

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

**FACULTAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL E IDIOMAS**

**ESCUELA PROFESIONAL DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**



**TESIS**

**LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL PARA FORTALECER LA INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS POBLADORES DEL DISTRITO DE PICHARI - LA CONVENCIÓN -2023**

**PRESENTADO POR:**

BR. KAROL MAR VISA

BR. SORAYA MAMANI ARQUE

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN

**ASESOR:**

DR. GABINO ALBERTO GARCIA CAMPANA

**CUSCO – PERÚ**

**2024**

# INFORME DE ORIGINALIDAD

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

El que suscribe, **Asesor** del trabajo de investigación/tesis titulada **LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL PARA FORTALECER LA INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS POBLADORES DEL DISTRITO DE PICHARI - LA CONVENCION -2023.**

presentado por: **Karol Mar Visa** con DNI Nro.: **61538577** presentado por: **Soraya Mamani Arque** con DNI Nro.: **62742936** para optar el título profesional/grado académico de **Licenciada en Ciencias de la Comunicación**. Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por **2** veces, mediante elSoftware Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de **6** %.

**Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico otítulo profesional, tesis**

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto** la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 08 de octubre de 2024

Dr. G. Alberto García Campana

Nro. de DNI: 23833709

Cód.Orcid 0000-0002-5921-5634

**Se adjunta:**

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: **oid:27259:390111015**

NOMBRE DEL TRABAJO

**LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL PARA FORTALECER LA INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS POBLAD**

AUTOR

**Karol Soraya Mar Visa Mamani Arque**

RECUENTO DE PALABRAS

**17306 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**95118 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**89 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**5.0MB**

FECHA DE ENTREGA

**Oct 8, 2024 6:12 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Oct 8, 2024 6:13 PM GMT-5**

### ● 6% de similitud general

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

- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados

### ● Excluir del Reporte de Similitud

- Base de datos de Internet
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material bibliográfico
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

## PRESENTACIÓN

Señora:

Decana de la Facultad de Comunicación Social e Idiomas de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

Señores Miembros del Jurado:

De conformidad con el reglamento de Grados y Títulos de la Escuela Profesional de Ciencias de la Comunicación de la Facultad de Comunicación Social e Idiomas, ponemos a vuestra consideración el presente trabajo de investigación que lleva por título *La Comunicación Intercultural para fortalecer la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari - La Convención -2023* para optar al Título Profesional de Licenciado en Ciencias de la Comunicación.

El presente trabajo de investigación académica tiene el propósito de establecer las formas comunicativas que contribuyan a mejorar la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari, Provincia de La Convención del Departamento del Cusco, debido a que los diversos enfoques culturales así como los usos y costumbres dificultan el desarrollo de acciones conjuntas principalmente en el campo de la salud, lo que evidentemente perjudica las campañas de prevención y tratamiento de enfermedades recurrentes en la zona.

De igual modo la permanente discusión entre las ventajas y desventajas de la medicina científica y la medicina natural ancestral, ha dificultado el entendimiento entre los pobladores de Pichari y el personal de Salud encarnado por médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares, quienes en muchos casos por desconocimiento de las manifestaciones culturales propios del distrito generan conflictos.

Br. Karol Mar Visa

Br. Soraya Mamani Arque

## DEDICATORIA

Con gran cariño y profunda gratitud, dedico esta tesis a mis queridos padres, Trinidad Visa Herrera y Luis Enrique Mar Cuéllar. Su amor incondicional, apoyo constante y sacrificio incansable han sido la fuerza impulsora que me ha permitido avanzar en este arduo camino académico. Gracias por creer en mí y por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia.

Así mismo, extiendo mi más sincero agradecimiento a mi compañera de tesis, Soraya Mamani Arque. Tu colaboración, dedicación y compromiso han sido fundamentales para la realización de este trabajo. Juntos hemos superado desafíos y hemos crecido tanto profesional como personalmente.

Quiero también expresar mi más profundo agradecimiento al Dr. Alberto García Campana, mi asesor de tesis. Su guía experta, paciencia y valiosos consejos han sido imprescindibles para la culminación de este proyecto.

A mis compañeros de la universidad, quienes han sido una fuente constante de apoyo y motivación, también les extiendo mi gratitud. Juntos hemos compartido desafíos, aprendizajes y momentos inolvidables que han enriquecido nuestra experiencia universitaria.

Por más logros y éxitos en el mundo de la comunicación, y con la pasión que nos impulsa a seguir adelante. A todos ustedes, gracias por ser parte esencial de este logro.

Con aprecio y gratitud, **Karol Mar Visa.**

El presente trabajo de investigación dedico a mis padres, Mauro Mamani Hanco y Seferina Arque Bellido, quienes con mucho amor, sacrificio y esfuerzo me apoyaron a lo largo de mi preparación universitaria, son mi principal motivación para seguir adelante.

A mis hermanos y hermanas quienes me apoyaron en momentos difíciles, por brindarme todo su cariño y por ser mi soporte moral en esta etapa importante de mi vida.

A Reyniero Huancachoque, quien llegó a mi vida para apoyarme día a día y demostrarme que el amor lo puede todo, gracias por estar a mi lado en cada desafío y por el increíble apoyo que me diste en este proceso.

A Karol Mar Visa por ser mi compañera de tesis e incentivarme siempre a lograr cada objetivo propuesto a lo largo de nuestra carrera universitaria.

**Soraya Mamani Arque**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por darnos vida y salud y habernos permitido culminar la carrera universitaria y ser el faro de esperanza en situaciones muy difíciles. Agradecemos de manera especial a nuestro asesor Dr. Luis Alberto García Campana, por su enseñanza, guía, paciencia y haber compartido sus conocimientos para la elaboración del presente proyecto de tesis.

A nuestra casa de estudios, por la integra formación académica, también nuestro agradecimiento a todos los docentes de la Facultad de Comunicación Social e Idiomas, en especial a la Dra. Justina Mayorga Contreras, por ser guía en nuestra formación profesional. Finalmente, agradecemos a los pobladores del Pichari de la provincia de La Convención por brindarnos información y atendernos con amabilidad en la etapa de la indagación.

## INDICE

PRESENTACIÓN .....	I
DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	IV
ÍNDICE GENERAL.....	V
INDICE DE TABLAS.....	VIII
CAPITULO I .....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	13
1.1. Situación problemática.....	13
1.2. Formulación del problema .....	16
1.2.1. Problema general.....	16
1.2.2. Problemas específicos .....	16
1.3. Justificación de la investigación .....	16
1.3.1. Justificación.....	16
1.4.- Objetivos de la investigación.....	18
1.4.1.-Objetivo general.....	18
1.4.2.- Objetivos específicos .....	18
CAPITULO II.....	19
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	19
2.1. Bases teóricas.....	19
2.1.1. Comunicación.....	19
2.1.2. Comunicación intercultural .....	20
2.1.3. Interacción comunicativa .....	22
2.1.4. Cultura.-.....	23
2.1.5. Interculturalidad .....	25
2.1.6. Interculturalidad y salud.....	26
2.1.7. Salud y servidores de salud .....	31
2.1.8. Comunidad .....	32
2.1.9. Nativo .....	35
2.1.10. Población:.....	35
2.1.11. Distrito de Pichari La Convención .....	37
2.1.12. Las principales barreras que encuentra la población de Pichari para el acceso a los establecimientos de salud .....	40
2.2. Marco conceptual (palabras clave) .....	41
2.3. Antecedentes empíricos de la investigación (estado del arte) .....	43
2.3.1. Nivel internacional .....	43



2.3.2. Nivel nacional .....	45
2.3.3. Nivel local .....	47
CAPITULO III .....	50
HIPÓTESIS Y VARIABLES .....	50
3.1. Hipótesis general y específicas .....	50
3.1.1. Hipótesis general .....	50
3.1.2. Hipótesis específicas .....	50
3.2. Identificación de las variables e indicadores .....	50
3.2.1. Variable independiente:.....	50
3.2.2. Variable dependiente:.....	50
3.2.3. Variable interviniente:.....	50
3.3. Operacionalización de Variables .....	51
CAPÍTULO IV .....	52
METODOLOGÍA.....	52
4.1.- Ámbito de estudio: localización política y geográfica .....	52
4.2.-Tipo y nivel de investigación.....	53
4.3.- Unidad de análisis.....	53
4.4.- Población de estudio .....	54
4.5.- Tamaño de la muestra.....	54
4.6.- Técnicas de selección de muestra .....	55
4.7.-Técnicas de recolección de información .....	55
4.8.-Técnicas de análisis e interpretación de la información .....	55
CAPÍTULO V.....	56
RESULTADOS E INTERPRETACIÓN.....	56
CAPÍTULO VI .....	69
DISCUSIÓN.....	69
PROPUESTA .....	71
CONCLUSIONES.....	73
RECOMENDACIONES .....	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	75
ANEXOS .....	79
ANEXO 1: FOTOGRAFIAS .....	80
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	83
ANEXO 3: CUESTIONARIO APLICADO A LOS OBLADORES DEL DISTRITO DE PICHARI-LA CONVENCION .....	84

ANEXO 4: GUIA PARA LA ENTREVISTA AL RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE PICHARI..... 89

## INDICE DE TABLAS

1.- ¿Existen centros de salud en la localidad en la que usted vive?.....	57
2.- Durante el año 2022 ¿acudió usted al centro de salud de su localidad?.....	58
3.- Si usted acudió al centro de salud ¿cómo calificaría el trato que recibió por parte de los encargados?.....	59
4.- ¿Cuál fue la mayor dificultad que encontró usted cuando acudió al centro de salud de su localidad?.....	60
5.- ¿Adoptó usted alguna medida o acción frente al trato que recibió en el centro de salud?.....	61
6.- ¿Cree usted que el idioma es una barrera para que haya mejor comunicación entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari?.....	62
7.- Principalmente ¿Qué idioma o lengua utiliza usted para comunicarse con otros pobladores?.....	63
8.- ¿En su opinión los encargados del centro de salud de Pichari se comunican adecuadamente con las personas que acuden a dicho centro?.....	64
9.- ¿Quiénes son en su opinión los trabajadores del sector salud de Pichari que tienen más dificultades de interacción con los pobladores del distrito?.....	65
10.- ¿Participó usted en alguna actividad referida al tema de salud con los funcionarios del sector en el Distrito de Pichari?.....	66
11.- ¿Que acciones recomendaría usted para mejorar la comunicación entre los pobladores del Distrito de Pichari y el personal del centro de salud?.....	67
12.- ¿Qué medios recomendaría usted para mejorar la comunicación entre los pobladores del Distrito de Pichari y el personal del centro de salud?.....	68
13.- ¿Considera usted que el centro de salud de Pichari reúne las condiciones para brindar una buena atención a los pobladores del Distrito?.....	69

## INTRODUCCIÓN

El enfoque de interculturalidad ha sido motivo en los últimos años de intensos debates en el campo de las Ciencias Sociales, sin haberse llegado hasta el momento a conclusiones definitivas por cuanto cada vez surgen nuevos conceptos, nuevos escenarios y nuevos actores, lo que da lugar a nuevas miradas hacia la cultura, la interculturalidad, en pluriculturalismo e incluso la absorción de culturas débiles por las culturas fuertes.

En este contexto se ha avivado la discusión sobre la vigencia de los usos ancestrales en el campo de la salud, lo que aparentemente provoca un choque cultural entre los usos y costumbres locales y las prácticas científicas globalizadas.

De acuerdo a estudios realizados en los últimos años, la convivencia armónica entre “los de adentro y los de afuera” debe construirse en base al respeto por las prácticas ancestrales sin considerarlas a ellas como opuestas a la ciencia.

Leininger, M. (1999) indica que la comunicación intercultural se refiere a los contactos entre personas de diferentes culturas, las cuales se reúnen, interactúan e intentan resolver los problemas que se presentan en el marco las relaciones interpersonales. El logro de una comunicación intercultural, facilitará al personal sanitario garantizar la calidad de los servicios de salud otorgados, en el marco de un cuidado culturalmente aceptable.

La literatura muestra que la comunicación intercultural es una herramienta valiosa, y de acuerdo a nuestra experiencia, podría contribuir a mejorar la calidad de atención de los servicios de salud, ya que como refiere Cibanal, aun hablando de lo mismo, se comprende

diferente, por lo tanto, es labor del personal sanitario facilitar la comprensión y el entendimiento de los tratamientos en el cuidado de las personas.

Los cuidados son considerados actos donde cualquier persona ayuda a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la vida del grupo. Si la comunicación es el medio, a través del cual se conciertan las prácticas de cuidado, el lograr una comunicación intercultural garantizará la subsistencia de los grupos humanos, ya que cada cultura aporta al lenguaje, una connotación diferente.

En cualquier caso, la clave de la comunicación intercultural es la interacción con lo diferente, con todo aquello que objetiva o, sobre todo, subjetivamente, se percibe como distinto, sea cual sea el motivo de distinción. Hablar de comunicación y de interculturalidad, por lo tanto, implica hablar de una relación indisoluble.

Como afirma Eduardo Vizer (2005), “la comunicación puede ser considerada la manifestación concreta y objetiva de los procesos permanentes de reconstrucción de los diferentes contextos de realidad que construimos y cultivamos en la vida cotidiana”. La comunicación es, por tanto, “la única manera de que disponemos para ponernos en contacto con los demás y, aun cuando no nos demos cuenta de cuánto dependemos de ella, constituye el centro de nuestra existencia”

Como soporte de la investigación hemos considerado seis capítulos.

Capítulo I.- Esta referido al planteamiento del problema, justificación, objetivo de la investigación.

El Capítulo II.- Hace referencia al marco teórico conceptual, ampliando la definición conceptual de términos conexos a la presente investigación, antecedentes de la investigación o estado de arte.

El Capítulo III.- Está destinado a abordar aspectos relacionados con la formulación de la hipótesis y variables.

El Capítulo IV.- Se ha desarrollado la metodología de la investigación considerando, tipo, nivel, unidad de análisis, población, tamaño de muestra y técnicas de selección, recolección e interpretación de datos.

El capítulo V.- Se ha considerado los resultados y la interpretación.

En el Capítulo VI.- Se desarrolló la discusión y la propuesta

Finalmente planteamos las conclusiones, sugerencias, bibliografía y anexos.

## RESUMEN

La investigación titulada “LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL PARA FORTALECER LA INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS POBLADORES DEL DISTRITO DE PICHARI-LA CONVENCIÓN-2023” tiene por objetivo analizar el aporte de la comunicación intercultural para fortalecer la interacción entre el personal de salud y los pobladores del distrito de Pichari; para cuyo efecto se desarrolló una investigación descriptivo-explicativo no experimental. La población de estudio estuvo conformada por pobladores del distrito de Pichari y la muestra fue de 350 pobladores, quienes conformaron la unidad de análisis y se les realizó una encuesta. De la cual se concluyó que: Los pobladores del distrito de Pichari, expresan desconfianza frente a las campañas preventivo-promocionales impulsadas por el Ministerio de Salud, debido a que personal del centro de salud utiliza una comunicación jerárquica, vertical y unidireccional, lo que limita la interacción positiva basada en el respeto a los usos y costumbres ancestrales. La falta de empatía por parte del personal del centro de salud dificulta la participación de los pobladores en actividades como jornadas de inmunización y charlas motivacionales ya que no se promueve la interculturalidad en la comunicación, sino que se imponen medidas que generan rechazo. Además, las diferencias lingüísticas entre el personal de salud y los pobladores del distrito de Pichari dificulta el entendimiento y provoca un choque cultural, lo que lleva a que los pobladores prefieran recurrir a la medicina tradicional y natural a pesar de que no siempre es suficiente para prevenir enfermedades.

