distintos grupos étnicos culturales, muy a pesar que existe la

estrategia de pueblos indígenas adscrito a la Dirección de Salud de las Personas pero que no cuenta con presupuesto en su Plan Operativo Institucional POI.

En la DIRESA – MDD no existe un área o unidad técnica encargada de la incorporación del Enfoque de Interculturalidad en Salud porque no está incorporado en los documentos de gestión (MOF y ROF), situación que es corroborada por el 82.2% de entrevistados ante la consulta de la existencia de un órgano con competencia en temas de interculturalidad en salud.

**Gráfico 5. Planificación y Presupuesto con Enfoque Intercultural por Indicadores e ítems.**



Fuente: Elaboración Propia.

### 3.1.3 Resultados descriptivos para la Dimensión Atención Intercultural en los Servicios de Salud.

Un servicio de Salud con pertinencia intercultural, es aquel que reconoce, valora y respeta la diversidad cultural, utilizando la lengua de los usuarios (as), respetando los rituales propios de cada cultura, informando sobre la enfermedad con respeto a sus interpretaciones,

adecuando la señalización en los establecimientos de salud en su idioma. Un servicio que cuente con información en el idioma de la comunidad nativa, con material educativo comunicacional respetuoso de sus manifestaciones culturales, que reconozca, valores y promueva la medicina tradicional articulándola a la medicina occidental. Bajo estas consideraciones esta dimensión de análisis presenta los siguientes resultados (Tabla 16).

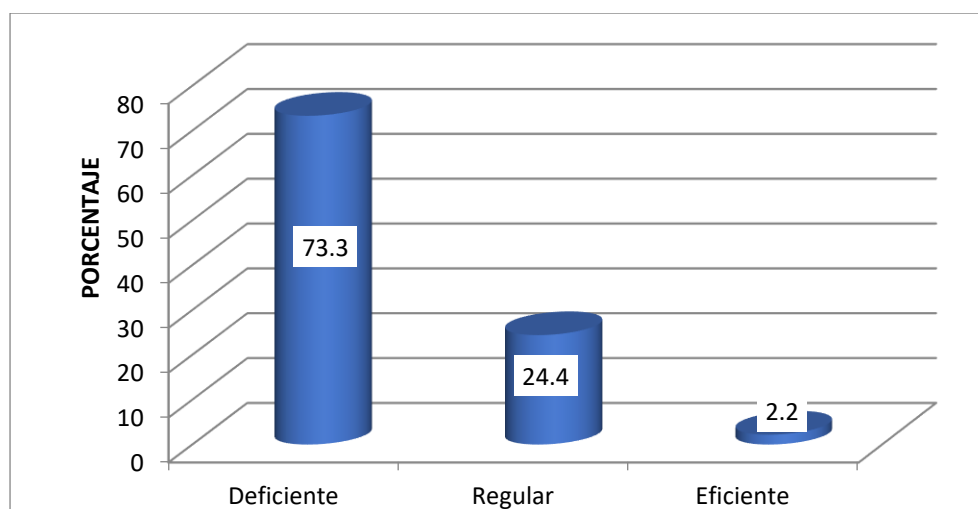
**Tabla 16. Atención Intercultural en los Servicios de Salud.**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	% Acumulado
Válido Deficiente	33	73,3	73,3	73,3
Regular	11	24,4	24,4	97,8
Eficiente	1	2,2	2,2	100,0
Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Los consultados refirieron que la atención intercultural en los servicios de salud brindado por los establecimientos de Salud que cobertura población de Comunidades Nativas es deficiente (73.3%), en tanto un 24.4% calificó como Regular la atención intercultural en los servicios de salud y solo un 2.2% manifiesta que el servicio brindado es Eficiente (Grafico 6).

**Gráfico 6. Atención Intercultural en los Servicios de Salud.**



Fuente: Elaboración Propia



### 3.1.3.1 Resultados Descriptivos de los Indicadores para la Dimensión Atención Intercultural en los Servicios de Salud.

Según Tabla 17 y Gráfico 7, el 64% del personal de la DIRESA manifestó que no se promueve el reconocimiento y valoración de la medicina tradicional y solo un 16% refiere lo contrario.

Una de las costumbres de las mujeres indígenas en esta parte del territorio peruano es la realización del parto vertical, sin embargo, esta forma ancestral que implica menos sufrimiento fetal solo es promovida en un 16% según refieren los entrevistados y un 62% del personal de la DIRESA manifestó que no se promueve el parto institucional con adecuación intercultural en los establecimientos de salud que coberturan poblaciones de comunidades nativas.

**Tabla 17. Atención Intercultural de los Servicios de Salud por Indicadores.**

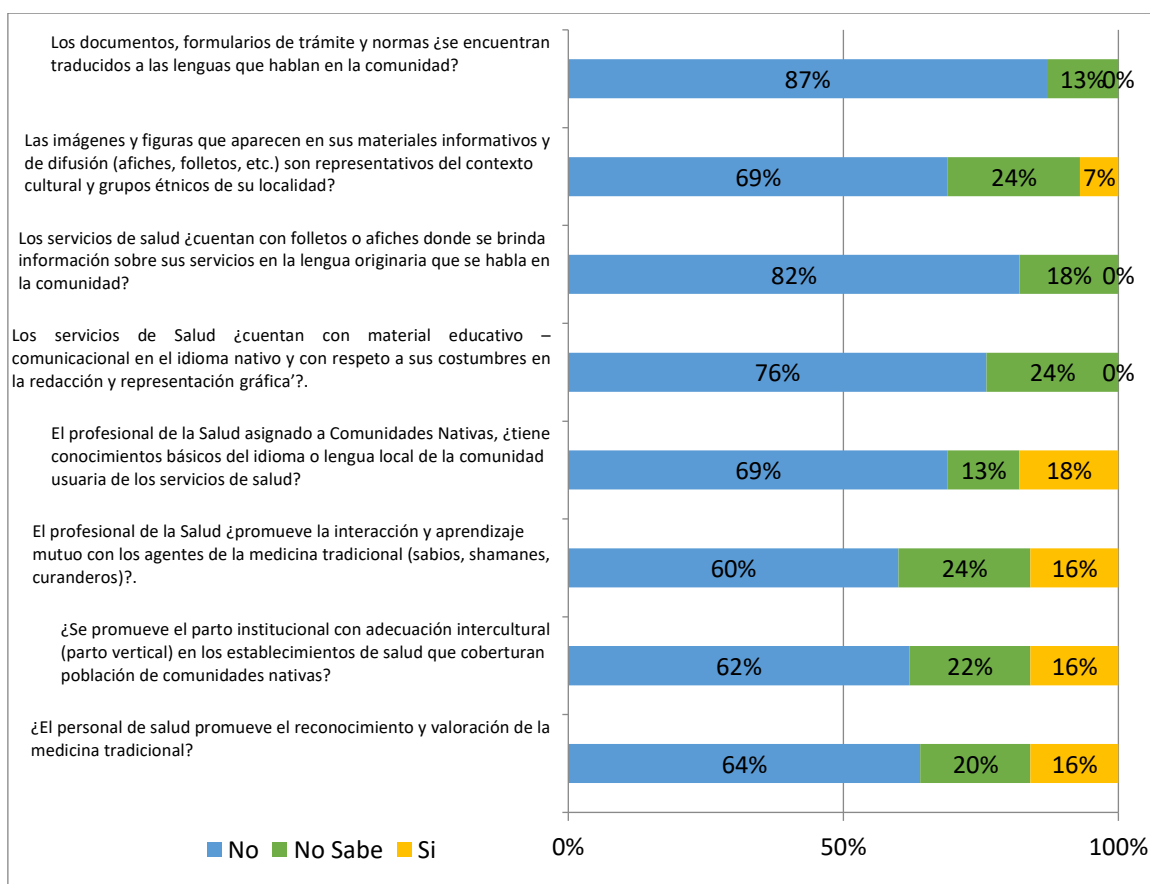
Indicadores	No	No Sabe	Si
¿El personal de salud promueve el reconocimiento y valoración de la medicina tradicional?	64%	20%	16%
¿Se promueve el parto institucional con adecuación intercultural (parto vertical) en los establecimientos de salud que coberturan población de comunidades nativas?	62%	22%	16%
El profesional de la Salud ¿promueve la interacción y aprendizaje mutuo con los agentes de la medicina tradicional (sabios, shamanes, curanderos)?.	60%	24%	16%
El profesional de la Salud asignado a Comunidades Nativas, ¿tiene conocimientos básicos del idioma o lengua local de la comunidad usuaria de los servicios de salud?	69%	13%	18%
Los servicios de Salud ¿cuentan con material educativo – comunicacional en el idioma nativo y con respeto a sus costumbres en la redacción y representación gráfica?.	76%	24%	0%
Los servicios de salud ¿cuentan con folletos o afiches donde se brinda información sobre sus servicios en la lengua originaria que se habla en la comunidad?	82%	18%	0%
¿Las imágenes y figuras que aparecen en sus materiales informativos y de difusión (afiches, folletos, etc.) son representativos del contexto cultural y grupos étnicos de su localidad?	69%	24%	7%
Los documentos, formularios de trámite y normas ¿se encuentran traducidos a las lenguas que hablan en la comunidad?	87%	13%	0%

Fuente: Elaboración Propia.

El 60% del personal manifestó que no se promueve la interacción y aprendizaje mutuo con los agentes de la medicina tradicional, 24% lo desconoce y el 16% manifiesta que si se promueve la interacción y aprendizaje mutuo con los agentes de la medicina tradicional.

El 69% del personal entrevistado de la DIRESA manifestó que los profesionales de la Salud asignados a Comunidades Nativas, no tiene conocimientos básicos del idioma o lengua local de la comunidad usuaria de los servicios de salud, el 13 % desconoce y 18 % manifestó que los profesionales de la salud asignado a Comunidades Nativas, si tiene conocimientos básicos del idioma o lengua local de la comunidad usuaria de los servicios de salud.

**Gráfico 7. Atención Intercultural De Los Servicios De Salud Por Indicadores.**



Fuente: Elaboración Propia.

Una forma de comunicar los servicios de salud a las Comunidades Nativas es a través de medios escritos como trípticos, dípticos, folletos, entre otros y de preferencia estos deben ser escritos en su idioma nativo. Si bien, la DIRESA utiliza este medio de comunicación esta no se hace en su idioma (0.0%) y tampoco cuentan con materiales educativo comunicacionales para desarrollar acciones de promoción y prevención de la salud con pertinencia étnica. Por otro lado, el 69% del personal de la DIRESA refieren que las imágenes y figuras que aparecen en sus materiales informativos y de difusión (afiches, folletos, rotafolios, etc.) no son representativos del contexto cultural y grupos étnicos de su localidad, 24% lo desconoce.

Otro aspecto importante de resaltar es la comunicación oficial (documentos, normas, directivas, etc) con enfoque intercultural, el mismo que debería contemplar su traducción a las diferentes lenguas de los (as) usuarios (as) de los servicios de salud., sin embargo este tipo de comunicación están diseñados para la sociedad mayor excluyendo a los pueblos indígenas puesto que la comunicación solo se presenta en idioma español, a la consulta sobre este temas, los entrevistados refieren que no existe documentos oficiales traducidos a las lenguas originarios de las comunidades nativas.

#### **3.1.4 Resultados descriptivos para la dimensión infraestructura equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural.**

En esta dimensión se considera información relacionada a la infraestructura, equipamiento y mobiliario que permita brindar una atención de calidad, bajo el enfoque intercultural, una atención que garantice la confidencialidad y privacidad de los usuarios (as) de los servicios de salud. Un servicio que cuente con equipos que permitan la atención ginecológica con adecuación intercultural (parto vertical) cuyos resultados se presentan en la Tabla 18.