**Palabras clave:** Comunicación, Comunicación intercultural, Población, Cultura, Interculturalidad en salud.

## CAPITULO I

### Planteamiento del problema de investigación

#### 1.1. Situación problemática

Si bien la interculturalidad es una apuesta por cambios globales de fondo en la organización y funcionamiento del Estado y la sociedad en general, es en los espacios locales donde se pueden implementar experiencias que desatan procesos interculturales que se expresan en los servicios públicos de salud en las localidades.

Sin duda, esto era impensable hasta hace pocas décadas, porque el sistema de salud era absolutamente monocultural y no había lugar para pensar que algo se podía aprender de los indígenas.

Para la mayoría de los funcionarios y servidores públicos, los pueblos y comunidades indígenas eran parte de un estado inferior de la civilización, que tenían que abandonar sus prácticas, incluidas las de salud, como condición para sobrevivir.

Actualmente, el mundo globalizado exige la interacción entre personas con distintas concepciones culturales y en contextos cada vez más complejos. En este sentido, la comunicación intercultural cumple un papel fundamental en la comprensión de los problemas cuando se da el encuentro intercultural.

La interculturalidad, promueve la valoración de la diferencia cultural en salud y la relación entre las culturas con intercambio de saberes en términos de respeto y mutuo reconocimiento. Demanda el reconocimiento de la diversidad cultural dentro de sus fronteras por parte del Estado y promueve la creación de espacios en los que las distintas culturas puedan no solo coexistir, sino también



respetarse, interactuar, conocerse, encontrarse, crear vínculos y comunicarse, a fin de reconocer y aceptar la reciprocidad y aporte de la cultura del otro.

La situación de emergencia sanitaria que vivió el Perú en los dos últimos años ha puesto de manifiesto la existencia de serios conflictos entre los usos y costumbres tradicionales de determinados sectores poblacionales frente a la implementación de acciones por parte de los organismos públicos, principalmente en el tema de la salud.

De ahí que Fernández y Galguera (2009) sostienen que “la comunicación no puede existir en el vacío, para que surja es necesario un contexto adecuado, pero una cultura no sobrevive sin comunicación, ya que depende de ella para su iniciación, mantenimiento, cambio y transición”.

En este contexto de la globalización, donde se dan encuentros interculturales con mayor frecuencia es necesario la práctica de la empatía y el conocimiento mínimo de la otra cultura al momento del intercambio de mensajes.

Al ser el Perú un país multilingüe y pluricultural, es necesario la difusión y la implementación dentro de las políticas públicas la práctica de comunicación intercultural. La existencia de poblaciones indígenas, amazónicas y andinas, así lo requieren.

Una de las razones que explican este fenómeno está relacionado con los códigos lingüísticos diferentes que utilizan por una parte los médicos, enfermeras, técnicos y en general el personal de salud y por el otro los pobladores nativos, lo que se podría enfocar en un tema de distanciamiento cultural pero también en problemas de comprensión de las formas comunicacionales.

Un gran sector de la población nativa no habla ni entiende el idioma español y a su vez el personal de salud no habla ni entiende ninguna de las lenguas originarias vigentes en las comunidades nativas.

En este contexto cobra suma importancia el enfoque intercultural y especialmente la comunicación intercultural.

Para lo cual es necesario que todos los actores se involucren en la práctica, pues de esta manera ayudan a la conservación de la cultura de los “otros”, sin los cuales no sería posible la comunicación intercultural.

Cuando ocurra este encuentro, las sociedades involucradas, aparte de asimilar nuevas costumbres, también fomentará la integración de sus integrantes, fortaleciendo de esta manera la convivencia social.

Una de las funciones del personal de salud, consiste en que la información, las ideas o las indicaciones que se desean transmitir a los usuarios y usuarias de los servicios que se brindan sean comprendidas, con la finalidad de que estas personas puedan tomar las medidas para mejorar o mantener su salud.

En el caso de la comunicación entre el personal de salud y los usuarios del Distrito de Pichari del servicio que brindan el primer paso es reconocer que existen barreras que pueden dificultar la comunicación y distorsionar los mensajes.

En este contexto, necesitamos fortalecer dos habilidades especialmente importantes en el trabajo con los pobladores de Pichari.

1. Comprender lo que los usuarios quieren decir, relacionado con la capacidad de escuchar de manera empática.
2. Hacer que entiendan los usuarios, relacionado con la capacidad de expresión de manera asertiva.

La constatación de dificultades reales en la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención ha motivado la formulación del presente proyecto que

debe concluir en la presentación de una propuesta que permita el acercamiento entre los sectores involucrados en el tema, así como soporte de la convivencia social en el mencionado distrito.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿De qué manera la comunicación intercultural favorece la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023?

### **1.2.2. Problemas específicos**

**P.E.1.-** ¿Cuáles son las características de la comunicación intercultural en la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023?

**P.E.2.-** ¿Cuáles son las formas comunicativas de interculturalidad que favorecerán la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023?

## **1.3. Justificación de la investigación**

### **1.3.1. Justificación**

Con el presente proyecto de investigación se propone identificar las dificultades de interacción entre el personal del Ministerio de Salud y los pobladores del Distrito de Pichari- de la Provincia de la Convención en un tema que es sumamente importante como es el relacionado al aspecto sanitario.

Para ello se toma en cuenta las siguientes consideraciones:

### **Sustento teórico**

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad aportar al conocimiento sobre la importancia de la interacción social a partir del uso de los instrumentos que proporciona la comunicación intercultural, teniendo en cuenta las diversas expresiones de usos y costumbres de poblaciones específicas como es en este caso del Distrito de Pichari en la Provincia de La Convención, cuyas características sociales, económicas, y otras son distintas a las de otros espacios geográficos, por lo que la comunicación intercultural reviste gran importancia en el propósito de acercar a los actores.

### **Sustento práctico**

Esta investigación se realizará con el propósito de explicar que, frente a la existencia de notorias barreras culturales, es preciso impulsar formas comunicativas que permitan conciliar puntos de vista entre los actores involucrados en el tema de salud, en este caso los funcionarios públicos y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención.

### **Justificación social**

El proyecto de investigación tiene relación con la necesidad de desarrollar procesos comunicativos interculturales en salud, que deben partir y generarse por diversas razones históricas, socio-políticas y epidemiológicas, que deben motivar decisiones en cada región, provincia y distrito, con el fin de evitar que la identidad étnica y cultural del paciente se constituya en una barrera para el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

## **Sustento metodológico**

El sistema de comunicación intercultural puede generar logros importantes a partir del adecuado manejo de los instrumentos de la investigación metodológica, para lo cual el presente proyecto considera el uso de instrumentos y herramientas como las encuestas y la observación, que permitirán llegar a conclusiones sólidamente sustentadas y relacionadas con la realidad.

### **1.4.- Objetivos de la investigación**

#### **1.4.1.-Objetivo general**

Analizar el aporte de la comunicación intercultural para favorecer la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023

#### **1.4.2.- Objetivos específicos**

**O.E.1.-** Estudiar características de la comunicación intercultural en la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023.

**O.E.2.-** Identificar las formas comunicativas de interculturalidad que favorezcan la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1. Bases teóricas**

##### **2.1.1. Comunicación**

La transmisión de la memoria colectiva de generación en generación es posible por la comunicación y sus manifestaciones. Por ello en el ámbito teórico la comunicación atraviesa todo lo relacionado con la cultura.

Barbero, M. (1998), sostiene que “el espacio de la comunicación se volvió un lugar estratégico para pensar algunas contradicciones fundamentales del desarrollo de América latina”.

En este caso se dirá concretamente que la discriminación cultural en los servicios de salud, ocurre bajo sistemas sociales y procesos de comunicación “fallidos”, es por ello que vale la pena realizar un acercamiento desde la comunicación a un modelo que supera estas formas de discriminación.

Se plantea desde Barbero que el concepto de comunicación debe tener un desplazamiento hacia los procesos culturales; es decir, pasar de los medios, canales, mensajes hacia los que denomina “procesos de socialización”, que son “los procesos a través de los cuales una sociedad se reproduce, esto es sus sistemas de conocimiento, sus códigos de percepción, sus códigos de valoración y de producción simbólica de la realidad”.

Interpretar el concepto de comunicación ha permitido llevar a los procesos culturales hacia los problemas y operaciones del intercambio social esto es desde las matrices de identidad y los

conflictos de la cultura. Es precisamente la escuela del pensamiento latinoamericano la que relaciona el concepto de comunicación a los problemas de identidad y conflictos culturales.

### **2.1.2. Comunicación Intercultural**

Escobar (2014), señala que la comunicación intercultural “es el encuentro favorable, positivo, cordial y empático entre grupos de dos o más culturas, donde priman los principios de: equidad, igualdad, respeto, tolerancia y democracia relacionada con los actores que representan al 'otro’”.

Entonces, la comunicación intercultural no es un simple proceso en el que intervienen dos o más sujetos para el intercambio de mensajes, sino que va más allá. Incluye, por ejemplo, la comprensión de la cultura del 'otro', tener un alto grado de empatía y el manejo de la comunicación no verbal para reforzar los mensajes. Los participantes asumen que la interacción es horizontal y donde es primordial eliminar cualquier barrera que pretenda la imposición de uno sobre el otro. Por ello, la comunicación intercultural está estrechamente relacionada con la comprensión del “otro”, desde cualquier punto de vista bajo el principio de igualdad.

Ello no quiere decir que se trate de un simple acto “protocolar”, sino de una práctica constante que debe ser reforzada de manera individual y colectiva para facilitar una convivencia armoniosa donde prime la tolerancia frente a todas las personas que intervienen en la interacción. Esta actividad involucra que los individuos estén constantemente buscando conocer más sobre ellos, ya que de esta manera se garantizará el éxito de una comunicación intercultural.

Fernández y Galguera (2008), indica que en el contexto peruano es ideal para generar los espacios para llevar a cabo la comunicación intercultural. Para ello, sin embargo, es imprescindible la participación de las instituciones del Estado, así como las comunidades o pueblos dispuestos a descubrir nuevas relaciones interculturales. Fomentar la participación de los

diferentes grupos sociales deviene en la transformación de las percepciones que muchas veces están cargadas de prejuicios y con un alto grado de discriminación. Comprender a los “diferentes” hará que estas barreras disminuyan y se construyan mejores métodos y procesos de interacción que prioricen una mejor convivencia.

Rodrigo (2012), define “la comunicación intercultural como la comunicación entre aquellas personas que poseen unos referentes culturales tan distintos que se auto perciben como pertenecientes a culturas diferentes” (p. 12). La definición de Rodrigo va más allá de la pertenencia cultural de los sujetos.

El autor destaca que la comunicación intercultural no siempre se da entre personas o grupos que provienen de diferentes culturas, sino entre aquellos que, por diversos motivos, llegan a adoptar otra cultura como suya y se sienten parte de la misma. En otras palabras, a pesar de que dos interlocutores pertenezcan a un mismo grupo, la autopercepción de su identidad cultural podría ser un indicador para establecer una comunicación intercultural. Por ejemplo, en un mercado popular, interactúan personas de diferentes culturas, que podrían, en ese momento, comunicarse en una lengua común preestablecida.

Sin embargo, ellas también se comunican de un modo distinto y con una lengua distinta una vez que abandonan el lugar. Aunque, se podría pensar que están llevando a la práctica el encuentro y la comunicación intercultural, no necesariamente puede ser cierta. Como se mencionó líneas arriba, la comunicación intercultural no solamente vela por el intercambio y entendimiento eficaz de un mensaje simbólico, sino por conocer las necesidades del otro.



### **2.1.3. Interacción comunicativa**

La interacción comunicativa desde una perspectiva social se entiende como la trama discursiva que permite la socialización del sujeto por medio de sus actos dinámicos, lo que le permite ser partícipe en redes de acción comunicativa y en redes discursivas que hacen posible la aprehensión, comprensión e incorporación del mundo.

Garrido L. Habermas (2011) indica que dicha interacción permite la codificación y decodificación del lenguaje y sirve para compartir una cultura y los valores que la sustentan pues a través del lenguaje es posible reflexionar sobre las experiencias propias y luego expresar simbólicamente estas experiencias a otros. De esta manera, se puede compartir lo que aprendemos a través de lenguaje e ir más allá de nuestra experiencia individual.

Por lo tanto, los sujetos construyen los sentidos y significados que les permiten establecer acuerdos a través de sus conversaciones. Para que la interacción comunicativa se efectúe, los individuos deben actuar bajo normas y las condiciones del contexto conversacional en que dicho intercambio tiene lugar, además de utilizar el código específico que demande la situación.

Para la caracterización de la interacción comunicativa se incluyen tanto las habilidades pragmáticas, que enmarcan la habilidad para hacer un uso estratégico del lenguaje en un medio social determinado, según la intención y la situación comunicativa, como, las habilidades sociales definidas como los conocimientos y habilidades que permiten que el ciudadano actúe de manera constructiva en la sociedad democrática.

Dentro de las habilidades pragmáticas, se identificaron, describieron y analizaron diferentes conceptos que permiten caracterizar parte de las habilidades que componen la interacción

comunicativa teniendo en cuenta la modalidad verbal oral y no verbal, así: Las máximas conversacionales, hacen referencia al principio de cooperación que realizan los interlocutores entre sí, cada participante reconoce en ellos un propósito o un conjunto de propósitos comunes durante la interacción.

Existen cuatro máximas que son importantes para el intercambio comunicativo: la máxima de cantidad, consiste en lo informativa que resulta la contribución de cada participante; ningún interlocutor debería proporcionar demasiada información ni tampoco ser excesivamente parco en ella.

La segunda máxima es la de calidad y hace referencia a que cada contribución debería ser veraz y estar basada en una evidencia suficiente. La tercera, la máxima de relación, menciona que cada contribución debería ser relevante respecto al tema de conversación y la última, hace referencia a la manera, es decir que cada participante debe ser relativamente directo, evitar la ambigüedad y la imprecisión durante la transmisión de la información.

Otro componente dentro de la interacción es la mirada, la cual permite establecer interés y acción conjunta. También se incluye la proximidad, como un concepto que describe el uso comunicativo del espacio interpersonal, es concebida como herramienta de interacción, pues cada persona tiene un margen psicológico de espacio personal.

#### **2.1.4. Cultura.-**

Triandis, (1995), se caracteriza por un estilo y regularidad de conductas y reglas de acción. Sin embargo, no todos los patrones de conductas regulares que se encuentran en una sociedad son producto de elecciones valorativas: los atascos de tráfico se producen pese a que la gente valora

la rapidez y conducir bien. Este patrón regular colectivo es también un efecto perverso agrupado de decisiones individuales racionales, que en su agregación producen el efecto contrario al buscado.

Finalmente, las constricciones situacionales (ecológicas, económicas, de estructuras de poder, de comunicación y de división del trabajo) producen cambios de patrones conductuales independientemente o contrarios a algunos valores culturales.

Markus, Kitayama y Heiman, (1996), la cultura se concibe como un conjunto de conocimientos compartidos por un grupo de individuos que tienen una historia común y participan en una estructura social. Así, cultura refiere entonces a los patrones de conducta que se producen porque las personas valoran y siguen ciertas normas y orientaciones de acción.

Estos valores compartidos juegan roles claves para el funcionamiento psicológico de los individuos y, aquellos que son centrales se reflejan en los textos y en las conductas colectivas. Para la antropología simbólica y cognitiva, el conjunto de actitudes, normas, creencias y valores que orientan las conductas, y que son compartidas por los miembros de una nación o grupo, constituyen la cultura subjetiva.

En ésta se incluyen las creencias o conocimiento denotativo indicando qué es verdad, las actitudes y valores o conocimiento connotativo indicando qué es bueno y deseable y las normas y roles (conductas, emociones y cogniciones consideradas adecuadas a las interacciones en general y a posiciones sociales en particular), así como el conocimiento de procedimiento (conocimiento implícito sobre cómo se hacen las tareas).

La cultura no es solo la agregación de actitudes y creencias individuales, sino que la agregación de creencias que los sujetos tienen sobre los otros. Dado que las personas tienden a sobre evaluar

la medida en que otros comparten sus opiniones y creencias, tienden a crear un falso consenso. Esto es, aunque el consenso no sea real, las personas tienden a creer que su versión de la cultura es homogéneamente compartida.

### **2.1.5. Interculturalidad**

Walsh (2005): Además de ser una meta por alcanzar, la interculturalidad debería ser entendida como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y a un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales (p. 3). En este sentido, la interculturalidad vela por la buena relación social de los grupos que provienen de culturas diferentes. Asimismo, se convierte en un medio por el cual las sociedades pueden alcanzar una convivencia plena aceptando las diferencias de cada uno. Dentro de la sociedad, existen grupos que están en constante movimiento y llevan consigo sus costumbres y tradiciones. La interculturalidad, buscará que estos grupos, por ejemplo, a donde lleguen y con quienes interactúen lo hagan con el respeto mutuo de sus cosmovisiones y no caer en la imposición de una cultura sobre la otra.

Nuñez y Gonzáles (2014), sostienen que la interculturalidad “resalta una relación de igualdad, de horizontalidad, de intercambio, de diálogo, de participación y convivencia, de autonomía y reciprocidad, de actuación para el conjunto, conformado por la diversidad como una comunidad cultural”.

En este caso, los autores ponen énfasis en las condiciones de buena convivencia y horizontalidad que genera la práctica de la interculturalidad. Así, los diversos grupos que cuenten con sus propias concepciones culturales, podrán convivir con otros de esa misma condición sin perder la

autonomía y en el que ninguno de los grupos ejerza presión para la imposición de un punto de vista.

Rodríguez e Iturmendi (2013), afirman que la “interculturalidad señala la interacción o encuentro entre dos o más grupos culturales de un modo horizontal y sinérgico, rompiendo con la idea de superioridad de una cultura sobre otra”.

Para los autores antes mencionados, la interculturalidad evita el dominio de una cultura sobre otra u otras pues este proceso facilita la relación horizontal ya que sobre cualquier inconveniente se antepone la comunicación y el diálogo con un respeto a la diversidad cultural para de esta manera favorecer una convivencia armónica.

#### **2.1.6. Interculturalidad y Salud**

Oyarce, A. Ibacache J y Neira J. (1996). Indican que 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.

Oyarce, A. Ibacache J y Neira J. (1996). Indican que 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 prácticas propuestas desde los servicios de salud y consensuadas con la población.

Entendemos sistema de salud como “el conjunto de creencias y prácticas que son conscientemente dirigidas para promocionar la salud y aliviar la enfermedad y también a todas las actividades cuya finalidad es promover, restablecer o mantener la salud”.

Entonces la medicina no es cualidad única de ciertas culturas sino como sostiene el reconocido médico ecuatoriano Plutarco Naranjo. “La medicina es parte de la cultura de un pueblo.

No hay pueblo, por primitivo que sea o se considere, que no haya desarrollado algún tipo de sistema de medicina, es decir, un sistema ideológico o doctrinario acerca de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad y más concretamente sobre las causas de las afecciones, la manera de reconocerlas y diagnosticarlas”.

Para la OPS (2006), desde la perspectiva de los pueblos indígenas, existen enfermedades que únicamente tiene salida resolutiva a través de terapeutas tradicionales. Se trata de los denominados “síndromes culturalmente delimitados”. Estos constituyen un conjunto de signos y síntomas de diversa explicación que solo pueden ser entendidos, comprendidos, tratados integralmente dentro de la cultura particular en que se desarrollan, pues cuentan con la clave o el código cultural que permite desentrañar su contenido simbólico y la profundidad de significados específicos. Los más conocidos y frecuentes en América Latina corresponden al mal de ojo, el empacho, el susto o espanto, la caída de mollera, los aires (mal viento), torceduras, maleficio u otros.

El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), define como la articulación de los sistemas médicos tradicionales y el occidental, implica diversas líneas de acción que incluyen la promoción de la investigación en medicina tradicional y la adecuación cultural de los servicios de prestación médica para población indígena. Pertinencia cultural versus adecuación cultural La

categoría 'pertinencia' pone el acento en la mirada del poblador, un servicio puede haber sido adecuado y aún no ser pertinente, ya que la pertinencia cultural apela a una visión dialogada. Implica entonces que exista complementación entre conocimientos sabidurías y prácticas de los diversos actores (institucionales y comunales), en muchos casos resignificación de estos saberes, además de coordinación entre el personal institucional y los terapeutas locales

Son los procesos que, en los servicios de salud, consideran el entorno cultural, la diversidad y el respeto, respecto a diferentes interpretaciones relacionadas con la salud y enfermedad: La Interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección. F. J. Colunga & F. J. Álvarez (2013) Promoción de la Salud.

Una perspectiva latinoamericana. Cada día nos parece más necesario el desarrollo de una política intercultural en salud ya que ningún sistema médico es capaz de satisfacer todas las demandas de salud que presenta una población.

La biomedicina no escapa a esta regla y por ende la medicina tradicional puede permanecer como una alternativa válida para el restablecimiento del equilibrio, donde su concepto holístico del proceso salud enfermedad la hace de mayor efectividad que la medicina occidental.

Por lo tanto, la salud intercultural debería favorecer un proceso de revaloración y revitalización de las culturas médicas tradicionales indígenas (modelo relacional y holístico) y también de la biomédica (modelo biopsicosocial o multicausal).

Debería al mismo tiempo favorecer una formación armónica en que conviven e interactúan valores y conocimientos culturales de diferente origen, sin rupturas y abandono de lo propio.



El desarrollo desde la perspectiva intercultural también deberá ser entendido como el logro de una identidad cultural que potencie los elementos comunes entre las culturas y respete los diversos.

Tomando en cuenta los aspectos arriba mencionados aparece como un gran desafío para los integrantes de los equipos de salud que trabajan en áreas de contacto interétnico el poder desarrollar estrategias, modelos y líneas de acción que apunten al desarrollo.

El crecimiento de las inequidades, los consumismos exacerbados, el aumento de conductas riesgosas, el mantenimiento de las discriminaciones y la expoliación del medio ambiente, entre otros, son parte del perfil agresor con el cual el sector salud se verá irremediablemente enfrentado en su tarea de promoción.

Por eso se puede decir que el sistema médico desarrollado por occidente (sistema biomédico, mejor dicho), no es ni el único ni el mejor sino es uno de los tantos que existen.

La interculturalidad y la salud son dos conceptos relacionados que abordan la importancia de comprender y respetar las diferentes culturas en el contexto de la atención médica y la promoción de la salud. La interculturalidad se refiere a la interacción y el intercambio de ideas, valores y prácticas entre diferentes culturas, con el objetivo de fomentar la igualdad, la inclusión y el respeto mutuo.

En el ámbito de la salud, la interculturalidad reconoce que las diferentes culturas tienen sus propias concepciones sobre la salud, la enfermedad, el bienestar y los tratamientos médicos. Estas concepciones pueden diferir significativamente de las prácticas y creencias occidentales dominantes en la medicina convencional. Por lo tanto, es importante tener en cuenta las perspectivas culturales y los sistemas de creencias de las comunidades para proporcionar una atención de salud adecuada y efectiva.

La interculturalidad en la salud implica reconocer la diversidad cultural de los pacientes y garantizar que los servicios de salud sean culturalmente sensibles y apropiados. Esto implica establecer una comunicación efectiva y respetuosa, considerar las creencias y prácticas culturales en el diagnóstico y tratamiento, y fomentar la participación activa de los pacientes y sus comunidades en la toma de decisiones relacionadas con su médica.

Algunas prácticas de interculturalidad en salud incluyen:

- ✓ Respetar y valorar las creencias, prácticas y tradiciones culturales de los pacientes.
- ✓ Proporcionar información de salud en diferentes idiomas y formatos accesibles para las comunidades multiculturales.
- ✓ Capacitar al personal de salud en competencia cultural para comprender las necesidades y perspectivas de los pacientes de diferentes culturas.
- ✓ Fomentar la colaboración entre los proveedores de atención médica convencionales y los curanderos tradicionales para brindar opciones de tratamiento complementarios.
- ✓ Promover la participación comunitaria en la planificación y entrega de servicios de salud, reconociendo el papel de los líderes comunitarios y los sistemas de apoyo existentes.

En resumen, la interculturalidad en la salud busca promover una atención médica equitativa, inclusiva y sensible a la diversidad cultural. Al comprender y respetar las diferentes concepciones culturales de la salud, podemos mejorar la calidad de la atención y promover el bienestar de todas las personas, independientemente de su origen cultural.

### **2.1.7. Salud y servidores de salud**

Tobar. F. (2010). Refiere que puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud de una determinada población. El sistema engloba la totalidad de acciones

que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Por lo tanto, puede existir una respuesta social a los problemas de salud de la población que no involucre al Estado.

En el extremo opuesto, puede haber sistemas de Salud que no involucren al mercado y sean íntegramente provistas desde el Estado.

Aunque registran especificidades, los sistemas de Salud no escapan a los requisitos de cualquier sistema. Todo sistema involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos propios. En la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de Salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos).

Cada sistema de Salud implica acciones recíprocas entre un conjunto de proveedores y una población. Se pueden listar tres órdenes de elementos que caracterizan dichas acciones. Ni los proveedores ni los miembros de la población actúan de forma aislada; antes bien, pertenecen a diversas organizaciones que determinan esas acciones recíprocas.

Durkheim citado en Ritzer, (2002), define que la idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. De hecho, cada época corresponde a cierta estructura irrepetible de poder, técnicas, ideas, valores, costumbres, creencias y normas. De manera que la noción de lo que se entiende por salud es un producto o construcción social.

### **2.1.8. Comunidad**

Héctor Arias (2003) menciona la de F. Violich, según la cual la comunidad es un “grupo de personas que viven en un área geográficamente específica y cuyos miembros comparten actividades e intereses comunes, donde pueden o no cooperar formal e informalmente para la solución de los problemas colectivos”. Lo estructural está dado por la consideración de un grupo

enmarcado en un espacio geográfico delimitado y lo funcional está presente en los aspectos sociales y psicológicos comunes para ese grupo.

Elena Socarrás (2004) define la comunidad como “algo que va más allá de una localización geográfica, es un conglomerado humano con un cierto sentido de pertenencia. Es, pues, historia común, intereses compartidos, realidad espiritual y física, costumbres, hábitos, normas, símbolos, códigos”. Esta definición, amplia en su concepción del espacio geográfico (lo mismo que la de F. Violich), puede aplicarse a un país, una ciudad o un barrio, relaciona los elementos subjetivos, donde lo cultural se erige como un eje determinante que sintetiza gran parte de estos mecanismos e incluye además un aspecto importante, el sentido de pertenencia, factor que permite la movilización, la cohesión y la cooperación entre los habitantes de una comunidad.

Las comunidades pueden formarse en torno a distintos elementos que los individuos tienen en común. Estos elementos son los que conforman la identidad de cada comunidad y por eso se puede hablar de varios tipos de comunidades y estas se caracterizan por reunir una serie de características que las identifican:

**Identidad.** Los miembros de una comunidad comparten intereses, gustos u objetivos en común. Esto le otorga a la comunidad una serie de rasgos y características distintivas que construyen su identidad.

**Objetivo en común.** Los miembros de una comunidad poseen objetivos y metas a cumplir, y todos trabajan por el cumplimiento de los objetivos propuestos.

**Compromiso.** El compromiso es uno de los valores clave dentro de una comunidad. Entre sus miembros se crean lazos que permiten la armonía y la búsqueda de un objetivo en conjunto.

**Cultura.** Los miembros comparten valores comunales (que determinan lo que es permitido y lo que no lo es dentro de la comunidad), costumbres, una misma visión del mundo y una educación que transmite de generación en generación los rasgos propios de la comunidad.

**Interacción.** Los miembros de una comunidad interactúan entre sí. A su vez, forman parte de una sociedad más grande que los contiene y, por lo tanto, también interactúan con otros grupos sociales.

**Dinámica.** Las comunidades son estructuras dinámicas y en constante cambio.

Según Max Weber, comunidad define como “una relación social cuando y en la medida en que se inspira en el sentimiento subjetivo (afectivo o tradicional) de los participantes de constituir un todo”.

Este punto de vista sostiene que los lazos de la comunidad se basan fundamentalmente en la racionalidad que cada uno de sus participantes tiene y ejerce por sí mismo, y sobre la cual colabora para unificarse y actuar de forma asociada para alcanzar una meta en común.

Los impulsos que motivan a las personas son lazos de sentimientos afectivos positivos y de respeto por las tradiciones establecidas de la comunidad a la cual pertenecen.

Por otro lado, esta definición se encuentra en oposición total al concepto de “lucha”. Max Weber considera que en una comunidad prevalece la colaboración por sobre la lucha, los intereses particulares y la competencia.

### **2.1.9. Nativo**

Básicamente, la palabra hace referencia al origen de individuo con respecto a su lugar de *nacimiento*. Sin embargo, usualmente es asociado y dirigida a los aborígenes, debido a diferentes hechos históricos que les dieron su lugar como “los primeros pobladores”, porque ellos fueron las primeras civilizaciones establecidas antes de las colonizaciones masivas por parte de otras mucho más avanzadas, como las europeas en equivalencia con las americanas durante la época de la colonia. La palabra tiene raíces latinas, siendo originalmente “*natīvus*”, manteniendo el mismo significado que tiene la palabra utilizada actualmente.

Tradicionalmente, se considera que los aborígenes son comunidades que no se amoldan a la estructura social dominante en la actualidad, pero contra toda creencia, se ha demostrado que ellos son capaces de integrarse al entorno, incursionando en actividades laborales y recreativas. Aun así, hay algunas culturas que se rehúsan a la modernización, por lo que son objeto de investigaciones, enfocándose en su cultura, costumbres, cotidianidad, organización política y la vida familiar, además de las religiones que profesan; los motivos por los cuales se niegan a mezclarse entre los individuos corrientes varía, pero una de las más comunes es el miedo al simple hecho de que su cultura y rastro sea olvidado y se pierda.