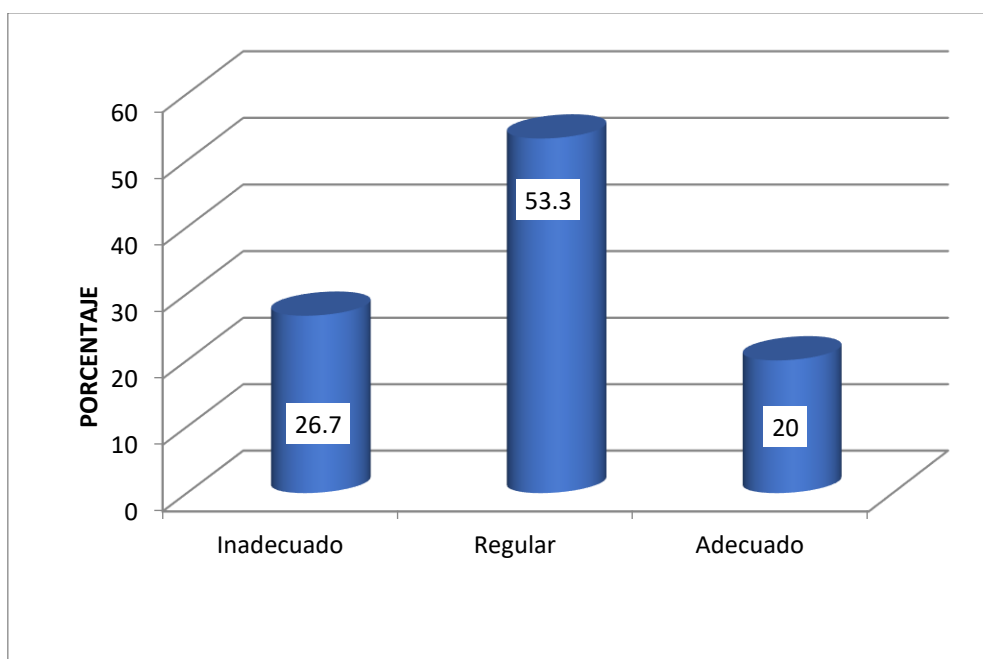
**Tabla 18. Infraestructura Equipamiento y Mobiliario con Enfoque Intercultural.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	% acumulado
Válido	Inadecuado	12	26,7	26,7	26,7
	Regular	24	53,3	53,3	80,0
	Adecuado	9	20,0	20,0	100,0
	Total	45	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Respecto a la infraestructura, equipamiento y mobiliario de los establecimientos de salud con un enfoque intercultural, solo el 20% señala que estos componentes son adecuados para la atención de la salud de la población de las Comunidades Nativas, el 53.3% señala que es regular y un 26.7% califica la infraestructura, equipamiento y mobiliario como inadecuado (Gráfico 8).

**Gráfico 8. Infraestructura equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural.**



Fuente: Elaboración Propia

### **3.1.4.1 Resultados Descriptivos de los Indicadores para la Dimensión Infraestructura Equipamiento y Mobiliario con Enfoque Intercultural.**

El 55.6% del personal de la DIRESA Madre de Dios, refirió que la infraestructura de los establecimientos de salud ubicados en Comunidades Nativas no ha tomado en cuenta los espacios en su construcción en función a sus prácticas y necesidades de atención en salud de los grupos étnicos locales, el 26.7% no sabe, mientras que el 17.8% manifestó que si se ha tomado en cuenta las prácticas y necesidades de los grupos étnicos locales, aunque han señalado también que para la construcción de los establecimientos de salud han tenido un modelo pre-establecido desde nivel nacional.

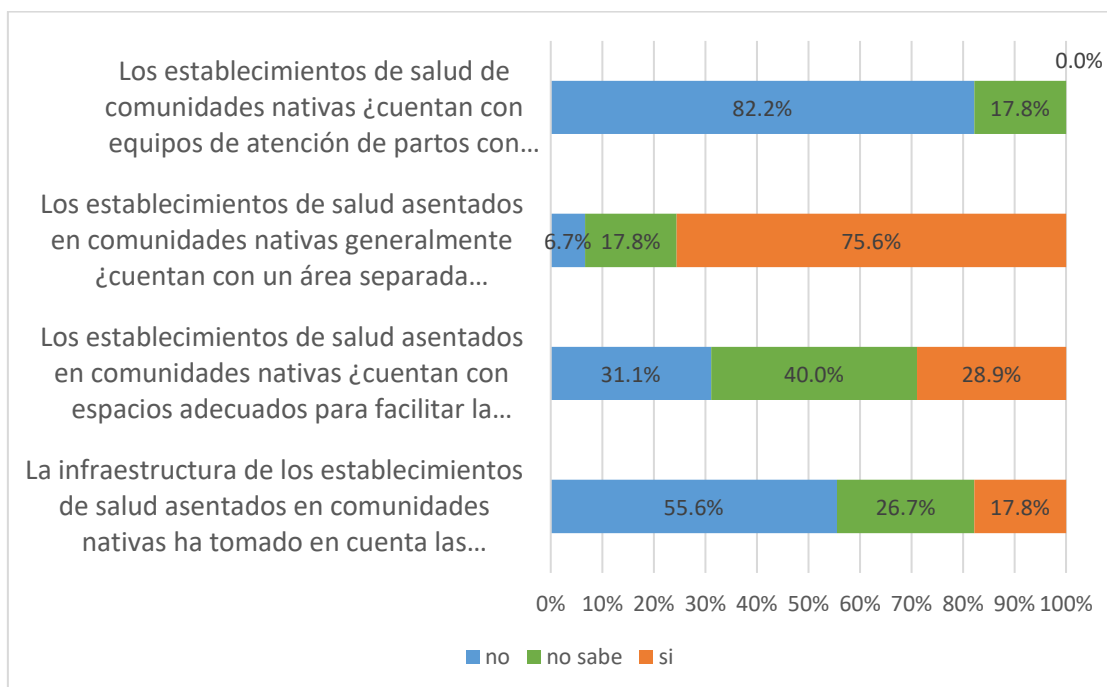
Muchas veces, los pobladores nativos sobre todo las mujeres van acompañadas al establecimiento de salud por una persona, de preferencia un familiar. Para ello, el establecimiento debería considerar espacios adecuados que garanticen la satisfacción del usuario (a). Al respecto, solo el 28.9% manifestó que los establecimientos de salud si cuentan con espacios adecuados para facilitar la presencia de un acompañante en la consulta, el 31.1% de los entrevistados manifestó que los establecimientos no cuentan con espacios adecuados mientras que el 40% no sabe,

Con el ánimo de garantizar la privacidad en la atención de la población indígena, los establecimientos de salud adecuan ambientes con cortinas, tabiquería o biombos. Al respecto, el 75.6% manifestaron que los establecimientos de salud asentados en comunidades nativas si cuentan con espacios separadas del resto de ambientes para la realización de exámenes físicos,

El 82.2% del personal de la DIRESA - Madre de Dios, refirió que los establecimientos de salud que coberturan población de comunidades nativas no cuentan con equipos para brindar una atención de partos con enfoque intercultural (parto vertical) mientras que el 17.8% de

entrevistados desconoce si los establecimientos de las comunidades nativas cuentan con estos equipos.

**Gráfico 9. Infraestructura Equipamiento y Mobiliario con Enfoque Intercultural por Indicadores.**



Fuente: elaboración Propia

### 3.2 PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL:

#### a) planteamiento de hipótesis

**Ho:** No existe una deficiente gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural.

**H1:** Existe una deficiente gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural.

#### b) Nivel de Significancia

**Alfa =0.05**

**c) Estadístico de Prueba.**

**Tabla 19. Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para Comunidades Nativas del Departamento de Madre de Dios.**

	N observado	N esperada	Residuo
Deficiente	27	15,0	12,0
Regular	17	15,0	2,0
Eficiente	1	15,0	-14,0
Total	45		

**Estadísticos de prueba**

	GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DEDIOS
Chi-cuadrado	22,933 <sup>a</sup>
Gl	2
Sig. Asintótica	,000

a. 0 casillas (0,0%) han esperado frecuencias menores que 5. La frecuencia mínima de casilla esperada es 15,0.

**d) Decisión**

Como el  $p < 0.05$ , se rechaza la hipótesis nula y **ACEPTA LA HIPÓTESIS ALTERNA**, lo que indica que existe una deficiente gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural.

#### **IV. DISCUSIÓN**

Un servicio de salud brinda una atención de calidad cuando presenta un conjunto de capacidades y características que le permiten cumplir con sus objetivos y satisfacer las necesidades de los usuarios entre dichas características es primordial la incorporación del enfoque intercultural capaz de atender y satisfacer las necesidades de las comunidades nativas con pertinencia. Cuando esto no ocurre se produce una brecha entre la población nativa y el servicio ocasionando que no se logren los objetivos de mejorar la calidad de vida de la población.

La gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural de la Dirección Regional de Madre de Dios es deficiente (60%), esto se explicaría por. En estudios realizado por Pintado (17) en el departamento de Amazonas encontró una escasa capacidad de los directivos públicos para la tomar de decisiones estratégicas orientadas al enfoque intercultural, hecho que agrava más la variable étnica y genera consecuencias de exclusión social y desigualdad hacia la población de los pueblos indígenas.

##### **4.1 Fortalecimiento de las Capacidades de los Recursos Humanos.**

El fortalecimiento de las capacidades de los Recursos humanos en salud intercultural hace referencia a los medios a través de los cuales se desarrollarán experiencia, aptitudes y capacidad técnica y de gestión no solo del recurso humano que tiene contacto con el personal de salud sino toda la estructura organizativa.

Esta investigación nos demuestra que solo el 11% del personal administrativo y de salud de la DIRESA Madre de Dios tiene suficientes capacidades con enfoque de interculturalidad y un significativo 75.6% del personal no está capacitado para incorporar el enfoque intercultural en la gestión pública y los servicios de salud. En ese sentido, el Ministerio de Salud en su norma técnica 049 del año 2006 indica que la capacitación es básica y fortalece al personal para que puedan brindar una atención culturalmente pertinente a la población indígena organizada bajo el modelo de comunidades nativas pero este proceso de fortalecimiento de capacidades no se dado en la medida de lo esperado. Sin embargo, el



Estado promueve la capacitación con enfoque intercultural para ello ha emitido el Decreto Supremo N° 016-2016-SA que en su Eje de política 3 resuelve fortalecer las capacidades y habilidades de los recursos humanos en salud intercultural que debe ser implementado por los órganos de línea competente.

Una vez fortalecido las capacidades de los recursos humanos debe implementarse los servicios de salud con enfoque intercultural. En ese sentido, el Ministerio de Salud a emitido normas internas donde se establecen claramente el enfoque de derechos humanos equidad de género e interculturalidad de salud, sin embargo solo el 44% de la población evaluada de la DIRESA manifestaron que conocen las normas técnicas sobre incorporación de los enfoques con derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud pero no se ha logrado implementar de forma que mejore la calidad de atención a los pueblos indígenas y muchas de estas normas han sido elaborados sin la participación de los pueblos indígenas (AISEP, 2016).

Por ello, habría que repensar en un modelo que considere la construcción de la interculturalidad en salud a partir de la participación activa de los pueblos indígenas. Tal como lo consideran Cárdenas y otros, 2016 en su artículo "Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana", donde evidencian la manera como una organización indígena juega un rol importante en la interculturalidad a partir de la formación de profesionales y técnicos, preparados para brindar atención en salud con pertinencia cultural.

Estas normas técnicas además deben considera mecanismos para que la población indígena organizada en Comunidad Nativas pueda expresar sus quejas o denunciar a actos discriminatorios en la prestación del servicio de salud.

Para implementar el servicio de salud con enfoque intercultural y las normas técnicas es necesario contar con profesionales especializados y

altamente calificados que hable de preferencia su lengua originaria que la DIRESA no tiene. Si bien, es cierto que en la DIRESA existe personal en ciencias sociales con conocimientos de interculturalidad, tal como lo demuestra el estudio (62% de entrevistados) estos profesionales se encuentran asignados a áreas donde sus funciones no están relacionadas directamente con la incorporación del enfoque de interculturalidad en salud, siendo estos profesionales de suma importancia en la identificación, comprensión y formulación de alternativas de solución de los problemas sociales de las comunidades nativas, sobre todo aquellos vinculados a la salud.

Los establecimientos de Salud de la Dirección Regional de Salud están organizados en Redes de Servicios de Salud y Micro Redes<sup>1</sup> para permitir

---

#### <sup>1</sup> Redes de Servicios de Salud

La Red de Servicios de Salud ha sido definida como el conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población.

#### Micro Red de Salud

La Micro Red es el conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad y ámbito geográfico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud destinada a la población.

#### Establecimiento de Salud

Es la unidad básica del primer nivel de atención de salud y de complejidad, orientada a brindar una atención integral en sus componentes de Promoción, Prevención y Recuperación.

una acción articulada de los servicios. En el primer nivel de atención de salud, el 65% de entrevistados refiere que no se realiza o no sabe si se promueve la articulación intersectorial para mejorar las condiciones que determinan la salud de las comunidades nativas, no obstante cuando se realizó las consultas respecto a las capacitaciones el 76% refirió no tenerlas por lo tanto si no hubo capacitación al personal de salud de la DIRESA en interculturalidad es difícil hacer incidencia de forma multisectorial para mejorar de las condiciones de vida que determinan la salud de los pueblos indígenas de comunidades nativas y un 27% desconoce. Ahora vinculado al primer nivel de atención de salud está vinculado a los gobiernos locales (municipalidades provinciales y distritales) estos no ejercen el liderazgo en toma de acciones contundentes con los líderes de las comunidades nativas y salud.

#### **4.2 Planificación y Presupuesto.**

En cuanto a la Planificación y presupuesto con enfoque intercultural, cuando una institución está comprometida en implementar el enfoque intercultural en la prestación de los servicios de salud, debe incorporarse en sus instrumentos de gestión como los planes de desarrollo, plan estratégico institucional, planes operativos, manual de organización y funciones (MOF), Reglamento de Organización de Funciones (ROF), presupuestos entre otros. El proceso de construcción de los instrumentos de gestión debe efectuarse de forma periódica y de manera diferenciada, identificando sus necesidades y prioridades declaradas por la propia comunidad nativa y según etapa de vida, género, situación socioeconómica, étnico-racial, religión ubicación geográfica, estado de salud, discapacidad, que resulten relevantes en la comunidad (AISEP, 2017).

En la Dirección Regional de Salud la planificación y presupuesto con un enfoque intercultural no es eficiente (84%) y esto se explica en parte porque en la DIRESA no existe un área o unidad encargada de velar por la transversalización de este enfoque y porque el 76% del personal de la DIRESA no conoce el diagnóstico sobre las características socio –

económicas ni culturales de las diferentes comunidades nativas, tampoco se ha asignado presupuesto para las actividades de mejora en la atención de salud para los usuarios de las comunidades nativas. Asimismo, es de suma importancia que la población de las comunidades nativas valide desde la planificación hasta el financiamiento las actividades que brindan los servicios de salud.

Al respecto, Alarcón M. y otros (2004) menciona en los resultados de su investigación con un alta (0.72 confiabilidad - Cronbach) que la gestión en salud intercultural está relacionada a la mayor participación de las organizaciones de los pueblos indígenas en el diseño de planes y programas de salud con enfoque intercultural.

Si bien, existen normas y directivas técnicas para la incorporación del enfoque intercultural en los servicios públicos uno de ellos es que los planes estratégicos de la institución deben incorporar temas relacionados a la interculturalidad asignando presupuesto para la adecuación intercultural de los establecimientos de las comunidades por ejemplo de acuerdo a la Norma Técnica sobre parto vertical “La redes de salud, micro redes y los establecimientos de salud deben incluir en el Plan Operativo Anual y en la programación del Presupuesto por Resultados del Programa de Salud Materno Neonatal, las actividades correspondientes en la atención de parto en posición vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Gestionando su inclusión en el presupuesto y evaluando a través de indicadores de proceso, resultado e impacto, pero en la práctica esto no se implementa por la falta de presupuesto.

Asimismo, las diferentes herramientas de gestión a nivel, regional e institucional mencionan el tema de interculturalidad como eje transversal; sin embargo, en la práctica no se operativiza, el 74% de entrevistados desconoce y menciona que no se ha incorporado el enfoque de interculturalidad en el Plan de Desarrollo Regional Concertado hacia el 2021 y el Plan Estratégico Institucional.

### **4.3 Interculturalidad en los Servicios de Salud.**

La atención Intercultural en los servicios de salud permite conocer saberes tradicionales en la solución de los problemas de salud de la comunidad, esta facilita la aceptación en la planificación de proyectos sanitarios, con un abordaje familiar y comunitario para la prevención de enfermedades lo que mejora la interacción entre el personal de salud con el paciente.

La DIRESA brinda una atención intercultural en los servicios de salud deficiente (73%). Por ello, es necesario que los establecimientos de salud cuenten con protocolos de atención con pertinencia intercultural, los mismos que deben de ser validados en cada zona donde serán aplicados.

Por otro lado, los documentos, formularios de trámites y normas no se encuentran traducidos a las lenguas originaria que hablan en la comunidad, los folletos o afiches donde se brinda información sobre sus servicios tampoco son en la lengua que habla la comunidad, no se cuenta con material educativo – comunicacional en el idioma nativo y con respeto a sus costumbres en la redacción y representación gráfica, esto ocasiona una barrera cultural en la prestación de los servicios de salud y limitan el acceso y ejercicio de derechos de las poblaciones nativas.

Por otro lado, el personal de la DIRESA tampoco promueve el reconocimiento y valoración de la medicina tradicional (64%), siendo este uno de los ejes fundamentales y segunda política sectorial de salud intercultural que la autoridad sanitaria promueva la medicina Tradicional y su articulación con la medicina convencional normado por el Estado Peruano (Decreto Supremo N° 016-2016-SA; Ley 27811). Esta escasa promoción y aplicación del enfoque intercultural podemos observarlo en el parto institucional (parto vertical) que solo el 16% del personal de salud de la DIRESA lo promueve, cuando este es costumbre en las comunidades nativas que representa una adecuación cultural que incide directamente en la aceptación por parte de las mujeres, con un claro impacto en la reducción de riesgos de muerte materna y perinatal con un incremento de partos institucionales.

En el tema de interacción y aprendizaje mutuo con los agentes de la medicina tradicional (sabios, chamanes, curanderos, parteras) solo el 16% del Personal de salud de la DIRESA Madre de Dios refieren que se promueve la interacción y aprendizaje. Sin embargo, la medicina tradicional desde el marco legal es un derecho cultural. Es el conjunto de conocimientos y prácticas, que son transmitidos a través de las prácticas ancestrales o la experiencia colectiva acerca de la salud y la enfermedad.

Para la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (AIDSESP) es importante que el personal incorpore los conocimientos y tecnologías de la Salud Indígena en los sistemas de Salud del Estado Peruano. Adicionar en sus atenciones médicas los conocimientos ancestrales de medicina de la comunidad o grupo étnico, respetando sus prácticas sanitarias, es decir que el personal de salud debería ser un enlace entre la medicina indígena y la medicina occidental, Los profesionales de salud están formados en la medicina occidental con un enfoque biomédico hegemónico y que no están preparados para atender a la población indígena.

El profesional de salud asignado a las comunidades nativas no tiene conocimientos básicos del idioma o lengua local, por otro lado, no se promueve el reconocimiento y valoración de la medicina tradicional siendo esta una alternativa seria para el problema de la salud porque no solo es un conjunto de prácticas terapéuticas y preventivas, sino que esta forma parte de la identidad cultural.

No se cuentan con material educativo-comunicacional en el idioma nativo y con respeto a sus costumbres en la redacción y representación gráfica, el marco normativo de la promoción de la salud con pertinencia intercultural claramente señala que el material formativo y los mecanismos de información cuidadoso de su cosmovisión en la escritura y representación gráfica.

#### **4.4. Infraestructura Equipamiento y Mobiliario con Enfoque Intercultural.**

La infraestructura es el lugar físico donde se producirá el encuentro entre la comunidad y el personal de salud, es el primer reflejo visible que la comunidad tiene con el establecimiento de salud por lo que se debe considerar su arquitectura y mobiliario. En ese entender, el 53.3% y 26.7% del personal de la DIRESA Madre de Dios refiere que la infraestructura, equipamiento y mobiliario de los establecimientos de salud tienen un enfoque intercultural de regular e inadecuado, respectivamente.

Solo el 18% manifestó que la infraestructura de los establecimientos de salud asentados en comunidades nativas ha tomado en cuenta los espacios para las prácticas y necesidades de los grupos étnicos locales. La adecuación toma en cuenta las condiciones culturales, geográficas, socioeconómicas y básicas sus prácticas y conocimientos locales de las comunidades nativas.

En general se podría señalar que los establecimientos de salud de la DIRESA no cuentan con espacios adecuados para la atención de la salud y tampoco facilitan la presencia de un acompañante a la consulta siendo esto importante para que el paciente pueda ganar confianza, perder temores, la vergüenza o miedo ante un personal de salud que muchas veces no conoce.

Si bien, los partos verticales resultan ser una alternativa viable, al no contar con los equipos y mobiliarios adecuados para la atención de partos con enfoque cultural, la carencia de estos últimos no contribuye a reducir las muertes maternas y neonatales, y el incremento de partos institucionales.

Los espacios donde las entidades brindan sus servicios también deben tomar en cuenta las particularidades de las comunidades nativas a ser atendidas, esto involucra a la infraestructura, adaptación del terreno, prácticas culturales, mobiliario y señalización en diferentes idiomas para que las personas puedan ubicarse en los recintos, seguir las rutas y desplazarse con seguridad. Porque el mobiliario, equipamiento e

infraestructura de los establecimientos de salud también repercuten significativamente en que el proceso de comunicación sea inadecuada entre la comunidad nativa el personal de salud por lo que es frecuente la desconfianza que ofrecen los servicios de salud, así como lo Menciono Pintado en su investigación la carencia de infraestructura equipamiento y mobiliario limitan no solo la calidad de la atención y la capacidad resolutive del establecimiento de salud sino la pertinencia y adecuación cultural de los servicios de salud.

Asimismo, en investigación realizada por Isabel C. R. y S. P. Altamirano, 2012 concluyen que la carencia de equipamiento y mobiliario con pertinencia intercultural no permite “acompañar el parto con otra modalidad que no sea el enfoque biomédico”. Es decir, no se cumplen con la normativa existente en relación a la atención del parto vertical (Norma Técnica N.º 14-MINSA/DGIESP-V.01 aprobada con R.M. 518/2016-MINSA.