### **2.1.10. Población:**

Naranjo, V. (2003) define primero a la «sociedad» como «la agrupación natural o pactada de personas que constituyen una unidad distinta de cada uno de los individuos que la componen, con el fin de cumplir mediante una mutua cooperación, todos o algunos de los fines de la vida», y también como «reunión mayor o menor de personas, familias, pueblos o naciones», por lo que es un vocablo que significa conglomerado humano y se refiere indistintamente a cualquier

agrupación general que de manera connatural es capaz de integrar el hombre con caracteres y destinos múltiples.

Luego para el autor, el concepto de «población» se utiliza para señalar la misma agrupación humana, pero como elemento componente indeterminado del Estado, ya que se refiere a todos sus habitantes, tengan el carácter o la condición que tuvieren, nacionales, extranjeros, residentes, transeúntes, particulares, funcionarios, etc.

Estimamos esta expresión mucho más adecuada que la de «pueblo», que frecuentemente se usa en su acepción de población, unas veces de gente, otras de nación e inclusive como lugar pequeño, comunidad, villa o parte de la población que recibe un especial tratamiento del Estado según el régimen político o jurídico determinado.

Llanos, W. (2003) En biología, el término población se refiere a todos los seres vivos del mismo grupo o especie, que viven en un área geográfica particular.

En sociología, se refiere a un grupo de seres humanos o a toda la especie. La demografía es una ciencia social que implica el estudio estadístico de la población humana.

Población, en un término más simple, es el número de personas en una ciudad o pueblo, región, país o mundo; la población generalmente está determinada por un proceso llamado censo, es decir, un proceso de recopilación, análisis, compilación y publicación de datos sobre la población y otras variables relacionadas como localidad de residencia, vivienda, ingreso, nivel educativo y otras.

En geografía humana, tiene un significado muy importante como objeto de estudio, que justifica plenamente la existencia de la geografía de la población.

Desde el punto de vista legal y constitucionalista, el concepto de población se utiliza para señalar la misma agrupación humana pero como elemento componente indeterminado del Estado, por referirse a todos sus habitantes sin considerar su condición. Diferenciándose del término pueblo que suele referirse a una parte de la población que recibe un tratamiento especial por parte del Estado según el régimen político o jurídico determinado que lo caracterice.

En las ciencias de la vida, población es la totalidad de los individuos, generalmente de la misma especie, que se encuentran en un área determinada. Como resultado de las interacciones entre los miembros de esta unidad de población ocurre una mezcla constante de sus genes a través del flujo genético. Por lo tanto, las poblaciones también son un punto de partida para los cambios evolutivos en la especie en cuestión.

#### **2.1.11. Distrito de Pichari La Convención**

**Ubicación geográfica.** - El área de estudio se encuentra ubicada en la ceja de selva, a la margen derecha del Río Apurímac al Nor Oeste de la provincia de La Convención de la región Cusco entre las regiones de Ayacucho y Junín, colindando con el río Apurímac, y los distritos de Kimbiri, Echarate y Rio Tambo. Su ámbito territorial está comprendido entre 340msnm en la confluencia del río Mantaro con el Apurímac a 3,500 m.s.n.m en las partes más altas; la capital distrital se encuentra a una altitud de 614 m.s.n.m., con las siguientes coordenadas: Latitud sur: 12° 31' 10.80" (-12.51966994000) Longitud oeste: 73° 49' 42.7" (-73.8253052000).

**Límites.** - De acuerdo a la Ley N° 26521, de creación del distrito de Pichari, presenta los siguientes límites:

**a. Por el Norte.** - Limita con la provincia Satipo en la región de Junín. (distritos de Viscatan del Ene y Rio Tambo).



**b. Por el Noreste.** - Limita con el distrito de Echarate en la provincia de La Convención, del último lugar nombrado; la línea describe una dirección general sureste aguas arriba de la quebrada Cedro-Orcco hasta su nacimiento y cumbre del cerro Chunchuccasa.

**c. Por el sureste.** - Limita con el distrito de Kimbiri en la provincia La Convención del último punto nombrado, y su prolongación hasta la desembocadura de la quebrada Pacchalaja en el río Apurímac, por su margen derecha.

**d. Por el Suroeste.** - Limita con la provincia de Huanta en la región de Ayacucho, (distritos de Sivia, Llochegua y Canayre).

**División política.** - El territorio materia del presente estudio está definido por las comunidades que lo componen, entre ellas son comunidades nativas Ashaninkas y colonos dentro del distrito de Pichari, provincia de La Convención, de la región Cusco, en los límites con la región Ayacucho y Junín. Se ubica en la margen derecha de la cuenca del río Apurímac; zona territorial del VRAEM, en la región del Cusco y provincia de La Convención.

**Pichari** es una localidad peruana, capital del distrito homónimo ubicado en la provincia de La Convención en la región del Cusco. Se halla sobre la ribera este del río Apurímac, aproximadamente 3 km de la ciudad de Sivia, en la provincia de Huanta (región de Ayacucho) del otro lado del río.

Los primeros pobladores del distrito de Pichari, fueron las tribus nativas como los (Machiguengas y Ashaninkas.). En Pichari existen 24 comunidades nativas Ashanincas, que aún mantienen sus costumbres y tradiciones.

Los primeros emigrantes al distrito de Pichari llegaron en la década de los 50s. En los años de 1960 y 70 se dieron cambios importantes en esta parte del Valle con la primera instalación de la Agencia Municipal y el primer registro de Nacimientos.

De esta manera se inició el estudio del ordenamiento urbano. El 15 de noviembre de 1975 se inicia los trámites para la distritalización de Pichari, lográndose este anhelo, con mucho esfuerzo de sus pobladores el 09 de agosto de 1995, siendo su primer alcalde Edgar Pacheco Morales.

Respecto a los niveles de atención, vemos de la siguiente manera, nivel I-1 son 4 establecimientos de salud, del nivel I-2 son 5 establecimientos y nivel I-3 solo 1; nivel I-4 solo el ubicado en la capital del distrito de Pichari. Cada nivel cuenta con el recurso humano de acuerdo a la demanda, los que son programados por la Red de Salud Kimbiri-Pichari y asignados por la DIRESA-Cusco, siendo la cobertura de atención la Red de Salud Kimbiri-Pichari-Villa Virgen y ahora más el distrito de Villa Kintiarina, Micro Red Pichari. Y la Red de Salud Satipo, Micro Red Valle Esmeralda, en Rio Tambo.

Valga indicar que las poblaciones Asháninkas en nuestro país es el más representativo en relación a las demás etnias, razón por el cual se les denomina la nación Ashaninka, que están más centralizado en el rio Ene y Tambo, llegando hasta el rio Apurímac por la margen derecha, que nuestra zona de estudio.

Estas poblaciones hasta la época actual conservan intacta su cultura tradicional a pesar de las agresiones externas provenientes de grupos religiosos, de la entrada exagerada de inmigrantes andinos y costeños, el avance del narcotráfico y de las incursiones terroristas que han pretendido mellar su identidad y autonomía cultural.

### **2.1.12. Las principales barreras que encuentra la población de Pichari para el acceso a los establecimientos de salud**

**Las barreras geográficas:** Se refieren a las dificultades que la población tiene para acceder a la atención de salud, debido a la distancia, medio de transporte y aislamiento geográfico estacional. Para el caso de los pueblos indígenas amazónicos, entre las barreras más importantes se encuentran las distancias geográficas para trasladar de emergencia a las personas que necesitan atención a los centros de salud con mayor capacidad de resolución.

Las barreras geográficas agudizan dos problemas básicos en la atención de salud, que son: el bajo acceso a los servicios pertinentes y la limitada capacidad de resolución de las instituciones a las cuales estos grupos pueden recurrir, en razón de su precariedad presupuestaria, de infraestructura o de su inapropiada distribución en los servicios. Ejemplo: Existencia de comunidades muy alejadas de los establecimientos de salud. Como consecuencia los usuarios Asháninkas deben desplazarse por grandes distancias y pierden tiempo para acceder a los servicios de salud.

**Las barreras culturales:** Las barreras culturales en los servicios de salud se producen por la falta de comprensión de los contextos culturales por parte de los formuladores de políticas, los gerentes, el personal técnico y de apoyo. La expresión de las barreras culturales se traduce en los problemas que existen en los servicios públicos de salud tales como los horarios de atención no consensuados con la población o que no toman en cuenta sus actividades, la disposición física de los espacios sin tomar en cuenta las preferencias culturales, los procedimientos técnicos utilizados sin explicación que no son comprendidos, etc.

Estas dificultades se producen cuando la organización y provisión de servicios públicos de salud en poblaciones multiculturales no toman en cuenta el idioma, las dificultades para la comunicación, los valores y creencias, las formas de vida de los usuarios y su organización del

tiempo. Por ejemplo, la población Asháninka percibe que hay enfermedades que pueden curarse a través de la vaporación y no sólo consumiendo medicamentos.

Esta práctica puede entrar en conflicto con la atención que recibe en los EESS del Estado si no es comprendida y respetada.

**Las barreras económicas:** Constituyen las dificultades financieras que la población debe encarar para acceder a la atención en salud, ya sea por su nivel de ingreso o por el costo real de la atención (transporte, alimentación, hospedaje, medicamentos, pérdida de días laborados), especialmente en casos de emergencia. Además, varias comunidades utilizan el trueque como medio de pago. Por ejemplo, para trasladarse a un establecimiento de mayor nivel resolutivo, los asháninkas deben pagar su transporte, alojamiento y alimentación, además de no trabajar durante los días que estén recibiendo la atención.

**Las barreras sociales:** Están determinadas, de modo importante, por el nivel de educación de la población. En el caso de los pueblos indígenas, las tasas de analfabetismo son altas, especialmente entre las mujeres. El tema educativo es especialmente crucial cuando se trata de hacer frente a enfermedades foráneas o nuevas.

## **2.2. Marco conceptual (palabras clave)**

**Comunidad:** Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE), el término comunidad refiere al conjunto de personas vinculadas por características o intereses comunes.

Es decir, que una comunidad se constituye por la agrupación de seres humanos -también otros seres vivos- que tienen elementos en común, como idioma, costumbres, ubicación geográfica, gustos, corrientes de pensamiento, etc.

**Comunicación:** Para María del Socorro Fonseca, comunicar es "llegar a compartir algo de nosotros mismos. Es una cualidad racional y emocional específica del hombre que surge de la necesidad de ponerse en contacto con los demás, intercambiando ideas que adquieren sentido o significación de acuerdo con experiencias previas comunes".

**Comunicación intercultural:** M, Rodrigo (1912) Se define como comunicación intercultural aquella que resulta de la interacción entre hablantes de lenguas y culturas diferentes. Los interlocutores que participan en encuentros interculturales han experimentado previamente procesos de socialización distintos y han desarrollado marcos de conocimiento diferentes; su competencia intercultural les permite satisfacer eficazmente sus necesidades comunicativas superando esas diferencias.

**Cultura:** La UNESCO (2015), define a La cultura como el núcleo de la identidad individual y social y es un elemento importante en la conciliación de las identidades grupales en un marco de cohesión social. Al hablar de cultura se hace referencia a todos los factores que configuran los modos en que un individuo piensa, cree, siente y actúa como miembro de la sociedad.

**Interculturalidad:** Diez (2009), indica que la interculturalidad está en los diversos proyectos y programas de la educación, salud, producción donde hay una comunicación deficiente. La discriminación, las desigualdades sociales, las asimetrías son también expresión de la interculturalidad en la práctica.

**Interculturalidad en salud:** Medicus Mundi Navarra y Salud Sin Límites, (2012), indica que es la "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".

Esta visión de la interculturalidad significa articular diversos sistemas, modelos y ámbitos de salud. Se trata de una articulación respetuosa donde tanto conocimientos como prácticas y agentes, usuarios y prestadores, dialoguen como iguales, con el mismo derecho a la palabra, con el mismo respeto por sus conocimientos y decisiones.

**Nativo:** Nacido en un determinado lugar, que es originario de un lugar, generalmente en oposición a inmigrantes, visitantes o turistas que pertenecen a diferentes culturas: la oligarquía nativa, la cultura nativa, lenguas nativas, pescadores nativos, comunidades nativas de la selva, nativos de la misma tribu.

**Población:** definición según RAE (2001), acción y efecto de poblar, conjunto de personas que habitan la tierra o cualquier división geográfica de ella. Conjunto de individuos de la misma especie que ocupan una misma área geográfica. Conjunto de individuos o cosas sometidas a una evaluación estadística mediante muestreo.

**Salud y servidores de salud:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó a la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".

## **2.3. Antecedentes empíricos de la investigación (estado del arte)**

### **2.3.1. Nivel internacional**

Subinas, J. (2018), Tesis doctoral titulada Interculturalidad en salud y desigualdad: el caso de las entidades de médicos tradicionales en la comarca Ngäbe Buglé Madrid, Universidad Complutense de Madrid.

El objetivo Según la Organización Panamericana de Salud y el Ministerio de Salud Panameño, la interculturalidad en salud hace mención a dos culturas sanitarias: la medicina tradicional indígena y la medicina occidental.

Las conclusiones arribadas Los pueblos indígenas han adquirido un destacado protagonismo en América Latina, en gran medida, por dos hitos históricos: la llegada al poder del primer presidente indígena de la historia (en Bolivia), por una parte, y los procesos constituyentes en Ecuador (2008) y Bolivia (2009), por otra. Estos últimos han contemplado aspectos centrales de las culturas originarias: “el enfoque del buen vivir”, Sumaq Kawsay en quechua y suma Qamaña en Aymara. La inclusión de dicho enfoque en las cartas magnas supone un planteamiento de interculturalidad sin precedentes. Establece asimismo una nueva ética para la relación entre las culturas, el modelo de desarrollo y la relación con la naturaleza. El buen vivir representa un marco de referencia para las diferentes comunidades indígenas de América Latina, y se manifiesta de diversos modos en los grupos amerindios. En Panamá, los pueblos indígenas cuentan con atribuciones de autogobierno dentro de las comarcas, incluyendo la elección de sus líderes tradicionales (caciques y voceros) -que coexisten junto al gobernador, los alcaldes y los corregidores-, así como el control de sus asuntos internos. En el seno de dicho marco político-administrativo, las tierras son colectivas: pertenecen a la comunidad. Este título es intransferible, inembargable e inalienable. Muchos servicios estatales de desarrollo económico y social son implementados en coordinación con las autoridades indígenas. Cabe matizar, sin embargo, que el Gobierno sigue controlando el gasto de fondos públicos e ingresos de impuestos. El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial del Sistema de Naciones Unidas entiende que, en varios sentidos, el marco jurídico de las comarcas es ambiguo, lo cual deja multiplicidad de espacios de opacidad.

Agudelo, D. (2014) Estudios de la cultura mención en políticas culturales salud intercultural encrucijadas del vivir bien y el sumak kawsay en Bolivia y Ecuador Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador El objetivo general de la investigación fue explorar la articulación y coherencia de los discursos estatales sobre la interculturalidad y la oferta de servicios de salud en Bolivia y Ecuador.

Y es que uno de los grandes legados modernos es el Estado-nación. En ese sentido, los casos de Ecuador y de Bolivia son de gran importancia, porque a pesar de que aún no sea posible establecer ninguna conclusión, el paso hacia la plurinacionalidad podría abrir un camino de reformatión - ¿refundación?- de la noción de democracia y podría constituir un espacio de ejercicio de la ciudadanía de una forma que no implique desaprenderse de lo propio.