## V. CONCLUSIONES.

- Como la probabilidad ( $p < 0.05$ ), se rechaza la hipótesis nula se acepta la hipótesis alterna, lo que indica que existe una deficiente gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural.
- Los resultados obtenidos muestran que el 60% del personal de la DIRESA Madre de Dios entre gestores, funcionarios y administrativos refieren que la Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios es Deficiente, el 37.8% que es regular y solo el 2.2% indique que la gestión es eficiente, estos resultados corroboran la hipótesis planteada.
- El estudio demuestra que solo el 11% del personal administrativo y de salud de la DIRESA Madre de Dios tiene suficientes capacidades con enfoque de interculturalidad mientras que el 75.6% del personal no está capacitado para incorporar el enfoque intercultural en las comunidades nativas.
- Si bien, en la DIRESA existe personal en ciencias sociales con conocimientos de interculturalidad, pero estos profesionales se encuentran asignados a áreas donde sus funciones no están relacionadas directamente con la incorporación del enfoque de interculturalidad en salud.
- En las Microredes, el 65% del personal de salud no realiza ni promueve la articulación intersectorial para mejorar las condiciones que determinan la salud de las comunidades nativas.
- En la Dirección Regional de Salud la planificación y presupuesto con un enfoque intercultural se encuentra catalogada como deficiente y regular (88.9%) y en parte se explica por la falta de una área o unidad encargada de velar por la transversalización de este enfoque y porque no conoce sobre las características socio – económicas ni

culturales de las diferentes comunidades nativas asentadas en el territorio del departamento de Madre de Dios.

- El 73.4% del personal administrativo y de salud de la DIRESA señala que no se ha incorporado de forma efectiva y permanente el enfoque de interculturalidad en las herramientas de planificación (Plan de Desarrollo Regional Concertado hacia el 2021 y el Plan Estratégico Institucional, etc. y si se ha incorporado es del punto de vista conceptual y sin presupuesto.
- La DIRESA brinda una atención intercultural en los servicios de salud deficiente (73%) muy a pesar que tiene normativa y directivas nacionales los cuales no se implementan porque estas herramientas han sido construidas en forma genérica y sin participación de los pueblos indígenas.
- De acuerdo al estudio, el personal de salud no promueve el reconocimiento y valoración de la medicina tradicional de las comunidades nativas del departamento de Madre de Dios.
- La ausencia de equipamiento, mobiliario e infraestructura adecuados influye en la calidad de atención con enfoque intercultural y con mayor razón en el caso del parto vertical.

## VI RECOMENDACIONES

- La Dirección Regional de Salud de Madre de Dios debe implementar las políticas públicas sectoriales y normatividad existente para transversalizar el enfoque de interculturalidad en la gestión y servicios de salud para comunidades nativas.
- Incluir en los planes de capacitación del personal directivo, funcionarios, coordinadores y administrativos de la DIRESA contenidos relacionados a la Incorporación de la Interculturalidad en la Gestión Pública. Así mismo capacitar al personal que brinda servicios de salud en las comunidades nativas en atención con enfoque intercultural y gestionar incentivos para su permanencia.
- Promover la contratación de profesionales y técnicos indígenas para la atención en Comunidades Nativas.
- La planificación debe ser inclusiva, partir del conocimiento de la realidad socio – económica y cultural de los pueblos indígenas y del reconocimiento, respeto y valoración de la diversidad étnica. Asimismo, se recomienda incorporar en los documentos de gestión de la DIRESA, una unidad técnica encargada de la transversalización del enfoque de interculturalidad en salud en el marco de los derechos humanos.
- Elaborar Protocolos de Atención con pertinencia intercultural, revalorar e incorporar la medicina tradicional a la occidental. Implementar la norma técnica sobre parto vertical. Diseñar y reproducir material educativo comunicacional con pertinencia cultural.
- La oferta de los servicios de salud debe considerar la adecuación intercultural, en su infraestructura, equipamiento y mobiliario.

- Promover la gestión territorial en salud, a través articulación intersectorial y social para el diseño de planes de mejora participativos que aborden la salud de los pueblos indígenas a partir de los determinantes sociales.
- La oferta de los servicios de salud debe considerar la adecuación intercultural, en su infraestructura, equipamiento y mobiliario.
- Este estudio cuenta con amplia y rica información para que a partir de ella se puedan generar nuevas investigaciones que profundicen el tema de interculturalidad en las comunidades nativas de Madre de Dios.

## VII REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALARCON A., A. P. (2004). Politica de salud intercultural. Revista medica de Chile, 1109-1114.
- ALIAGA. (2014). Avances, desafios y oportunidades hacia la construccion de una politica de salud intercultural en el Peru. Lima: CYBERTESIS UNMSM.
- ARIAS, A. (2012). El proyecto de investigacion. Venezuela: EPISTEME SAC.
- BOCCARA. (2007). Etnogubernamentalidad la formacion del campo de la salud intercultural en Chile. Revista de Antropologia y Arqueologia, 55-60.
- CARDENAS. (2017). Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. SCIELO PERU, 1-2.
- CARRASCO. (2005). Metodologia de la investigacion cientifica. En C. D. S., pautas metodologicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigacion (pág. 72). Lima: San Marcos.
- CARRASCO. (2005). Metodologia de la investigacion cientifica. En C. D. S., pautas metodologicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigacion (pág. 71). Lima: San Marcos.
- CULTURA, M. D. (2015). Servicios publicos con pertinencia cultural. Guia para la aplicacion del enfoque intercultural en la gestion de servicios publicos (pág. 31). Lima: Estacion la cultura S.A.C.
- DEFENSORIA, D. P. (2015). La defensa del derecho de los pueblos indigenas amazonicos a una salud intercultural. Lima: sinco.
- ECUADOR, M. D. (2006). Cooperacion tecnica de apoyo a la preparacion del programa de aseguramiento universal en salud.
- FIDIAS. (2006). El proyecto de investigacion. En F. G. ARIAS, Introduccion a la metodologia cientifica (pág. 71). Venezuela: EPISTEME.
- HERNANDEZ. (2006). Metodologia de la investigacion. En C. F. Roberto Hernandez Sampieri, Metodologica de la Investigacion (pág. 152). Mexico: Mc Graw - Hill.
- HURTADO. (2000). Metodologia de la investigacion holistica. En H. D. Jacqueline, Metodologia de la investigacion holistica (pág. 256). Caracas: SYPAL.
- MDD. (2014). Ccomunidades nativas. madre de dios, 1.
- MINSA. (2006). Enfoque de derechos humanos, equidad de genero e interculturalidad en salud. en M. D. salud, marco conceptual (pág. 63). Lima: sincoeditores.
- ÑAUPAS. (2014). Metodologia de la investigacion. En e. M. Humberto ñaupas, cuantitativa - cualitativa y redaccion de tesis (pág. 158). Bogota: Pacarina del Sur.
- PALELLA. (2012). Metodologia de la investigacion cuantitativa. En p. S. Santa, metodologia de la investigacion cuantitativa (pág. 95). Caracas: FEDUPEL.
- PEÑAFIEL. (2016). Impacto de la integracion intercultural al sistema. Ecuador: pucese - escuela de enfermeria.
- PEREIRA. (2008). A participacao dos agentes indigenas de Saude/AISs do Alto Xingu. Brasil: Publicacion salud Publica.
- PINTADO, I. (2016). La implementacion de politicas publicas en salud para los pueblos indigenas de santa maria de nieva en amazonas: la tension entre la tension al vih - sida y el enfoque intercultural. Lima.

- RIOS. (2012). Interculturalidad en salud. UCV -Scientia, 1.
- SALAVERRY. (2010). Interculturalidad en salud. Revista Peruana de medicina experimental y salud pu blica, 80-93.
- VERASTEGUI, F. (2011). Atencion en salud con pertinencia intercultural. Lima: salud sin limites.
- WAGNILD. (1993). Escala de resiliencia. Revista de medicion de enfermeria.

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Carta/Solicitud a la Entidad.



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"  
"Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú"

Puerto Maldonado, 03 de julio de 2018

**OFICIO N° 01 -2018- GOREMAD/GDS-DIRESA DEPROMS.**

Señor:  
**MED. ATILIO MACHACA CONDORENA**  
Director Regional de Salud de la DIRESA - MDD

**PRESENTE.**

**ASUNTO : SOLICITO AUTORIZACION PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION**

Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarlo cordialmente y a la vez comunicarle que en mi condición de alumna de la Maestría en Gestión Pública de la Escuela de Post Grado de la Universidad César Vallejo, sede Puerto Maldonado; estoy desarrollando el trabajo de investigación denominado:

**GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS.**

Por tal razón, recorro a su representada para solicitar se me autorice y dar facilidades para la aplicación del instrumento de levantamiento de información (encuesta) como parte del trabajo de investigación en esta institución tan prestigiosa a la cual pertenezco. Asimismo adjunto al presente el instrumento de levantamiento de información.

Agradeciendo la atención al presente, es propicia la ocasión para expresarle las consideraciones más distinguidas.

Atentamente,

Lic. Soc. Madeleine Tambo Choque  
DNI N° 00510597





## Anexo 2: Documento de Aceptación de la Entidad.



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS

"AÑO DEL DIÁLOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"  
"Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú"



Puerto Maldonado, 11 de julio de 2018

**OFICIO CIRC. N° 019 -2018-GOREMAD-DIRESA-MDD-OP/ACAP.**

Señores:

**Med. Ciruj. Atilio MACHACA CONDORENA**

Lic. Abraham SANCHEZ MENDEZ

Abog. César Elmer SERRANO MOLINA

Lic. Deyvi Wagner MESTANZA ISUIZA

Abog. Varoski ROMERO BELTRAN

CPC Igor Angel RUIZ ZEGARRA

CPC Jesús LIZARASO ROMERO

Med. Ciruj. Carlos Manrique de Lara Estrada

Ing. Manuel TORRES GONZALES

Lic. Esteban D. RIVERA CARRERA

C.D. Gladys TABOADA DE ROSALES

Lic. Richard PIPA CRUZ

Méd. Ciruj. Sucely FLORIAN CARRILLO

Q.F. Rosario CASTILLO MENDOZA

Lic. ANDÍA CHOQUE Gustavo

**PRESENTE.-**

**Directora Regional de Salud,**

Dir. Ejec. Planeamiento Estratégico

Jefe Oficina Asesoría Legal

Jefe de RR.PP.

Jefe Oficina de Personal

Dir. Ejec. Administración

Jefe Oficina de Economía

Dir. Ejec. Epidemiología

Jefe Oficina de Estadística

Dir. Ejec. Salud Ambiental

Dir. Ejec. Promoción de la Salud

Jefe Oficina de Logística

Dir. Ejec. Salud de las Personas

Dir. Ejec. DIREMID

Coord. de Emergencias y Desastres

**ASUNTO : APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.**  
**REFERENCIA : Oficio N° 01-2018-GOREMAD-DIRESA-DEPROMS..**  
=====

Es grato dirigirme a ustedes, saludándoles muy cordialmente, así mismo en atención al documento de la referencia, se **autoriza** a la Lic. en Sociología **Madeleine TAMBO CHOQUE**, alumna de la Maestría en Gestión Pública de la Escuela de Post Grado de la Universidad César Vallejo, Sede en Puerto Maldonado la misma que viene realizando el trabajo de investigación "**Gestión de los Servicios de Salud con enfoque Intercultural para Comunidades Nativas del Departamento de Madre de Dios**".

En tal sentido la mencionada servidora queda autorizada para visitar vuestra Oficina para la Aplicación del instrumento de levantamiento de información (encuesta) debiendo brindársele todas las facilidades que el caso amerite, para la conclusión de su trabajo.

Agradeciendo por la atención que se sirva brindar al presente, aprovecho la oportunidad para expresar a usted mi especial consideración y estima.

Atentamente,



VRB/AVP/Lilia Z.

GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  
OFICINA DE PERSONAL

Abog. Varoski Romero Beltrán  
JEFE OFICINA DE PERSONAL



### Anexo N° 3. Base de Datos

N	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P1 0	P1 1	P1 2	P1 3	P1 4	P1 5	P1 6	P1 7	P1 8	P1 9	P2 0	P2 1	P2 2	P2 3	P 24
1	3	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1
2	1	3	1	1	2	3	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
3	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1
4	3	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	3	3	1
5	3	1	1	1	1	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1
6	1	3	1	1	3	3	2	3	3	3	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2
7	1	1	3	3	1	1	2	1	2	3	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3
8	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	2	1	1	1	2	2	2	1
9	3	3	1	1	1	3	3	3	2	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1
10	3	3	1	1	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
11	1	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
12	1	1	3	3	1	3	1	1	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3
13	1	1	3	3	1	3	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1
14	1	1	1	3	1	3	1	3	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
15	1	1	1	1	1	2	3	1	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	1
16	1	1	3	3	1	3	3	1	1	1	3	1	1	3	2	1	2	1	3	1	3	3	3	2
17	1	3	1	3	1	3	1	3	3	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	2	3	3	1
18	1	1	1	3	1	1	1	1	2	3	3	1	1	2	3	3	2	1	1	1	1	3	3	1
19	1	3	3	3	2	3	3	1	2	1	3	1	3	3	3	3	1	1	1	1	1	3	3	1
20	3	3	1	3	1	3	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	3	1
21	3	3	1	1	1	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1	3	1
22	1	3	3	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1
23	1	1	1	1	2	2	3	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	3
24	1	3	1	1	3	3	1	1	1	2	3	1	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2
25	1	3	1	1	2	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1
26	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
27	1	1	1	1	2	3	2	1	3	3	3	1	2	2	2	2	1	1	3	1	3	2	3	2
28	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1	2	3	1	1	1	2	1	2	2	2	2
29	1	1	3	3	1	3	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1
30	3	3	1	3	1	3	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1
31	1	1	1	3	3	2	2	1	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
32	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1
33	1	3	3	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1
34	1	1	1	1	2	2	3	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1
35	1	3	1	1	3	3	1	1	1	2	3	1	1	1	1	3	1	2	2	2	3	2	3	1
36	1	3	1	1	2	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
37	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1
38	1	1	1	1	2	3	2	1	3	3	3	1	1	1	1	2	1	1	3	1	3	2	3	1
39	1	1	1	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1
40	1	1	3	3	1	3	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1
41	1	1	3	3	2	2	2	1	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	1
42	1	1	1	1	2	2	3	3	2	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1
43	1	1	1	1	3	3	3	3	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1
44	1	1	3	3	2	3	2	1	3	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	1
45	3	3	2	3	2	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	1

## Anexo N° 4. Instrumentos de la Investigación.



# ESCUELA DE POSGRADO

## UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

### CUESTIONARIO PARA TRABAJADORES ADMINISTRATIVOS DE LA DIRESA MADRE DE DIOS

#### INSTRUCCIONES:

##### **Estimado Trabajador(a):**

El presente cuestionario es parte de un proyecto de investigación académica, cuya finalidad es la obtención de información sobre la opinión que tiene usted sobre la **GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS -2018**, como producto de su experiencia en la Institución. La información es confidencial y reservada, por lo que solicito que responda con la mayor sinceridad y veracidad posible. No existen respuestas correctas o incorrectas. La forma de responder es colocando una (X) en el recuadro que usted considere, de acuerdo al siguiente enunciado:

1) **NO**      2) **NO SABE**      3) **SI**

N°	AFIRMACIONES	1	2	3
1	¿Ha recibido alguna capacitación sobre incorporación del enfoque de interculturalidad en los servicios de salud o en la gestión pública en los años 2017-2018? (Diversidad cultural, discriminación étnico racial, servicios con pertinencia cultural)			
2	¿Conoce las normas técnicas sobre la incorporación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en Salud?			
3	¿Sabe si en la institución existe personal especialmente capacitado en programas de competencias interculturales?			
4	¿Sabe si en la institución existe personal que maneja alguna lengua originaria y pueda prestar su colaboración en caso de ser necesario?			
5	¿Existe en la Institución, personal de salud especializado en interculturalidad con competencias para ser un mediador eficaz entre los intereses de los diferentes grupos étnico – culturales y la institución’?			
6	¿Existe en la Institución, personal en ciencias sociales con competencias en salud intercultural para desarrollar actividades relacionadas a la incorporación del enfoque de interculturalidad en salud?			
7	¿El personal de salud que labora en las cabeceras de las micro redes promueve permanentemente la articulación intersectorial para mejorar las condiciones de vida que determinan la salud de la población de comunidades nativas?			
8	¿Conoce el diagnóstico actual sobre las características socio económico y cultural de las diferentes comunidades nativas en Madre de Dios?			
9	¿Se ha incorporado temas relacionados a la interculturalidad en los planes estratégicos de la Institución (PEI o PDC)?			
10	¿Se han incluido actividades relacionadas a la mejora de la atención al usuario para los distintos grupos étnicos culturales en los Planes Operativos de la Institución (POI)?			

1) NO 2) NO SABE

3) SI

N°	AFIRMACIONES	1	2	3
11	¿Conoce si la institución ha asignado presupuesto a las actividades de mejora en la atención de salud para los usuarios de las diferentes comunidades nativas?			
12	En los documentos de Gestión, llámese ROF y MOF ¿Existe un área o Unidad encargada de la incorporación del Enfoque de Interculturalidad en Salud?			
13	¿El personal de salud promueve el reconocimiento y valoración de la medicina tradicional?			
14	¿Se promueve el parto institucional con adecuación intercultural (parto vertical) en los establecimientos de salud que coberturan población de comunidades nativas?			
15	El profesional de la Salud ¿promueve la interacción y aprendizaje mutuo con los agentes de la medicina tradicional (sabios, shamanes, curanderos)?			
16	El profesional de la Salud asignado a Comunidades Nativas, ¿tiene conocimientos básicos del idioma o lengua local de la comunidad usuaria de los servicios de salud?			
17	Los servicios de Salud ¿cuentan con material educativo – comunicacional en el idioma nativo y con respeto a sus costumbres en la redacción y representación gráfica?			
18	Los servicios de salud ¿cuentan con folletos o afiches donde se brinda información sobre sus servicios en la lengua originaria que se habla en la comunidad?			
19	¿Las imágenes y figuras que aparecen en sus materiales informativos y de difusión (afiches, folletos, etc.) son representativos del contexto cultural y grupos étnicos de su localidad?			
20	Los documentos, formularios de trámite y normas ¿se encuentran traducidos a las lenguas que hablan en la comunidad?			
21	¿La infraestructura de los establecimientos de salud asentados en comunidades nativas ha tomado en cuenta las prácticas y necesidades de los grupos étnicos locales?			
22	Los establecimientos de salud asentados en comunidades nativas ¿cuentan con espacios adecuados para facilitar la presencia de un acompañante en la consulta si la usuaria lo solicita?			
23	Los establecimientos de salud asentados en comunidades nativas generalmente ¿cuentan con un área separada (biombo, cortina o tabique) del resto del ambiente para la realización de exámenes físicos?			
24	Los establecimientos de salud de comunidades nativas ¿cuentan con equipos de atención de partos con enfoque intercultural?			

Gracias por su colaboración

### Anexo N° 5. Matriz de Consistencia.

TITULO:				
GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS 2018				
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES/DIMENSIONES	METODOLOGIA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cómo es la gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas de Madre de Dios?</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b></p> <p>¿Cuál es el estado actual del fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en SALUD INTERCULTURAL?</p> <p>¿Cuál es el estado actual de la planificación y presupuesto en relación a la SALUD INTERCULTURAL?</p> <p>¿Cuál es el estado actual de la Atención con enfoque Intercultural en los servicios de salud de Madre de Dios?</p> <p>¿Cuál es el estado actual de la infraestructura, equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural en los establecimientos de salud de Madre de Dios?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar el estado actual de la gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b></p> <p>Determinar el estado actual del fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en SALUD INTERCULTURAL</p> <p>Describir el estado actual de la Planificación y Presupuesto en relación a la Salud Intercultural</p> <p>Describir el estado actual de la Atención con enfoque Intercultural en los servicios de salud de Madre de Dios.</p> <p>Describir el estado actual del equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural en los establecimientos de salud de Madre de Dios.</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL</b></p> <p>Existe una deficiente gestión de los servicios de salud con enfoque en Madre de Dios</p>	<p><b>VARIABLE: GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA COMUNIDADES NATIVAS DE MADRE DE DIOS</b></p> <p><b>DIMENSIONES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos (personal de salud) en salud intercultural</li> <li>2. Planificación y Presupuesto con enfoque intercultural</li> <li>3. Atención con enfoque intercultural en los servicios de salud.</li> <li>4. Equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural</li> </ol>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b></p> <p>Básica Sustantiva (Ex post facto)</p> <p><b>DISEÑO DE INVESTIGACION</b></p> <p><b>Diseño descriptivo simple</b></p> <p><b>POBLACION</b></p> <p>Trabajadores de la DIRESA Madre de Dios</p> <p><b>MUESTRA</b></p> <p style="padding-left: 20px;">- Selección: Probabilístico</p> <p><b>TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOJO DE DATOS</b></p> <p>Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario</p> <p><b>TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS</b></p> <p><b>Recursos y Herramientas de la estadística paramétrica y no paramétrica.</b></p>

## Anexo N° 6. Matriz de Definición Conceptual.

### TITULO

GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA POBLACION DE COMUNIDADES NATIVAS EN MADRE DE DIOS 2018

VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES
<p><b>VARIABLE: GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURALIDAD EN SALUD</b></p> <p><b>La incorporación de enfoque de interculturalidad en la gestión pública es el proceso de adaptación de las diferentes instituciones del Estado, a nivel normativo, administrativo y del servicio civil, para atender de manera pertinente las necesidades de los diferentes grupos étnicos culturales</b></p> <p><b>Corresponde al estado, por tanto, elaborar e implementar mecanismos y herramientas que le permitan a las entidades públicas brindar sus servicios desde una perspectiva intercultural.</b></p> <p>Interculturalidad es un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto por las diferencias existentes entre una o varias culturas en un espacio dado, imprescindible para construir una sociedad con justicia social, donde la salud sea considerada como un derecho básico para el desarrollo humano.</p> <p>Cada pueblo tiene su propia concepción de salud y de enfermedad y un cuerpo de conocimientos, prácticas, recursos y terapeutas, los cuales se estructuran en un sistema de salud</p>	<p><b>DIMENSIÓN 1: FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DEL RECURSO HUMANO EN SALUD INTERCULTURAL</b></p> <p>Recurso Humano con capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles sino con la dimensión espiritual, cósmica de la Salud. Personal de Salud que brinda atención de salud con total respeto y tolerancia a las costumbres y tradiciones propias de la diversidad cultural. Con conocimientos básicos del idioma o lengua local de la comunidad usuaria de los servicios de salud.</p> <p>Ministerio de Salud Documento Técnico Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud Marco conceptual Año 2006 Editorial MINSA Lima</p> <p>Ministerio de Salud Norma Técnica N° 049 de Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad Año 2006 Editorial MINSA Lima</p> <p><b>DIMENSIÓN 2: PLANIFICACION Y PRESUPUESTO</b></p> <p>Participación de las y los decisores de los diferentes grupos étnicos culturales, en la definición, planificación y programación de las políticas participativas de salud locales. Ello debe aplicarse en las comunidades indígenas y también en regiones urbanas de prevaeciente y evidente presencia multicultural.</p>

particular (oficial-institucional, indígena)<sup>42</sup>. En el Perú prevalece un sistema occidental biomédico vigente en los servicios de salud públicos y privados, y una diversidad de sistemas de salud indígenas, nativos o tradicionales (andinos, amazónicos y otros), que funcionan de manera paralela, cubriendo muchas veces las necesidades de salud de la población de menores recursos.