El análisis de las experiencias aquí presentadas debe entenderse más allá de su particularidad, que, aunque también necesario, en la mayoría de casos ha terminado por reducir las investigaciones sobre salud intercultural a casos tan particulares que no explican sino la dinámica de un centro de salud en una montaña cualquiera. Lo que hay que ver es cómo cada caso, de una montaña cualquiera, está hablando de la materialización de aquella discusión, que si no se alimenta de esto sigue siendo “lo intercultural”, sin rostro, en el vacío.

### **2.3.2. Nivel nacional**

Tambo, M. (2018), en la tesis titulada, Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios- 2018, Universidad Cesar Vallejo.

El objetivo general, del trabajo de investigación es 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.



Las conclusiones a las que arriba la tesista es: 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.

Castillo, D. (2015) Factores relacionados al proceso de diseño de la política de salud intercultural en el Perú. Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú el objetivo de estudio que las políticas con enfoque intercultural responden principalmente a las necesidades de las comunidades, generadas por la diversidad de culturas. Las conclusiones, La Política de Salud Intercultural está conformada por un conjunto de acciones estatales en el tema, las cuales no siguen un mismo enfoque y están poco articuladas, incluso, se podría argumentar que no guardan coherencia entre ellas. Sin embargo, este no es argumento suficiente para sostener, como algunos expertos en Salud Indígena sugieren, que no existe una política de salud intercultural. Todo lo contrario, la identificación de los principales problemas en el proceso confirma que existe una respuesta del Estado frente al problema público y contribuyen con la generación de evidencia a

través de un proceso de retroalimentación constante para la toma de decisiones por parte de los funcionarios públicos.

En el caso del sector salud, los enfoques que influyen el proceso de decisiones son diversos: asimilación, pertinencia y adecuación cultural y los actores no necesariamente han optado por uno u otro, sino que en algunos casos se evidencia la presencia de más de un enfoque, lo cual ha llevado a generar acciones poco articuladas y coordinadas pero que de alguna manera si han permitido la implementación de la política de Salud Intercultural.

### **2.3.3. Nivel Local**

Valencia, D. (2018), tesis doctoral titulada Interculturalidad en relación al uso de la medicina tradicional en la provincia del Cusco, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

El objetivo es Analizar la situación de la interculturalidad en salud, mediante la valoración y reconocimiento de la medicina tradicional, en los centros médicos urbanos y rurales de la provincia del Cusco.

La conclusión de la tesis, Se ha podido observar que el proceso general de aplicación intercultural en salud, aún no culmina o llega a resultados finales significativos. A pesar de que existe la propuesta y la intención de los establecimientos de salud, aún no se asume el compromiso pleno de relevar el enfoque de la interculturalidad, que implica el diálogo entre los conocimientos científicos y profesionales con el uso de la medicina tradicional propio de la cultura andina.

La valoración del uso de la medicina tradicional en el Hospital Regional del Cusco, es muy incipiente, dada las diversas limitaciones expresadas por los actores; en tanto que, en el Hospital Antonio Lorena y el Centro de Salud de Belenpampa, hay un avance importante en la valoración del uso de la medicina tradicional y por ende en la aplicación de la interculturalidad en salud. Este resultado, en buena medida, es producto del desempeño del personal profesional de los establecimientos de salud: médicos, enfermeras, obstetras y otros.

La medicina tradicional está ganando terreno en su reconocimiento de parte de instituciones no relacionadas directamente con la prevención, promoción y tratamiento de la salud, tales como el Ministerio de Cultura, a través de la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco, quien promueve acciones socioculturales incluyendo rituales y creencias sobre salud. Asimismo, la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, con fines académicos y de generación de conocimientos científicos a través de la investigación está abriendo importantes espacios para el estudio de las plantas medicinales y su uso desde el CEPLAM.

Cantoral, S. Quiroz, J. (2019) Comunicación intercultural y participación ciudadana de las madres quechuas con niños menores de 3 años en la instancia de articulación local contra la anemia infantil en el Distrito de Marcapata Quispicanchi. El objetivo es conocer, como es la comunicación intercultural ayuda a mejorar la participación ciudadana de las madres quechuas con niños menores de 3 años para involucrarlos de manera activa y cooperante en los procesos de la IAL contra la anemia infantil en el distrito de Marcapata - Gestión 2019. La conclusión en este trabajo se conoció de qué modo la comunicación intercultural podrá ayudar a mejorar la participación ciudadana alto andino para involucrarlos de manera activa y cooperante en todos los procesos de la Instancia de Articulación Local de Lucha Contra la Anemia Infantil en el distrito de Marcapata, las propuestas de desarrollo social deben considerar el estado de la

conciencia social con relación al problema que se busca dar solución, sin embargo, en un contexto intercultural las instituciones proponentes deberán conocer la visión desde la otra cultura “transpersonal”, a partir del lenguaje, el sentir y la cosmovisión.

- La participación del público objetivo desde espacios de toma de decisiones se hace necesaria más que por cuestiones democráticas, también por objetivos técnicos, puesto que permite tener mayor precisión para poder diseñar actividades para involucrar con los objetivos de la propuesta y con ella el cambio de conductas para el desarrollo social.

## **CAPITULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES**

#### **3.1. Hipótesis general y específicas**

##### **3.1.1. Hipótesis general**

La comunicación intercultural es fundamental para fortalecer la interacción entre el personal de salud y los pobladores del distrito de Pichari- La Convención 2023.

##### **3.1.2. Hipótesis específicas**

**H.E.1.-** La verticalidad y la unidireccionalidad son las características de la comunicación intercultural en la interacción entre el personal de salud y los pobladores del distrito de Pichari- La Convención 2023.

**H.E.2.-** La aplicación de las formas comunicativas con enfoque intercultural favorecerá la interacción entre el personal de salud y los pobladores del distrito de Pichari- La Convención 2023.

#### **3.2. Identificación de las variables e indicadores**

##### **3.2.1. Variable independiente:**

Pobladores de Pichari- personal de salud

##### **3.2.2. Variable dependiente:**

Interacción social

##### **3.2.3. Variable interviniente:**

Comunicación intercultural

### 3.3. Operacionalización De Variables

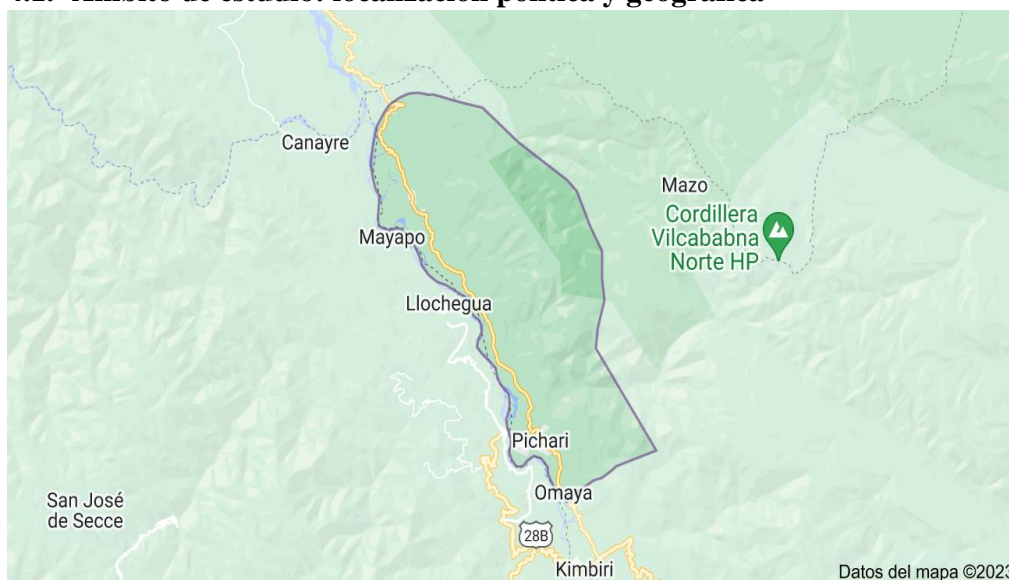
	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
INDEPENDIENTE	Pobladores de Pichari	Varones Mujeres	Residencia Ocupación
		Grupos etarios	De 0 a 5
			De 6 a 15
			De 16 a 30
			De 31 a 50
			De 51 a 70
			De 70 a más
		Nivel educativo	Primaria completa
			Primaria incompleta
	Secundaria completa		
	Secundaria incompleta		
	Personal de Salud	Varones mujeres	Superior
			Ninguno
Nombrados			
Contratados			
Médicos			
DEPENDIENTE	Interacción social	Espacios de interacción	Enfermeras
			Técnicos
			Campañas de vacunación
			Talleres
		frecuencia	Asambleas
			Visitas domiciliarias
			Semanal
			Quincenal
		Formas	Mensual
			Anual
INTERVINIENTE	Comunicación intercultural	Formas	Directa
			Mediática
		Características	Lenguaje
			Personalizada
		Involucrados	Colectiva
			Modo
			Estilo
			Pobladores
			Personal de salud

Fuente: elaboración propia

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1.- Ámbito de estudio: localización política y geográfica



**Fuente:** Google map.

El distrito de Pichari se encuentra ubicado en la ceja de selva, a la margen derecha del Río Apurímac entre las regiones de Cusco, Ayacucho y Junín, al noreste de la capital de la provincia de La Convención. Fue creado el nueve 9 de agosto de 1995, mediante la Ley N° 26521. Su ámbito territorial está comprendida entre 475 a 4,075 m.s.n.m; la capital distrital se encuentra a una altitud de 614 m.s.n.m., con las siguientes coordenadas:

Latitud sur	:12° 13 00
Longitud oeste	: 73° 49 30"
Región	Cusco
Provincia	La Convención

Distrito	Pichari
Ubigeo	080910
Altitud/ capital	614 m. s. n. m
Superficie	814,43 km <sup>2</sup> 81, 442,93 ha
Temperatura	24-30C

Fuente: INEI censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda.

El ámbito territorial tiene los siguientes límites:

- Norte: Con el distrito de Río Tambo, provincia de Satipo, región de Junín.
- Sur: Con el distrito de Kimbiri, provincia de La Convención, región del Cusco.
- Este: Con el distrito de Echarati, provincia de La Convención, región del Cusco.
- Oeste: Con el río Apurímac, distritos de Sivia, Llochegua y Canayre, provincia de Huanta-Ayacucho y Pongoa de la provincia de Satipo-Junín

#### **4.2.-Tipo y nivel de investigación**

El tipo y nivel de investigación del presente trabajo es descriptivo – explicativo no experimental, por cuanto el objeto de estudio, es la comunicación intercultural para favorecer la interacción entre el personal de salud y los pobladores del distrito de Pichari- la Convención.

#### **4.3.- Unidad de análisis**

Para la presente investigación se tomará en cuenta las acciones desarrolladas en el campo de la salud por el personal del Ministerio correspondiente en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre 2022, recurriendo para ello a los informes de las campañas de vacunación como prevención y tratamiento de la COVID- 19 y el Dengue.



#### **4.4.- Población de estudio**

Según el XII Censo Nacional de Población y VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas realizada por el INEI (2017) asciende a 22,691 habitantes, que representa el 15.4% de la población provincial, el 53.5% son varones y 46.5% son mujeres, el 74,3% residen en área urbana y 25.7% en área rural, la edad promedio es 25.5% años, ello indica que la población del distrito de Pichari es mayoritariamente joven, la razón de dependencia es de 54.3% y la población femenina fértil representa el 55.3%.

La población de estudio está integrada por los pobladores del distrito de Pichari – La Convención, que de acuerdo al censo nacional de población y vivienda realizado el año 2017 alcanza a 22,691.

#### **4.5.- Tamaño de la muestra**

De acuerdo a la naturaleza de la investigación, se ha previsto considerar a la población de estudio por conveniencia, que en este caso será de 350 pobladores del distrito de Pichari – La Convención.

Uno de los elementos a considerar será el registro de vacunación contra la COVID- 19 y el Dengue en las campañas realizadas durante el periodo 01 enero al 31 de diciembre 2022.

De acuerdo a la composición etaria y por sexo se ha considerado aplicar las encuestas a pobladores mayores de 18 años de edad en proporción de 200 mujeres y ciento cincuenta varones.

#### **4.6.- Técnicas de selección de muestra**

La selección de muestra se efectuará tomando en cuenta a la población proveniente de las comunidades nativas del distrito, así como a quienes residen en el centro urbano y que acuden a las instalaciones de salud de la capital distrital.

#### **4.7.-Técnicas de recolección de información**

Con la finalidad de tener un acercamiento más eficaz al objeto de la investigación académica, se utilizarán técnicas e instrumentos que permitirán recoger datos y testimonios con respecto a la interacción entre los pobladores del distrito de Pichari- La Convención y el personal del Ministerio de Salud adscrito a la zona.

Para un estudio adecuado se utilizará las técnicas que se describen seguidamente:

**Encuesta.** En la presente investigación se recurrirá a las encuestas con respuestas asistidas si fuera necesario, debido a que el ámbito de estudio abarcará espacios geográficos de mayoritaria población rural, tomando en cuenta que el distrito de Pichari cuenta con una considerable cantidad de comunidades nativas.

**Cuestionario** instrumento empleado para abordar diferentes aspectos de la investigación, procurando dotar a las preguntas de la claridad suficiente para que sea fácilmente entendible por los encuestados.

#### **4.8.-Técnicas de análisis e interpretación de la información**

Los datos obtenidos en el trabajo de campo serán sometidos a procesamiento mediante estadísticas descriptivas expresadas en porcentajes con ayuda del Software SPSS Así mismo, utilizaremos tablas de entrada simple y de doble entrada, diagramas estadísticos de barras y circulares para facilitar la interpretación y análisis de datos.