A todo sistema de salud le interesa logra el bienestar para las personas, pero desde modelos explicativos y de atención diferentes<sup>43</sup>. El personal de salud no lo comprende de esta manera y frecuentemente manifiesta actitudes de rechazo, desconfianza o subestimación hacia las costumbres tradicionales indígenas de cuidado de la salud. Esto ocurre, aunque muchas veces en su idiosincrasia tenga elementos de estas últimas. Igualmente, los recursos humanos de salud expresan una mezcla de culturas, las personas nacen en un lugar, estudian en otro y trabajan en diversas regiones del país. Ellos creen ser quienes moldean a las poblaciones, pero en realidad se influyen mutuamente<sup>45</sup>.

En ese marco interculturalidad en salud implica la búsqueda de estrategias conjuntas para abordar la salud teniendo en cuenta a las diferentes culturas que habitan un país consideradas como

Las acciones para la transversalización del enfoque de interculturalidad en Salud estarán incluidas en el Plan Operativo Institucional de cada entidad y contarán con el financiamiento correspondiente.

Ministerio de Salud  
Norma Técnica N° 049 de Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad  
Año 2006  
Editorial MINSA  
Lima

### **DIMENSIÓN 3: ATENCION INTERCULTURAL EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

En los pueblos y comunidades étnico culturales, los servicios y las actividades integrales de atención de la salud se estructurarán sobre la base de la organización ancestral, sus valores y sus concepciones sobre los procesos de salud - enfermedad y en diálogo entre la comunidad y las y los trabajadores de salud. **Es decir que la Atención en los servicios de salud** debe contar con mecanismos de información en el idioma o lengua de la comunidad, con material educativo comunicacional respetuoso de la cosmovisión en la redacción y representación gráfica, y promoviendo la incorporando de la medicina tradicional a la medicina convencional.

Ministerio de Salud  
Norma Técnica N° 049 de Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad  
Año 2006  
Editorial MINSA  
Lima

actores sociales, con los mismos derechos ciudadanos, en un contexto de equidad política, económica y cultural sin ningún tipo de discriminación. Especialmente con las que son de origen andino y amazónico, que son las más excluidas y marginadas.

Fuente:

Ministerio de Cultura  
Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos  
Año 2015  
Editorial Grafiluz R&S S.A.C  
Lima

Ministerio de Salud  
Documento Técnico Enfoque de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud – Marco Conceptual  
Año 2006  
Editorial MINSA  
Lima

Ministerio de Salud  
Norma Técnica N° 049 de Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad  
Año 2006  
Editorial MINSA  
Lima

42 Degregori (ob. Cit)  
43 Degregori (ob. Cit)  
45 Degregori (ob. Cit)

#### **DIMENSION 4: EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO CON ENFOQUE INTERCULTURAL**

Establecimientos de Salud, con equipamiento y mobiliario que permita la incorporación del enfoque de interculturalidad en la atención, garantizando la confidencialidad y privacidad. Que cuente con equipos que permitan la atención ginecológica con adecuación intercultural (trípodes)

Ministerio de Salud  
Norma Técnica N° 049 de Transversalización de los Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad  
Año 2006  
Editorial MINSA  
Lima



**Anexo N° 7. Matriz/Operacionalización.**

TITULO: GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS 2018				
Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems / Índices	Escala de valoración
<b>GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS 2018.</b>	<b>DIMENSIÓN 1: FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD INTERCULTURAL</b>	1.1 Personal capacitado reconoce positivamente la diversidad cultural de Madre de Dios y la incorporación del enfoque de interculturalidad en la gestión pública en el marco de la reforma y la modernización del Estado.	1.- ¿El personal de la institución ha sido capacitado en interculturalidad (diversidad cultural, discriminación étnico – racial, servicios con pertinencia cultural)?  2.- ¿El personal de la institución conoce la normatividad sobre la transversalización del enfoque de interculturalidad en Salud?  3.- ¿En la institución conoce la existencia de personal especialmente capacitado en programas de competencias interculturales?  4.- ¿Se ha identificado en la entidad personal que maneje alguna lengua originaria y pueda prestar su colaboración en caso de ser necesario?  5.- ¿Sabe el personal de la institución si existe personal especializado en asuntos interculturales y que cuente con las competencias necesarias para ser un mediador eficaz entre los intereses de los diferentes grupos étnico-culturales y la institución?  6.- ¿Existe en la Institución personal en Ciencias Sociales con competencias en salud intercultural para desarrollar actividades relacionadas a la transversalización del enfoque de interculturalidad en salud?	No No sabe Si  No No sabe Si  No No sabe Si  No No sabe Si  No No sabe Si





	<p><b>DIMENSION 4: INFRAESTRUCTURA, EQUIPAMIENTO Y MOBILIARIO CON ENFOQUE INTERCULTURAL</b></p>	<p>4..1 Infraestructura de los Establecimientos de Salud de acuerdo a las prácticas y necesidades de los grupos étnicos locales.</p> <p>4..2 Establecimientos de Salud, que garanticen la confidencialidad y privacidad en la atención de salud.</p>	<p>21. ¿La infraestructura de los establecimientos de salud asentados en comunidades nativas ha tomado en cuenta las prácticas y necesidades de los grupos étnicos locales?</p> <p>22. ¿Los establecimientos de Salud cuentan con espacios adecuados para facilitar la presencia de un acompañante en la consulta si la usuaria lo solicita?</p> <p>23. ¿Los establecimientos de Salud cuentan con un área separada con un biombo, cortina o tabique del resto del ambiente para la realización de exámenes físicos?</p>	<p>No No sabe Si</p> <p>No No sabe Si</p>
		<p>4.3 Equipos de atención ginecológica con adecuación intercultural. (Trípodes).</p>	<p>24- ¿Los Establecimientos de Salud cuentan con equipos de atención de partos con enfoque intercultural?</p>	<p>No No sabe Si</p>

## Anexo N° 8. Fichas/Validación/instrumento de Investigación.

### VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

#### I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación:

GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA  
COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS 2018

Nombre del instrumento: Cuestionario (para Trabajadores de la DIRESA Salud de Quech  
Investigador (a): Sr. Maximiliano Tanti-Droque

#### II. DATOS DEL EXPERTO:

Nombre y Apellido: MARCO MARINO BERRAZO ARAZA

#### III. OBSERVACIONES EN CUANTO A:

1. FORMA: (Ortografía, coherencia lingüística, redacción)

coherente

2. CONTENIDO: (Cohesión en torno al instrumento, si el indicador corresponde a los  
ítems y dimensiones)

coherente

3. ESTRUCTURA: (Profundidad de los ítems)

coherente

#### IV. APORTE NO SUGERENCIAS:

coherente

#### LUGAR DE DEVOLUCIÓN DEL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse

  
Firma y Firma  
NIT: MARCO MARINO BERRAZO ARAZA  
CUI: 27848072

**FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

**I. DATOS GENERALES:**

**Título del trabajo de investigación:**  
**GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTRACULTURAL  
 PARA COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS 2018**

**Nombre del instrumento:** Cuestionario para Trabajadores de la DIRESA Madre de Dios  
**Investigador (a):** Br. Madeleine Tambo Choque

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.				80%	
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.				80%	
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				80%	
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				80%	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					90%
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					90%
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					90%
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación.				80%	
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables				80%	
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.				80%	

**II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:**

Procede su aplicación   
 Debe corregirse

  
 Sello y Firma  
 MGT: MARCO MARINO MERCADO APAZA.  
 DNI: 27.545077

## VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

### I. DATOS GENERALES:

Título del estudio de investigación:  
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA  
COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS 2018

Nombre del instrumento: Cuestionario para Trabajadores de la DIFESA Madre de Dios  
Investigador (s): Dr. Rocelaine Tanco Choque

### II. DATOS DEL EXPERTO:

Nombre y Apellido:

### III. OBSERVACIONES EN CUANTO A:

1. FORMA: (Ortografía, coherencia léxica, redacción)

buena

2. CONTENIDO: (Coherencia en tema, el instrumento, si el indicador corresponde a los  
temas y dimensiones)

buena

3. ESTRUCTURA: (Profundidad de los temas)

buena

### IV. APORTES Y SUGERENCIAS:

ninguna

### LUGAR DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse



Dr. Rocelaine Tanco Choque  
Médico y Psicóloga  
MAG. Rocelaine Tanco Choque  
DNI: 86213474

### FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

#### I. DATOS GENERALES:

Título del trabajo de investigación:  
**GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTRACULTURAL  
 PARA COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS 2018**

Nombre del instrumento: Cuestionario para Trabajadores de la CERESA Madre de Dios  
 Investigador (a): Dr. Madeina Tambo Choque

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-25%	Regular 26-40%	Bueno 41-60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios				80%	
	2. CLARIDAD	Está formulado con el lenguaje apropiado				80%	
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en verbositas observables				80%	
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al estado de la ciencia y la tecnología				80%	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad				80%	
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación					90%
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos técnicos de la investigación					90%
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos técnicos científicos de la investigación					90%
	9. COHERENCIA	Existe referencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables				80%	
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito de la investigación				80%	

#### II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse



Firma y Firma

MST. ALONSO PICHANI CHOQUE  
 CNI: 08715414



**VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

**I. DATOS GENERALES:**

Título del trabajo de investigación:  
**GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL PARA  
COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS 2018**

Nombre del instrumento: Cuestionario para Trabajadores de la DIRESA Madre de Dios  
Investigador (a): Dr. Medelaine Tambo Choque

**II. DATOS DEL EXPERTO:**

Nombres y Apellidos:

**III. OBSERVACIONES EN CUANTO A:**

1. FORMA: (Ortografía, coherencia lingüística, redacción)

..... *COHERENTE* .....

2. CONTENIDO: (Coherencia en torno al instrumento. Si el indicador corresponde a los  
ítems y dimensiones)

..... *COHERENTE* .....

3. ESTRUCTURA: (Profundidad de los ítems)

..... *COHERENTE* .....

**IV. APOORTE Y/O SUGERENCIAS:**

..... *COHERENTE* .....

**LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:**

Procede su aplicación   
Debe corregirse



Sello y Firma  
MGT: *MEDELAIN TAMBO CHOQUE R*  
DM: *01235884*

**FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

**I. DATOS GENERALES:**

Título del trabajo de investigación:

**GESTION DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTRACULTURAL PARA COMUNIDADES NATIVAS DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS 2018**

Nombre del instrumento: Cuestionario para Trabajadores de la DIRESA Madre de Dios  
 Investigador (a): Br. Madeleine Tambo Choque

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.				80%	
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.				80%	
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.				80%	
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.				80%	
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					90%
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					90%
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					90%
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación.				80%	
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables.				80%	
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					90%

**II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:**

Procede su aplicación   
 Debe corregirse

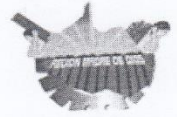
  
 Sello y Firma

MGT: NESTOR GALLEGOS R  
 DNI: 01235884



GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS  
DIRECCION EJECUTIVA DE SALUD AMBIENTAL

"Año del Dialogo y de la Reconciliación Nacional"  
"Madre de Dios Capital de la Biodiversidad del Perú"



Personas que Atendemos Personas

## CONSTANCIA

EL DIRECTOR REGIONAL DE SALUD DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE MADRE DE DIOS.

### HACE CONSTAR:

Mediante el presente dejo constancia que la Lic. Soc. MADELEINE TAMBO CHOQUE, Tesista de la Escuela de Post Grado de la Universidad Cesar Vallejo filial Puerto Maldonado, ha aplicado en forma satisfactoria los instrumentos de recojo de información denominado: **Cuestionario para Trabajadores Administrativos de la DIRESA Madre de Dios**, correspondiente al trabajo de investigación Titulado **Gestión de Los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para Comunidades Nativas del Departamento de Madre de Dios 2018**, Con la finalidad de obtener el grado de Magister en Gestión Pública.

Se expide la presente a petición de la interesada para los fines que estime conveniente.

Puerto Maldonado, 29 de Agosto de 2018.

GOBIERNO REGIONAL DE MADRE DE DIOS  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACIÓN  
OFICINA PERSONAL

  
Abog. Vareski Romero Beltran  
JEFE OFICINA DE PERSONAL



## Anexo N° 9. Panel Fotográfico.



*Ilustración 1. Entrevista a Gestores en la DIRESA*



*Ilustración 2. Encuestando a Funcionario en la DIRESA*

## **Anexo N° 10. Artículo Científico.**

### **Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios- 2018**

#### **Resumen**

La presente investigación tiene como objetivo determinar el estado actual de la "Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios". La investigación tiene un diseño no experimental, descriptivo y transversal. La población en estudio está compuesta por trabajadores de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios – DIRESA MDD (Directivos, Coordinadores, funcionarios públicos y personal administrativo), para el estudio se ha considerado como muestra a 45 trabajadores y el tipo de muestreo es probabilístico.

Palabras clave: Gestión de los servicios de salud, Enfoque intercultural, Comunidades nativas.

#### **Abstract**

The objective of this research is to determine the current status of "Management of health services with an intercultural approach for native communities of the department of Madre de Dios". The research has a non-experimental, descriptive and transversal design. The population under study is composed of workers from the Regional Directorate of Health of Madre de Dios - DIRESA MDD (Directors, Coordinators, public officials and administrative staff), for the study, 45 workers have been considered as a sample and the type of sampling is probabilistic.

Key words: Management of health services, Intercultural approach, Native communities.

#### **Realidad Problemática.**

Partiendo de la premisa que somos un país multiétnico y pluricultural, que incluye una población mayoritariamente mestiza y de pueblos indígenas, seguido de poblaciones afro y asiático peruanas que por diversos procesos sociales e históricos hoy forman parte de la gran diversidad cultural de nuestro país. Es importante el rol del Estado en la generación e implementación de políticas públicas que tomen en cuenta las características culturales de los diversos grupos étnicos.

En el marco de la Ley de Modernización de la Gestión del Estado, se inicia un proceso de modernización orientado a mejorar la gestión pública y construir un estado “democrático, descentralizado y al servicio del ciudadano”. En consecuencia, el proceso de modernización de la gestión del Estado implica obtener mayores niveles de eficiencia del aparato estatal optimizando el uso de los recursos públicos, un Estado “Al servicio de la ciudadanía”.

Sin embargo, la gestión de los servicios públicos con enfoque intercultural que va desde una adecuada planificación, implementación de los servicios, evaluación de los resultados e impactos en la población, aún es insuficiente en nuestro país. Cuando los servicios públicos se plantean, ejecutan y evalúan bajo patrones homogéneos sin tener en cuenta la pluralidad étnica, lingüística y cultural de la ciudadanía no cumplen con los estándares de calidad ni aseguran los escenarios para satisfacer las necesidades de las y los usuarios, originando brechas entre el servicio y la población.

La gestión de los servicios de salud con pertinencia cultural, inicia con el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural; y comprender que existen poblaciones con sus propios sistemas de salud, su propia visión de salud y enfermedad, sus sistemas de atención en las que participan parteras, curanderos y agentes de la medicina tradicional. En ese sentido, es importante contar con un servicio de salud que sea capaz de dialogar entre dos sistemas, el sistema de salud tradicional con el sistema convencional moderno, este diálogo intercultural no se da en general. Hay algunas experiencias como el parto vertical.

La región de Madre de Dios alberga a cinco familias lingüísticas amazónicas, (Harakbut, Takana, Pano, Arawak y Quechua), y ocho pueblos indígenas o grupos étnicos (Harakbut, Ese'ejá, Matsigenka, Yine, Shipibo, Kichua Runa, Mashco Piro y Amahuaca), con una población aproximada de diez mil indígenas (INEI, 2007) distribuidas en 34 comunidades nativas y agrupadas en la Federación Nativa del Río Madre de Dios y Afluentes–FENAMAD, Organización representativa de los pueblos indígenas de Madre de Dios. Asimismo, existe fuerte presencia de población migrante ya sea de forma permanente o pendular procedente de la Región Sierra (Cuzco, Puno, Arequipa, etc.), situación que lleva a la convivencia de diferentes culturas.

La problemática que enfrenta la población de Comunidades Nativas del departamento de Madre de Dios en relación a la salud, parte de la falta de reconocimiento de sus necesidades, de sus percepciones y prácticas, lo cual no permite superar las barreras no solo culturales sino

de discriminación y maltrato que se presentan en las atenciones de salud. Uno de las quejas más frecuentes es que el personal no habla su idioma y no conoce su cultura.

La morbilidad en las comunidades nativas evidencia una alta incidencia de enfermedades diarreicas agudas y respiratorias, alta prevalencia de anemia y desnutrición crónica infantil al igual que de parasitosis. Por otro lado no disponen de agua segura, servicios básicos, y ausencia de conocimientos de prácticas saludables para la prevención de enfermedades, lo que contribuye a agudizar su situación de vulnerabilidad, así mismo se aprecia que la atención de salud es brindada en su mayoría por uno técnico de enfermería, cansado de las dificultades que afronta ejercer su trabajo en malas condiciones de vivienda, bajas remuneraciones y la falta de formación en salud intercultural limitan su capacidad para interactuar con las comunidades nativas.

Por otro lado, la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de Salud que cobertura población indígena de Comunidades Nativas, no cumple con los requisitos óptimos para una atención de calidad.

Todas estas características de la población indígena de Madre de Dios asentada en Comunidades Nativas, adicionada a la existencia de una débil Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural, en los niveles normativo, administrativo y asistencial para atender de manera oportuna las necesidades de los diferentes grupos culturales - étnicos; contribuyen a la realidad problemática de estas poblaciones.

Gestionar con enfoque intercultural contribuye en hacer visible la diversidad cultural, en promover la defensa de los derechos humanos de todas las personas, y en ello, de los grupos étnicos del país, garantizando así, el cumplimiento del marco normativo nacional e internacional.

El propósito del estudio es de contribuir en la toma de decisiones a favor de los pueblos indígenas amazónicos para un adecuado empoderamiento de su derecho a la salud de acuerdo con su cosmovisión y costumbres ancestrales. En cuanto a los resultados esperamos brindar un aporte científico que coadyuve a crear e implementar mecanismos y herramientas que permitan a la Dirección Regional de salud brindar una atención desde una perspectiva intercultural.

## Trabajos previos

Para la presente investigación, se tiene como referencias, investigaciones de carácter internacional y nacional que permitan comparar y obtener conclusiones del tema. Como antecedentes Internacionales tenemos Alarcón M, Ana María, Astudillo D, Paula, Barrios C, Sara, & Rivas R, Edith. (2004). Política de Salud Intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Revista médica de Chile*, 132(1), 1109-1114. En su estudio de investigación indagan sobre la opinión de proveedores y usuarios mapuches respecto a una política de salud que permita una atención pertinente para población mapuche. Asimismo, mencionan que la “gestión en política de salud intercultural, se refiere a los elementos necesarios para desarrollar una política en salud intercultural y considera la participación, la autogestión, la pertinencia cultural y la difusión”. Uno de los resultados a los que arriban es que “La gestión en salud intercultural en la región estaría asociada a la necesidad de otorgar una mayor participación a las organizaciones indígenas en la elaboración de planes y programas de salud pertinentes a la cultura mapuche, vinculado a procesos de autogestión de las comunidades, y una permanente difusión de la política de salud intercultural en todos los niveles de atención”.

También a Peñafiel A. en su estudio “Impacto de la integración Intercultural al sistema de salud en usuarios internos y externos del Hospital Divida Providencia en el Cantón San Lorenzo en Esmeraldas” Ecuador 2016. (15).

El objetivo fue determinar el impacto de la integración de la interculturalidad al sistema de salud en el Hospital Fisco misional Divina Providencia, estudio de tipo analítico – descriptivo, realizada a una muestra de 37 personas que laboran en la institución y 80 usuarios externos

Se determinó que las políticas aplicadas en las áreas de salud rompieron barreras culturales haciendo uso de la medicina formal y las creencias de la comunidad, disminuyendo el índice de morbimortalidad, quedando demostrado que la Medicina ancestral como la atención formal son producto de la integración en donde las ventajas superan las desventajas. Asimismo, concluye en que el sistema de interculturalidad contribuye al mejoramiento de la salud integral de los pueblos ancestrales.

Del mismo modo como **antecedente nacional** está Ríos E. Con el artículo titulado “Interculturalidad en salud”. Lima 2012. En su estudio se examinan los conceptos de interculturalidad, salud intercultural y el sistema médico como sistema cultural, además señala



la ventaja, importancia, y utilidad del enfoque intercultural en los servicios de salud, que incluya los saberes tradicionales en la solución de los problemas de salud de la población.

Se plantea una propuesta para aplicar la interculturalidad en salud que permita sensibilizar y capacitar al personal de los servicios de salud en el modelo de atención intercultural, y prácticas que la población posee sobre el proceso salud-enfermedad, admitir los programas de atención con la población organizada, adecuar los servicios de salud a las características culturales del usuario, incorporar elementos interculturales en los programas y servicios de salud, trabajar con agentes comunitarios de salud, reconocer y favorecer el desarrollo de la medicina tradicional.

Por otro lado, Pintado I. realizó el “Implementación de políticas pública en salud para los pueblos indígenas de Santa María de Nieva en Amazonas: la tensión entre la atención al VIH – SIDA y el enfoque intercultural.” Lima 2016. (16).

El objetivo general del estudio fue “Comprender la aplicación del enfoque intercultural en la implementación de políticas públicas de salud sobre ITS/VIH – SIDA, en las comunidades Aguarunas en el distrito de Santa María de Nieva, Condorcanqui- Amazonas entre los años 2011-2014”. La metodología fue cualitativa, las fuentes primarias: Realizaron 25 entrevistas semi – estructuradas aplicadas a 4 grupos de actores: Gestores Públicos de la Diresa, Personal de la Red y del Centro de Salud; líderes y representantes de comunidades nativas del distrito Nieva, Expertos académicos. Las entrevistas se complementaron con observación de campo en el Centro de salud. Las fuentes secundarias se realizaron con la revisión documentaria.

La conclusión fue, que si bien existieron políticas y programas concretos que se implementaron entre los años 2011-2014 en el Centro de salud estas no examinaron elementos de adecuación y pertinencia cultural en sus diseños, están estuvieron centradas en el cumplimiento de metas cuantitativas, la salud intercultural no era un criterio de evaluación del personal de salud ni sumaba como parte de las principales actividades a rendir.