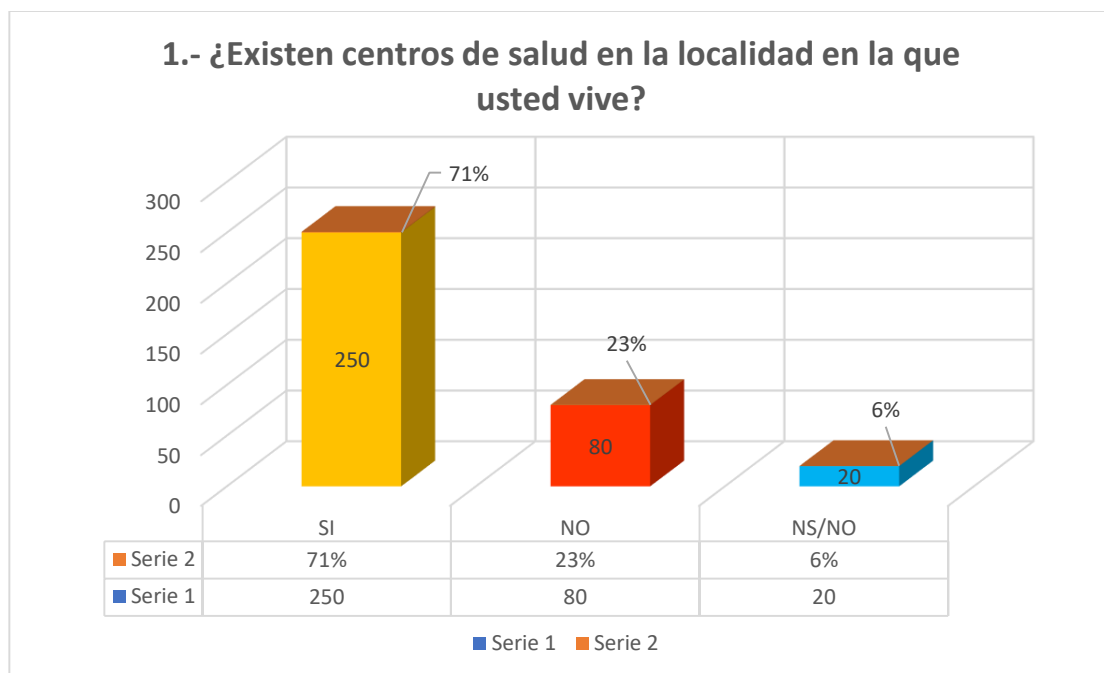
## CAPÍTULO V

### RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

#### 5.1. Cuadro: 01

1.- ¿Existen centros de salud en la localidad en la que usted vive?		
Si	250	71%
No	80	23%
No sabe/ No Opina	20	6%
Total	350	100%

**Figura: 01**



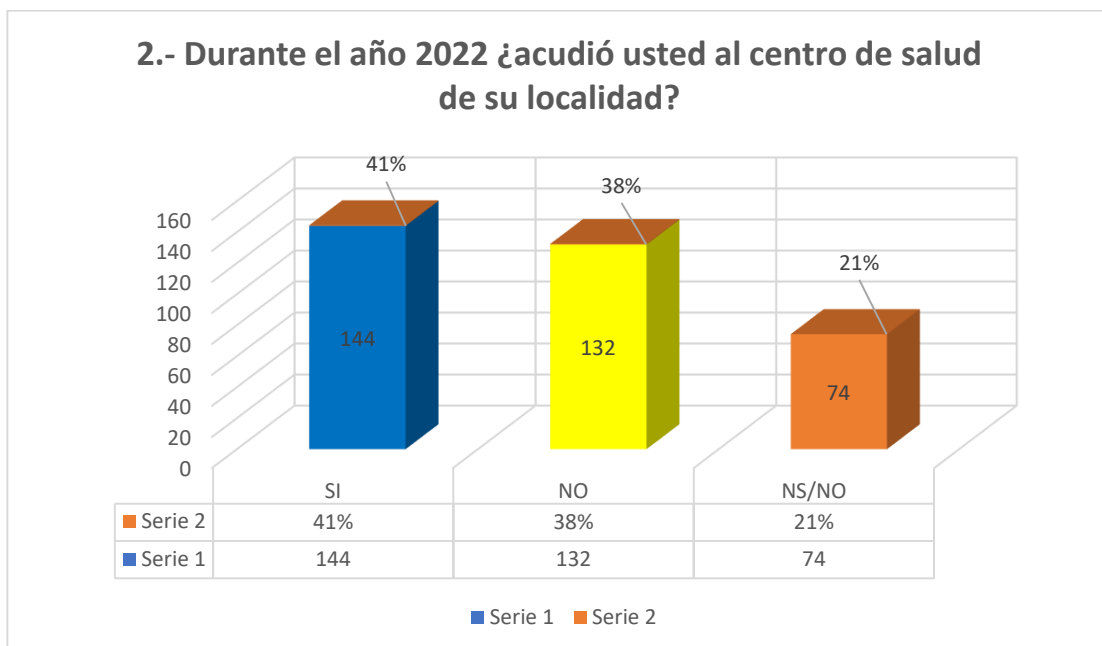
Fuente: elaboración propia

**Interpretación.-** Los encuestados para la presente tesis respondieron positivamente a esta pregunta, lo que revela el conocimiento de la existencia del local en el que funciona el centro asistencial, lo que refleja que los pobladores en algún momento tomaron nota de la ubicación del centro de salud, cuyas instalaciones atienden en lugar visible del Distrito de Pichari.

## 5.2. Cuadro: 02

2.- Durante el año 2022 ¿acudió usted al centro de salud de su localidad?		
Si	144	41%
No	132	38%
No sabe/ No Opina	74	21%
Total	350	100%

**Figura: 02**



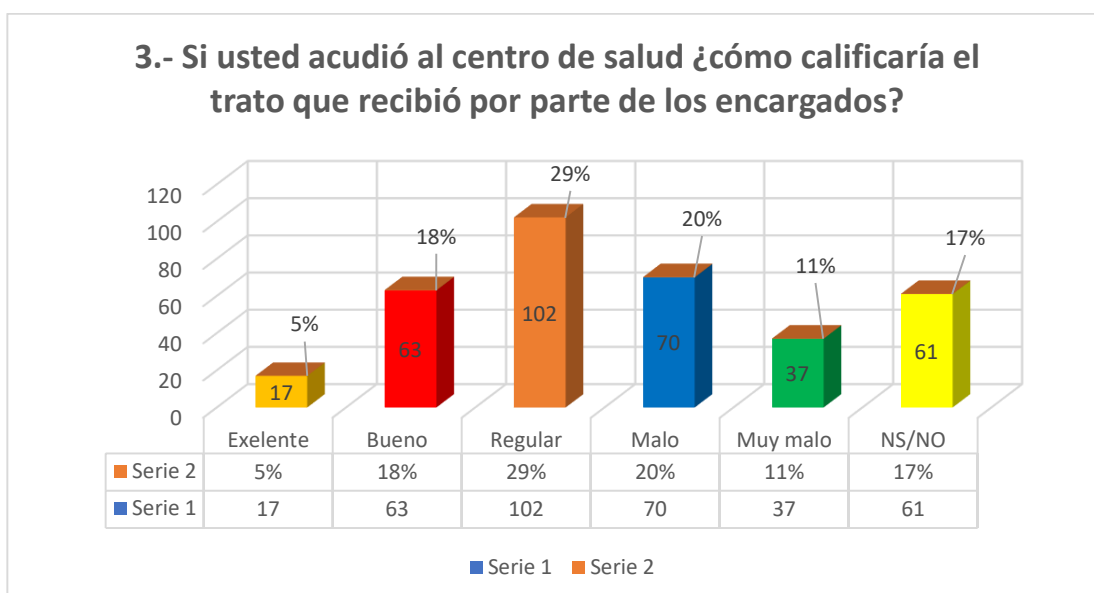
Fuente: elaboración propia

**Interpretación.** - Esta interrogación obtuvo respuestas casi similares debido a que los pobladores de Pichari admiten haber acudido al centro de salud motivados probablemente por afecciones más complicadas, ya que los que no solicitaron atención en el centro de salud están convencidos de que probablemente la medicina tradicional es la más eficaz para tratar diversos males, a lo que debe añadirse las dificultades que existen en el tema de transporte.

### 5.3. Cuadro: 03

3.- Si usted acudió al centro de salud ¿cómo calificaría el trato que recibió por parte de los encargados?		
Excelente	17	5%
Bueno	63	18%
Regular	102	29%
Malo	70	20%
Muy malo	37	11%
No sabe/no opina	61	17 %
Total	350	100%

**Figura: 03**



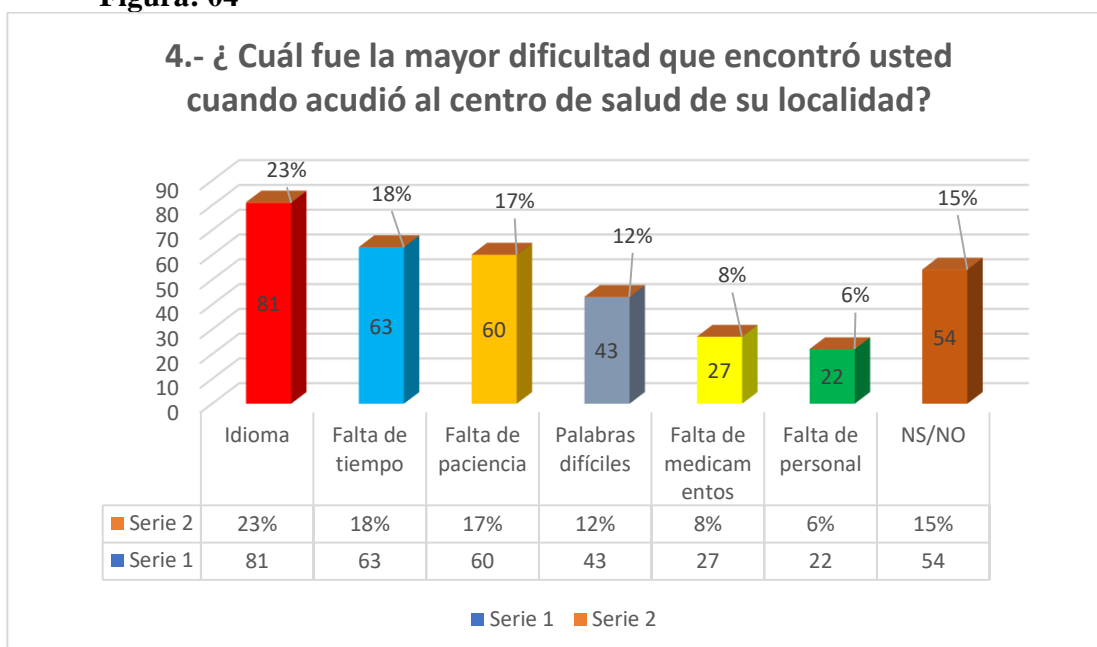
Fuente: elaboración propia

**Interpretación.-** Un elevado porcentaje de la población encuestada para la presente investigación académica considera que el trato recibido en el centro de salud de Pichari por parte del personal encargado puede ser calificado de regular, aunque también llama la atención que más de 100 habitantes considerados en la muestra señalan que el trato que recibieron fue malo o muy malo, lo que convalida plenamente el objeto de la presente investigación que es la necesidad de promover la comunicación intercultural para mejorar la interacción entre los pobladores y el personal de salud.

#### 5.4. Cuadro: 04

4.- ¿Cuál fue la mayor dificultad que encontró usted cuando acudió al centro de salud de su localidad?		
a. Idioma	81	23%
b. La falta de tiempo	63	18%
c. Falta de paciencia	60	17%
d. Palabras difíciles	43	12%
e. Falta de medicamentos	27	8%
f. Falta de personal	22	6%
g. No sabe /no opina	54	15%
Total	350	100%

**Figura: 04**



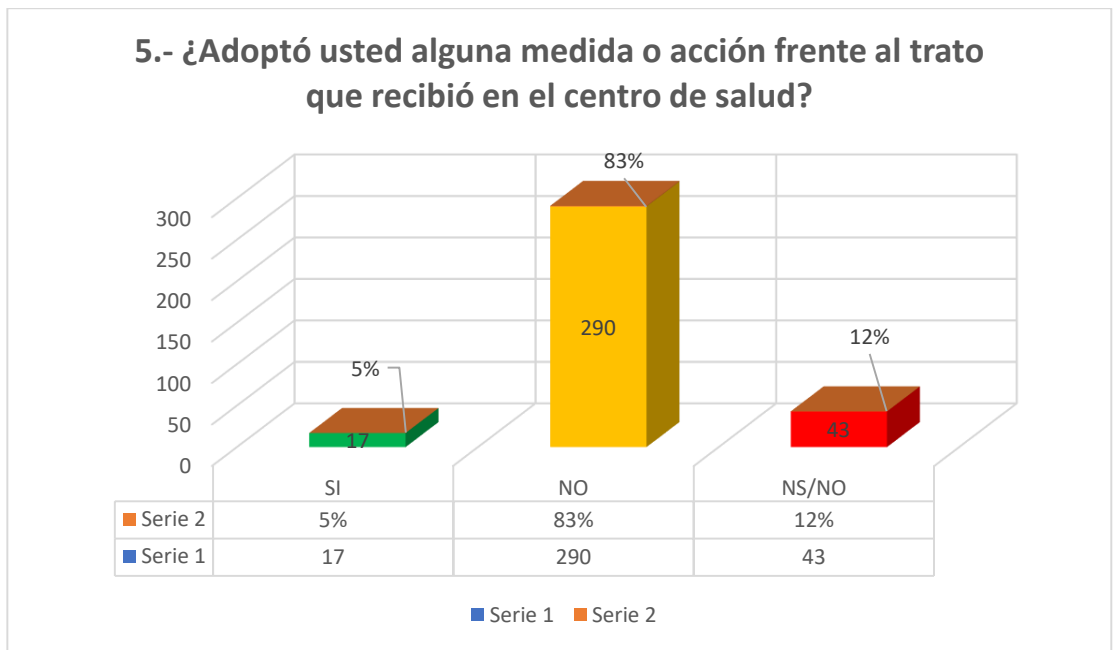
Fuente: elaboración propia

**Interpretación.-** Definitivamente el idioma es considerado uno de los mayores obstáculos para una interacción positiva entre los pobladores y el personal de salud del Distrito de Pichari, lo que se agrava aún más si se tiene en cuenta que la terminología médica es de por sí complicada incluso para los hispanohablantes. Hay términos técnicos que utilizan los profesionales de la salud que probablemente no tengan traducción al quechua o a otras lenguas originarias, circunstancia que complica la interacción social.

**5.5. Cuadro: 05**

5.- ¿Adoptó usted alguna medida o acción frente al trato que recibió en el centro de salud?		
Si	17	5%
No	290	83%
No sabe/ No Opina	43	12%
Total	350	100%

**Figura: 05**



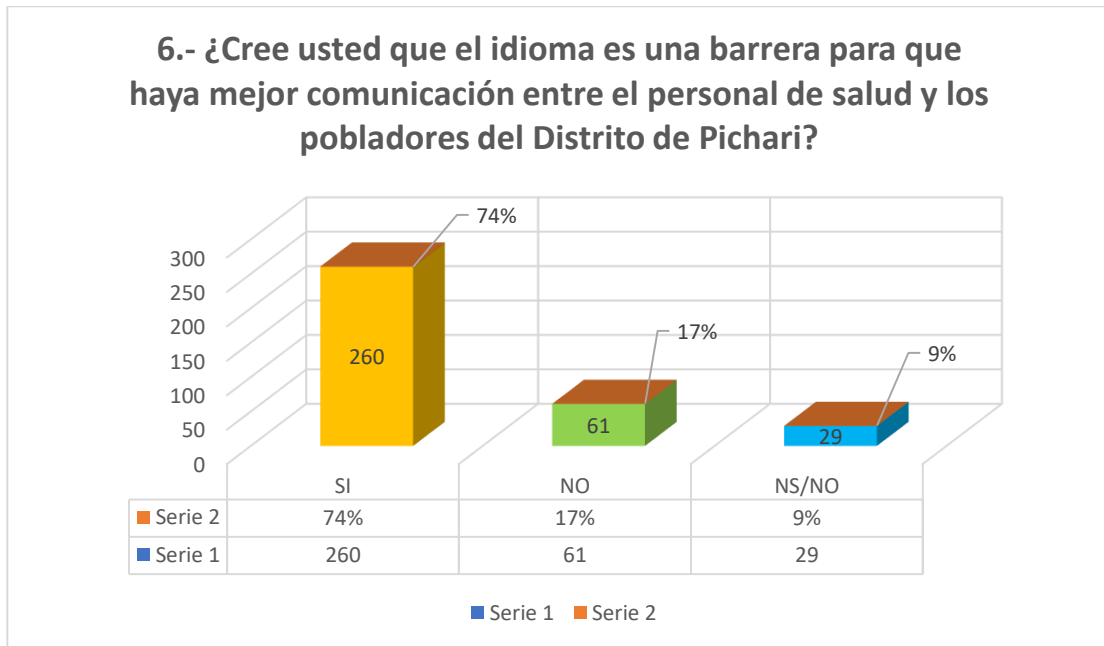
Fuente: elaboración propia.

**Interpretación.-** Existe una percepción casi generalizada no solamente en el Distrito de Pichari sino también en otras localidades del Cusco con respecto a que las quejas o reclamos no tienen buenos resultados y que significan en muchos casos pérdida de tiempo, por lo que los pobladores que no reciben un trato adecuado por parte de las autoridades o funcionarios expresan silencio o indiferencia, aunque en algunos casos las denuncias las hacen en sus espacios comunales como por ejemplo las asambleas.

**5.6. Cuadro: 06**

6.- ¿Cree usted que el idioma es una barrera para que haya mejor comunicación entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari?		
Si	260	74%
No	61	17%
No sabe/ No Opina	29	9%
Total	350	100%

**Figura: 06**



Fuente: elaboración propia

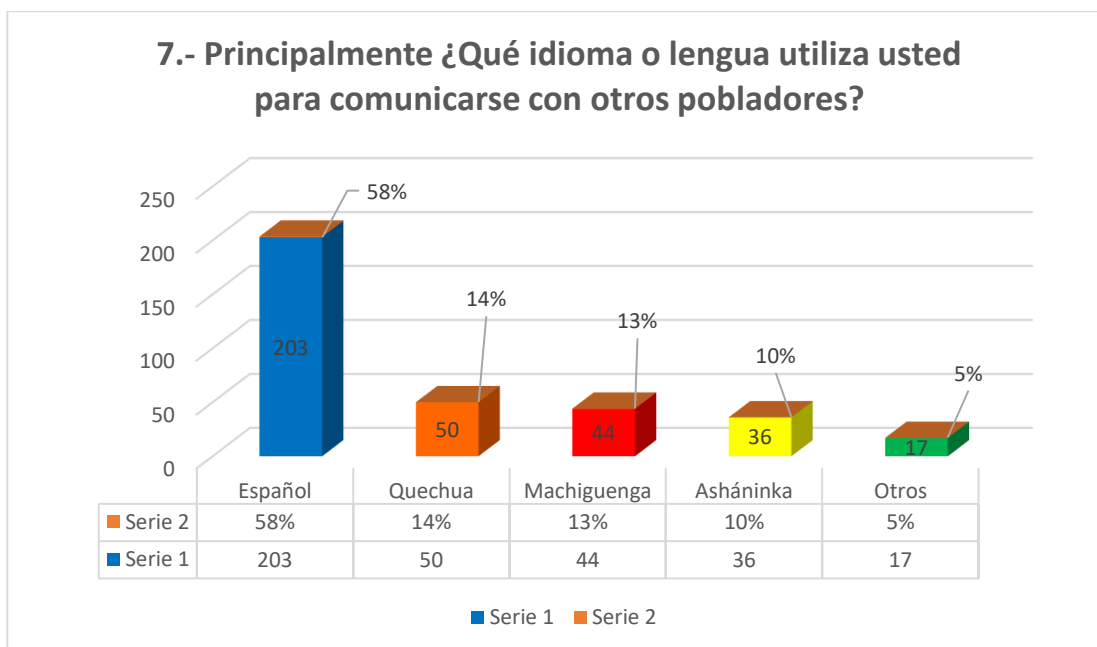
**Interpretación.-** En concordancia con las respuestas anteriores, los pobladores del Distrito de Pichari consultados para la presente investigación académica, consideran que el idioma debe ser uno de los principales vehículos para que la gente se entienda, pero en este caso los códigos lingüísticos utilizados por el personal de salud son diferentes a los empleados por los pobladores lo que representa una barrera para la adecuada interacción social especialmente en el campo de la salud.



### 5.7. Cuadro: 07

7.- Principalmente ¿Qué idioma o lengua utiliza usted para comunicarse con otros pobladores?		
a. Español	203	58%
b. Quechua	50	14%
c. Machiguenga	44	13%
d. Asháninka	36	10%
e.- Otros	17	5%
Total	350	100%

**Figura: 07**



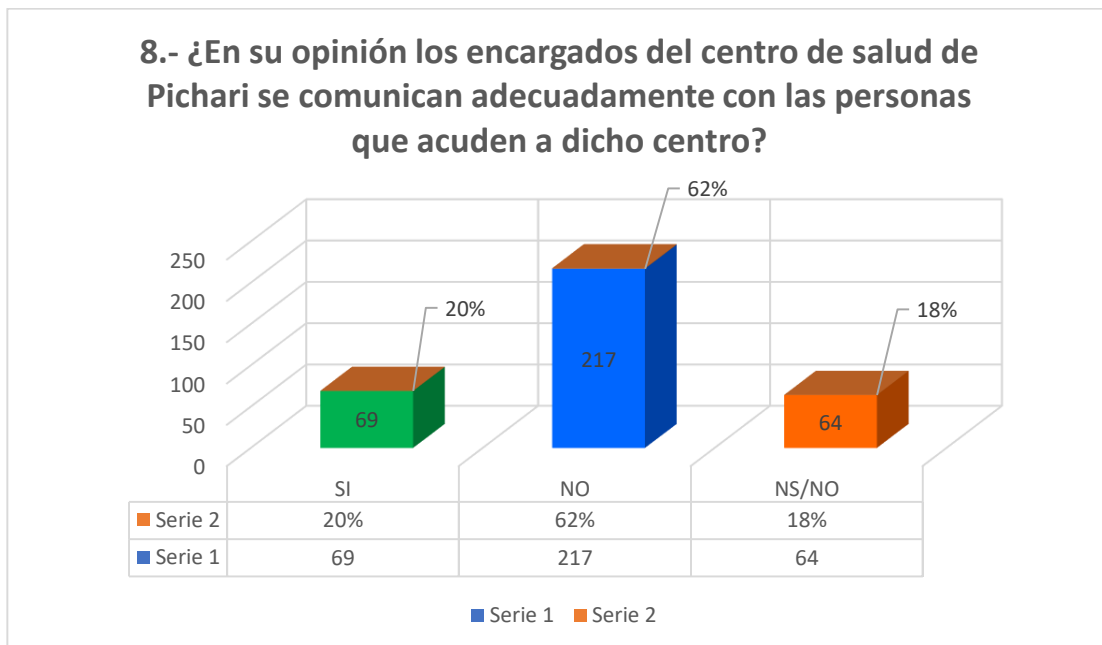
Fuente: elaboración propia

**Interpretación.** - Contrariamente a lo que se había previsto al inicio de la investigación, no son las lenguas originarias las utilizadas mayormente por la población local, sino que es el español, lo que se explica por la presencia masiva de foráneos en la capital del distrito, así como por la migración interna. Las respuestas a esta pregunta también deben generar preocupación por parte de las instituciones culturales, ya que este hecho apunta a detectar que las lenguas originarias como el machiguenga y el Asháninka habrían entrado en franco proceso de extinción.

**5.8. Cuadro: 08**

8.- ¿En su opinión los encargados del centro de salud de Pichari se comunican adecuadamente con las personas que acuden a dicho centro?		
Si	69	20%
No	217	62%
No sabe/ No Opina	64	18%
Total	350	100%

**Figura: 08**



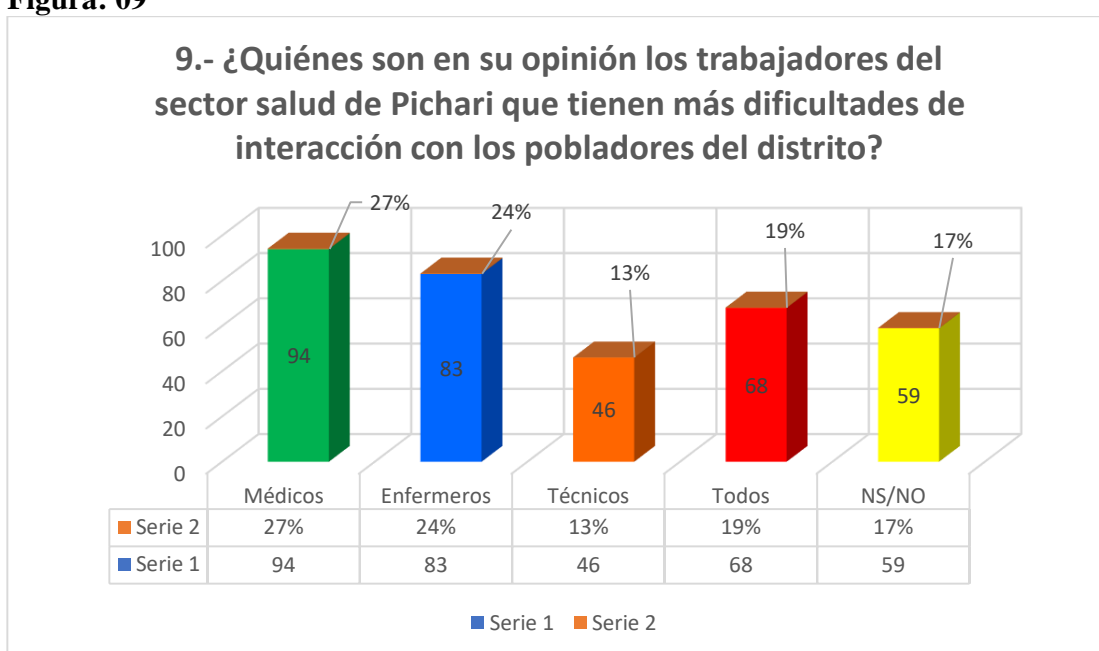
Fuente: elaboración propia

**Interpretación.** - Esta pregunta también reveló que existe un número elevado de pobladores que consideran que quienes trabajan en el centro de salud de Pichari no promueven la comunicación horizontal y asertiva y por el contrario impulsan una forma vertical y unidireccional de comunicación, lo que crea barreras en la interacción, provocando a su vez que haya resistencia por parte de los pobladores no solamente a recibir atención médica sino inclusive a acudir al centro de salud.

## 5.9. Cuadro: 09

9.- ¿Quiénes son en su opinión los trabajadores del sector salud de Pichari que tienen más dificultades de interacción con los pobladores del distrito?		
a. médicos	94	27%
b. Enfermeros	83	24%
c. Técnicos	46	13%
d. Todos	68	19%
e.- No sabe/no opina	59	17%
Total	350	100%

**Figura: 09**



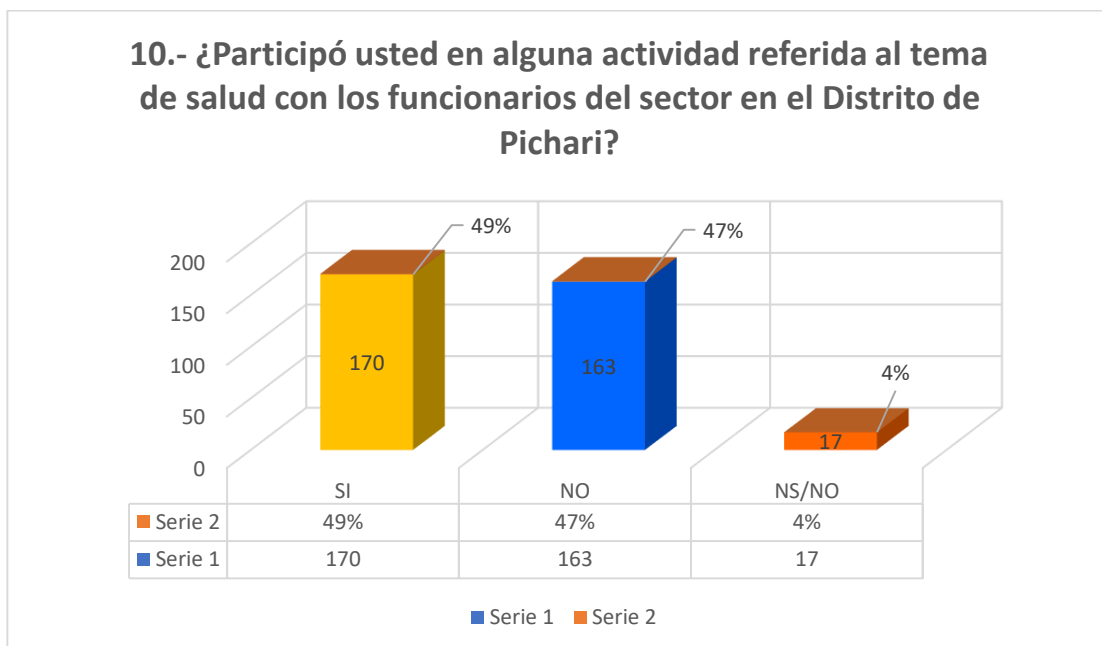
Fuente: elaboración propia

**Interpretación.** -Probablemente debido a que médicos y enfermeras que laboran en el centro de salud de Pichari son provenientes de otros lugares, los pobladores de este distrito señalan que ellos son los que presentan mayores dificultades en la comunicación con enfoque intercultural ya que no conocen los usos y costumbres locales. Contrariamente los técnicos que son personas del distrito y que realizan labores asistenciales o de seguridad son percibidos como los que tienen menores dificultades de interacción con los pobladores debido a que manejan los mismos códigos lingüísticos.