Aliaga G. en su estudio “Avances, desafíos y oportunidades hacia la Construcción de una Política de salud Intercultural en el Perú”. Lima 2014. (2)

El objetivo fue determinar los avances que se han alcanzado en el desarrollo de la Política de Salud Intercultural en el Perú, estudio cualitativo, Descriptivo e Inductivo, La muestra

de estudio estuvo formado por 31 personas. Las conclusiones fueron: No existe una Política de Salud Intercultural en el Perú, solo dispositivos legales con poco éxito. En el Perú la interculturalidad se hace presente como discurso en las políticas de salud y no como un cuerpo institucionalizado, organizado y orientador.

La política sanitaria está orientada a la enfermedad más que salud, con enfoque cuantitativo de coberturas, metas y demandas, con gran vacío hacia la parte sociocultural de la salud.

### **Teorías relacionadas al tema**

En relación a las teorías relacionadas al tema es importante considerar la conceptualización de Interculturalidad en salud, por ello mencionamos a Oswaldo Salaverry (Director General del Centro Nacional de Salud Intercultural, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú) 22 quién en la “Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 2010; 27(1):80-93” publica el artículo “Interculturalidad en Salud”, aborda la interculturalidad en salud desde un punto de vista histórico, es decir a partir del desencuentro entre los conquistadores españoles y las poblaciones indígenas y como esta situación influyó en el acceso a los servicios de salud. Durante este periodo no se comprendió el sistema sanitario indígena asociado a aspectos religiosos y mágicos impidiendo su enseñanza o práctica, sin embargo, la medicina occidental cobró importancia.

Asimismo, presenta una revisión de los orígenes del concepto de interculturalidad en salud y su influencia en la adaptación a la medicina científica. Concluyendo que la interculturalidad es un conocimiento procedente de las ciencias sociales en especial de la Antropología y que por consiguiente la interculturalidad en salud son las capacidades o competencias culturales que deben desarrollar los profesionales de la salud. Asimismo, refiere que el concepto de interculturalidad en salud está en construcción y que origina confusión en los profesionales de la salud por la escasa formación académica en interculturalidad o antropología.

Por último, refiere que la interculturalidad en salud implica cambiar de un enfoque biomédico a un enfoque más participativo e inclusivo considerando la medicina tradicional.

Interculturalidad “Es un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto por las diferencias existentes entre una o varias culturas en un espacio dado, imprescindible para

construir una sociedad con justicia social, donde la salud sea considerada como un derecho básico para el desarrollo humano”. (7) documento técnico enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud marco conceptual página 63.

### **Gestión De Los Servicios De Salud Con Enfoque Intercultural**

La incorporación de enfoque de interculturalidad en la gestión pública “Es el proceso de adaptación de las diferentes instituciones del Estado, a nivel normativo, administrativo y del servicio civil, para atender de manera pertinente las necesidades de los diferentes grupos étnicos culturales en nuestro país”. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos- Ministerio de cultura Pagina 31.

#### **Problema general**

¿Cómo es la gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas en el departamento de Madre de Dios?

#### **Problemas específicos 1.**

¿Cuál es el estado actual del fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en SALUD INTERCULTURAL?

#### **Problemas específicos 2.**

¿Cuál es el estado actual de la planificación y presupuesto en relación a la SALUD INTERCULTURAL?

#### **Problemas específicos 3.**

¿Cuál es el estado actual de la Atención con enfoque Intercultural en los servicios de salud de Madre de Dios?

#### **Problemas específicos 4.**

¿Cuál es el estado actual de la infraestructura, equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural en los establecimientos de salud de Madre de Dios?

## **Hipótesis**

### **Hipótesis general**

Existe una deficiente gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Determinar el estado actual de la gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios.

### **Objetivos específicos 1.**

Determinar el estado actual del fortalecimiento de capacidades de los recursos humanos en salud intercultural

### **Objetivos específicos 2.**

Describir el estado actual de la Atención con enfoque Intercultural en los servicios de salud de Madre de Dios.

### **Objetivos específicos 3.**

Describir el estado actual planificación y presupuesto con enfoque Intercultural en los servicios de salud de Madre de Dios.

### **Objetivos específicos 1.**

Describir el estado actual del equipamiento y mobiliario con enfoque intercultural en los establecimientos de salud de Madre de Dios.

## **Método**

El diseño utilizado es no experimental, transversal y descriptivo.

### **Diseño no experimental:**

- 1) “Son aquellos cuyas variables independientes carecen de manipulación intencional, y no poseen grupo de control, ni mucho menos experimental. Analizan y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia” Carrasco (3 p71).

### **Diseños transversales descriptivos:**

“Estos diseños se emplean para analizar las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad en un momento determinado del tiempo” Carrasco (3 p72).

#### **Descriptivo**

El propósito de este nivel es el de interpretar realidades de hecho. Incluye descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de los fenómenos.

#### **Esquema del diseño de investigación**

Dónde:



M: muestra

O: observación

#### **Variable**

Variable 1: Gestión de los servicios de salud con enfoque interculturalidad para comunidades nativas en del departamento de Madre de Dios.

La población de estudio está conformada por 99 trabajadores administrativos que se encuentran laborando actualmente, estos comprenden a funcionarios, coordinadores, profesionales y administrativos de la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios.

Para la selección de la muestra se utilizó muestreo aleatorio simple, métodos que consideran que todos los elementos tengan la misma probabilidad de ser escogidos y que cada unidad tenga una oportunidad igual de ser incluido en la muestra.

La muestra estuvo conformada por 45 trabajadores de la DIRESA Madre de Dios

#### **Técnica de Recolección de Información.**

**La encuesta.** – Se recolectará los datos importantes que forman un aporte estadístico preciado y serán procesados en el análisis cuantitativo sobre La Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios.

## **Instrumento**

**El cuestionario.** - Para medir la variable La Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural, se elaboró 1 cuestionario.

## **Conclusiones**

Como la probabilidad ( $p < 0.05$ ), se rechaza la hipótesis nula se acepta la hipótesis alterna, lo que indica que existe una deficiente gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural.

Los resultados obtenidos muestran que el 60% del personal de la DIRESA Madre de Dios entre gestores, funcionarios y administrativos refieren que la Gestión de los Servicios de Salud con Enfoque Intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios es Deficiente, el 37.8% que es regular y solo el 2.2% indique que la gestión es eficiente, estos resultados corroboran la hipótesis planteada.

El estudio demuestra que solo el 11% del personal administrativo y de salud de la DIRESA Madre de Dios tiene suficientes capacidades con enfoque de interculturalidad mientras que el 75.6% del personal no está capacitado para incorporar el enfoque intercultural en las comunidades nativas.

Si bien, en la DIRESA existe personal en ciencias sociales con conocimientos de interculturalidad, pero estos profesionales se encuentran asignados a áreas donde sus funciones no están relacionadas directamente con la incorporación del enfoque de interculturalidad en salud.

En las Microredes, el 65% del personal de salud no realiza ni promueve la articulación intersectorial para mejorar las condiciones que determinan la salud de las comunidades nativas.

En la Dirección Regional de Salud la planificación y presupuesto con un enfoque intercultural no es eficiente (84%) y en parte se explica por la falta de una área o unidad encargada de velar por la transversalización de este enfoque y porque no conoce sobre las características socio – económicas ni culturales de las diferentes comunidades nativas asentadas en el territorio del departamento de Madre de Dios.

El 74% del personal administrativo y de salud de la DIRESA señala que no se ha incorporado de forma efectiva y permanente el enfoque de interculturalidad en las herramientas de

planificación (Plan de Desarrollo Regional Concertado hacia el 2021 y el Plan Estratégico Institucional, etc.) y si se ha incorporado es del punto de vista conceptual y sin presupuesto.

La DIRESA brinda una atención intercultural en los servicios de salud deficiente (73%) muy a pesar que tiene normativa y directivas nacionales los cuales no se implementan porque estas herramientas han sido construidas en forma genérica y sin participación de los pueblos indígenas.

De acuerdo a las entrevistas se señala que el personal de salud no promueve el reconocimiento y valoración de la medicina tradicional de las comunidades nativas del departamento de Madre de Dios.

La ausencia de equipamiento, mobiliario e infraestructura adecuados influye en la calidad de atención con enfoque intercultural y con mayor razón en el caso del parto vertical.

### **Referencias Bibliográficas**

- ALARCON A., A. P. (2004). Política de salud intercultural. *Revista medica de Chile*, 1109-1114.
- ALIAGA. (2014). Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una política de salud intercultural en el Perú. Lima: CYBERTESIS UNMSM.
- ARIAS, A. (2012). El proyecto de investigación. Venezuela: EPISTEME SAC.
- BOCCARA. (2007). Etnogubernamentalidad la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Revista de Antropología y Arqueología*, 55-60.
- CARDENAS. (2017). Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. *SCIELO PERU*, 1-2.
- CARRASCO. (2005). Metodología de la investigación científica. En C. D. S., pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación (pág. 72). Lima: San Marcos.
- CARRASCO. (2005). Metodología de la investigación científica. En C. D. S., pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación (pág. 71). Lima: San Marcos.
- CULTURA, M. D. (2015). Servicios públicos con pertinencia cultural. Guía para la aplicación del enfoque intercultural en la gestión de servicios públicos (pág. 31). Lima: Estación la cultura S.A.C.
- DEFENSORIA, D. P. (2015). La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural. Lima: sinco.
- ECUADOR, M. D. (2006). Cooperación técnica de apoyo a la preparación del programa de aseguramiento universal en salud.
- FIDIAS. (2006). El proyecto de investigación. En F. G. ARIAS, Introducción a la metodología científica (pág. 71). Venezuela: EPISTEME.
- HERNANDEZ. (2006). Metodología de la investigación. En C. F. Roberto Hernandez Sampieri, Metodología de la Investigación (pág. 152). México: Mc Graw - Hill.
- HURTADO. (2000). Metodología de la investigación holística. En H. D. Jacqueline, Metodología de la investigación holística (pág. 256). Caracas: SYPAL.
- MDD. (2014). Comunidades nativas. Madre de Dios, 1.

- MINSA. (2006). Enfoque de derechos humanos, equidad de genero e interculturalidad en salud. en M. D. salud, marco conceptual (pág. 63). Lima: sincoeditores.
- ÑAUPAS. (2014). Metodologia de la investigacion. En e. M. Humberto Ñaupas, cuantitativa - cualitativa y redaccion de tesis (pág. 158). Bogota: Pacarina del Sur.
- PALELLA. (2012). Metodologia de la investigacion cuantitativa. En P. S. Santa, metodologia de la investigacion cuantitativa (pág. 95). Caracas: FEDUPEL.
- PEÑAFIEL. (2016). Impacto de la integracion intercultural al sistema. Ecuador: PUCESE - Escuela de enfermeria.
- PEREIRA. (2008). A participacao dos agentes indigenas de Saude/AISs ddo Alto Xingu. Brasil: Publicacion salud Publica.
- PINTADO, I. (2016). La implementacion de politicas publicas en salud para los pueblos indigenas de Santa Maria de Nieva en Amazonas: la tension entre la tencion al VIH - SIDA y el enfoque intercultural. Lima.
- RIOS. (2012). Interculturalidad en salud. UCV -Scientia, 1.
- SALAVERRY. (2010). Interculturalidad en salud. Revista Peruana de medicina experimental y salud pu blica, 80-93.
- VERASTEGUI, F. (2011). Atencion en salud con pertinencia intercultural. Lima: Salud sin limites.
- WAGNILD. (1993). Escala de resiliencia. Revista de medicion de enfermeria.