**5.10. Cuadro: 10**

10.- ¿Participó usted en alguna actividad referida al tema de salud con los funcionarios del sector en el Distrito de Pichari?		
Si	170	49%
No	163	47%
No sabe/ No Opina	17	4%
Total	350	100%

**Figura: 10**



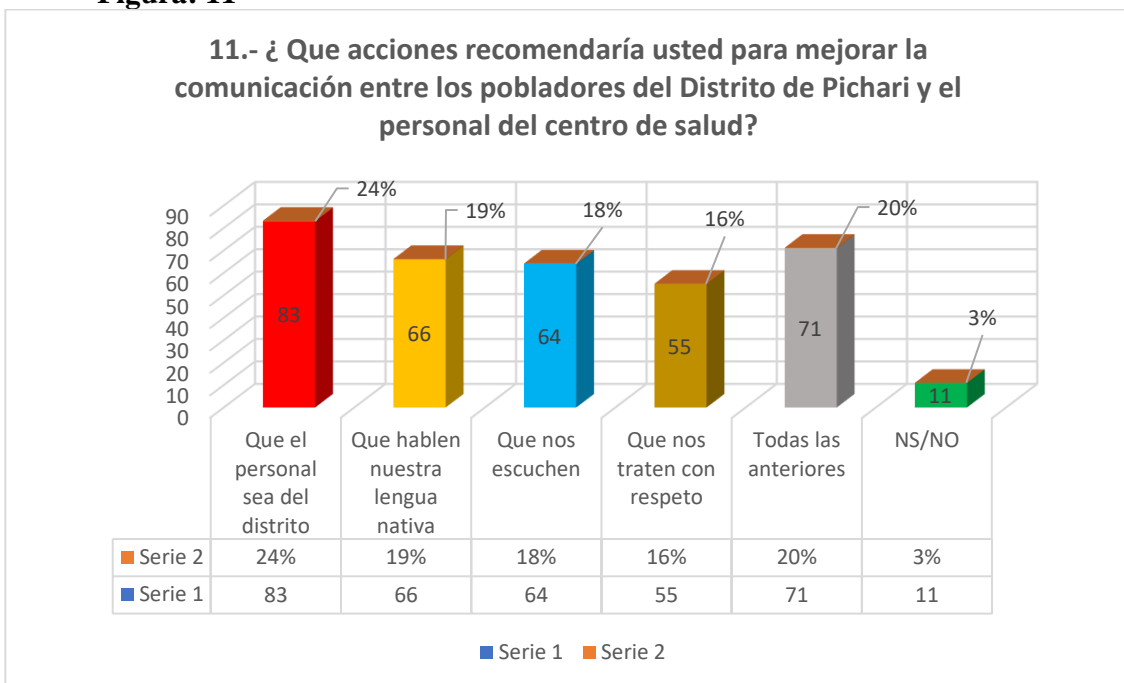
Fuente: Elaboración propia

**Interpretación.** Las respuestas a esta pregunta ponen en evidencia que existen paridad entre quienes participaron en las actividades realizadas a iniciativa del Ministerio de Salud y los que se mostraron indiferentes a estas convocatorias probablemente por considerar que no había complementación entre las prácticas ancestrales de salud y las campañas gubernamentales. Este hecho refleja así mismo que hay la necesidad de complementar bajo el enfoque intercultural el tratamiento de las enfermedades tanto con la medicina tradicional o natural como con los fármacos procedentes de laboratorios y que son recetados por los médicos.

**5.11. Cuadro: 11**

11.- ¿Que acciones recomendaría usted para mejorar la comunicación entre los pobladores del Distrito de Pichari y el personal del centro de salud?		
a. Que el personal sea del distrito	83	24%
b. Que hablen nuestra lengua nativa	66	19%
c. Que nos escuchen	64	18%
d. Que nos traten con respeto	55	16%
e. todos los anteriores	71	20%
f. No sabe/no opina	11	3 %
Total	350	100%

**Figura: 11**



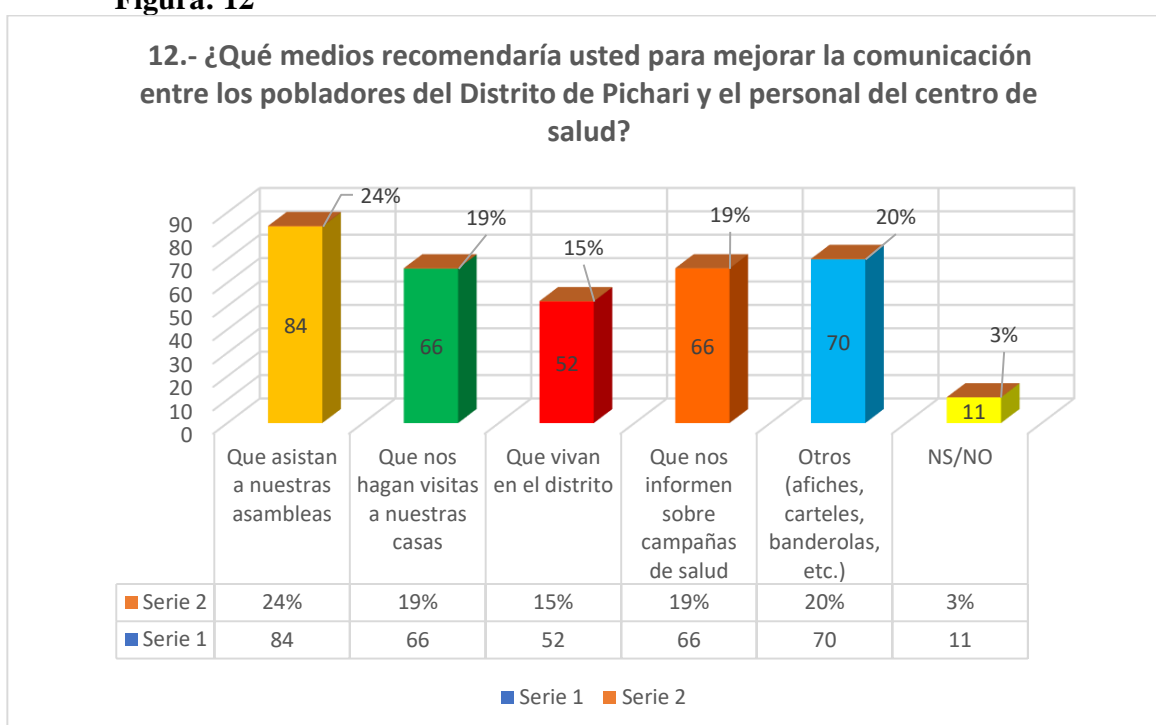
Fuente: elaboración propia

**Interpretación.** El gráfico mostrado revela un escenario que tal vez no pueda ser materializado debido a que por ejemplo en el caso de Pichari los médicos y las enfermeras provienen de otras ciudades ya que la población local prioriza la educación de sus hijos en carreras técnicas y extractivas. Tampoco podría ser atendible el pedido para que el personal de salud de Pichari se comunique en lenguas originarias por cuanto este es un proceso de aprendizaje que demanda bastante tiempo. A lo que sí hay que prestar mucha atención es al pedido de los pobladores de ser atendidos con respeto por parte del personal de salud del distrito.

### 5.12. Cuadro: 12

12.- ¿Qué medios recomendaría usted para mejorar la comunicación entre los pobladores del Distrito de Pichari y el personal del centro de salud?		
a. Que asistan a nuestras asambleas	84	24%
b. Que nos hagan visitas a nuestras casas	66	19%
c. Que vivan en el distrito	52	15%
d. Que nos informen sobre campañas de salud	66	19%
e. Otros (afiches, carteles, banderolas, etc.)	70	20%
f. No sabe/no opina	11	3%
Total	350	100%

**Figura: 12**



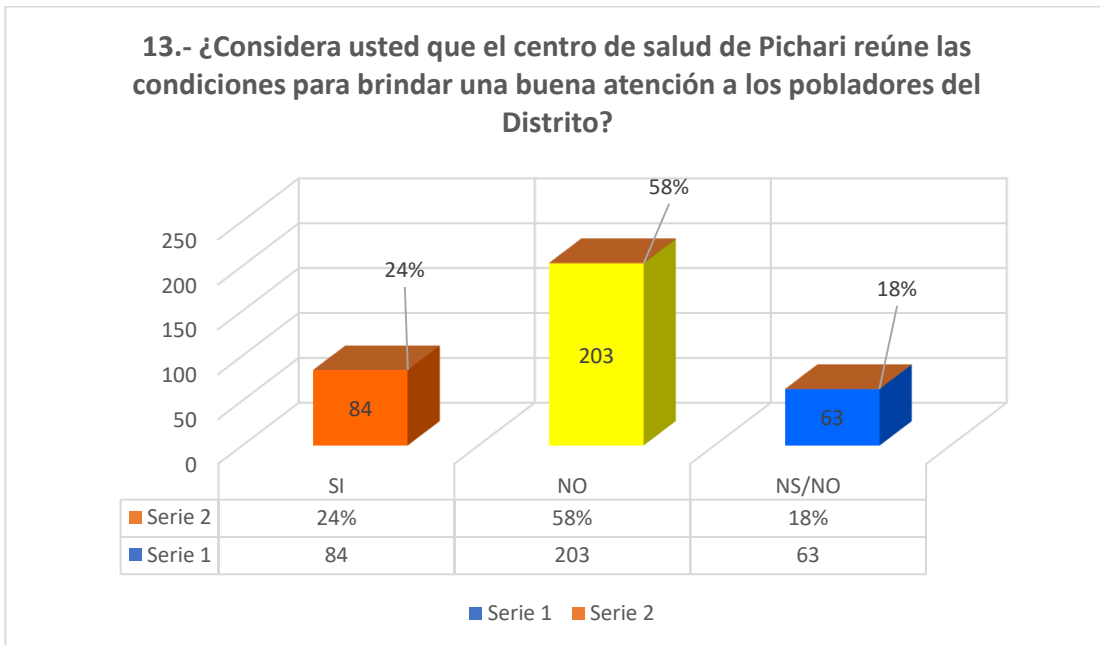
Fuente: elaboración propia

**Interpretación.** Una forma de fomentar la interacción positiva entre el personal de salud y los pobladores de Pichari consiste en que tanto médicos como enfermeras participen en las asambleas comunales para dialogar con los habitantes y explicarles las ventajas de los procedimientos de la medicina científica, lo que podría ayudar a erradicar algunos mitos que existen como por ejemplo en el tema de las vacunas contra el COVID-19, garantizando al mismo tiempo el respeto por los usos y costumbres ancestrales en el campo de la salud.

**5.13. Cuadro: 13**

13.- ¿Considera usted que el centro de salud de Pichari reúne las condiciones para brindar una buena atención a los pobladores del Distrito?		
Si	84	24%
No	203	58%
No sabe/ No Opina	63	18%
Total	350	100%

**Figura: 13**



Fuente: elaboración propia

**Interpretación.** En la reiteración de un fenómeno que ya es corriente en nuestro departamento, los pobladores del Distrito de Pichari manifiestan mayoritariamente que el centro de salud de esta localidad no está suficientemente abastecido de medicamentos ni cuenta con el personal requerido para atender las necesidades de la población, lo cual también contribuye a incrementar la desconfianza de la población con respecto a los servicios que presta el centro de salud.

## **CAPÍTULO VI**

### **DISCUSIÓN Y PROPUESTA**

El presente trabajo de investigación académica ha permitido a las tesis acercarse a una realidad que resultó mucho más compleja que lo previsto debido a la propia naturaleza del tema planteado, así como a la idiosincrasia de la población que planteó desafíos que deberán ser tomados en cuenta por investigadores que decidan involucrarse en el conocimiento de esta realidad.

Estas dificultades las planteamos a continuación para que sirvan de sustento para la discusión en los espacios correspondientes.

1.- Los usos y costumbres vigentes en el Distrito de Pichari pueden convertirse en obstáculos para la implementación de campañas en el campo de la salud debido a que existe una fuerte ligazón entre las actitudes actuales de los pobladores y las prácticas ancestrales que se basan en el aprovechamiento de especies de la fauna y la flora nativas para la prevención y tratamiento de enfermedades, especialmente aquellas relacionadas con las afecciones respiratorias y problemas menstruales. Los llamados “remedios caseros” son considerados todavía hoy como más eficaces que los productos elaborados en los laboratorios.

2.- El nivel socio educativo de los pobladores del Distrito de Pichari obligó al uso de la modalidad asistida para la recolección de respuestas en las preguntas formuladas para el llenado de las hojas de encuestas, ya que en casi todos los casos fue necesario explicar a los encuestados en qué consistían las interrogaciones, es decir interpretar en la forma más clara y sencilla lo que se buscaba con las respuestas. Algunas partes del cuestionario fueron elaboradas con criterio técnico obedeciendo las normas para la elaboración de las preguntas tanto cerradas como abiertas, lo que representó una dificultad considerable en el trabajo de campo. Este hecho motivó las hojas de



respuestas sean manejadas por los encuestadores interpretando las opiniones de los encuestados con respeto al sentido de sus palabras.

3.- Se ha percibido durante el trabajo de campo que existe temor entre los pobladores con respecto a dar respuestas categóricas a las preguntas formuladas en las hojas de encuesta lo que explica que en algunas interrogaciones sea considerable el número de personas que se abstuvieron de dar respuestas, lo que refleja que los pobladores del Distrito de Pichari no están familiarizados con investigaciones como las desarrolladas para la presente tesis. Se constató que los encuestados en muchos casos no quieren comprometerse en temas que ellos consideran controversiales o que les podría generar problemas con el personal de salud.

## **PROPUESTA**

- 1.** Comprender las prácticas culturales, creencias y valores de la comunidad de Pichari que pueden influir en la percepción y acceso a los servicios de salud, identificando las barreras de comunicación y los problemas de acceso a la atención médica en la comunidad, de esta manera se puede mejorar la interacción y la comprensión mutua entre el personal de salud y los pobladores de Pichari para promover la salud comunitaria.
- 2.** Fomentar el respeto y la sensibilidad cultural entre el personal de salud, mejorando la confianza y la comunicación efectiva entre ambos grupos, de esa manera se puede aumentar el conocimiento y la adherencia a las prácticas de salud preventivo - promocional de la salud en la comunidad, con capacitaciones en competencia intercultural, talleres para el personal de salud sobre sensibilidad cultural, diversidad y competencia intercultural.
- 3.** Establecer sesiones de sensibilización para los pobladores sobre los servicios de salud disponibles y la importancia de la atención preventiva. Utilizar medios de comunicación locales (radio comunitaria, afiches en idiomas locales) para difundir información sobre salud y servicios disponibles.
- 4.** Organizar encuentros comunitarios regulares donde el personal de salud pueda interactuar directamente con los pobladores, escuchar sus preocupaciones y responder preguntas, formación de grupos de discusión para abordar temas específicos de salud y cultura, facilitando un diálogo abierto y constructivo, estableciendo métricas para evaluar la mejora en la percepción de los servicios de salud, con la participación comunitaria y la adopción de prácticas saludables.

5. Implementar mecanismos de retroalimentación continua para ajustar las estrategias según las necesidades de la comunidad y el personal de salud, desarrollando un plan para mantener las iniciativas a largo plazo, asegurando la sostenibilidad de los cambios positivos logrados, documentando las mejores prácticas y lecciones aprendidas para compartir con otras comunidades similares en la región.
6. Involucrar a los medios de comunicación y particularmente a las estaciones de radio y con sintonía en la comunidad, para que incorporen en su estructura programática la difusión de contenidos referidos a temas de salud preventivo promocional, con énfasis en los usos y costumbres que forman parte de la cosmovisión local y que hacen parte de su identidad cultural.

Esta propuesta debe adaptarse específicamente a las características culturales y las necesidades de la comunidad de Pichari, asegurando siempre un enfoque participativo y respetuoso hacia sus valores y creencias locales.

## CONCLUSIONES

**Primera.** – Los pobladores del distrito de Pichari, provincia de La Convención – Cusco, expresan desconfianza frente a las campañas preventivo-promocionales impulsadas por el Ministerio de Salud, debido a que personal del centro de salud de esa localidad practican actitudes y comportamientos de comunicación jerárquica, vertical y unidireccional, disminuyendo considerablemente las posibilidades de una interacción positiva basada en el respeto a los usos y costumbres ancestrales.

**Segunda.** – La falta de empatía del personal del centro de salud del distrito de Pichari, provincia de La Convención – Cusco, aleja a los pobladores de la localidad de los espacios generados para la implementación de campañas de salud, como las jornadas de inmunización y las charlas de motivación, debido a que no se promueve el concepto de la interculturalidad en el campo de la comunicación optando, por el contrario, por la imposición de medidas que generan rechazo en los pobladores.

**Tercera.** – El personal del centro de salud del distrito de Pichari, provincia de La Convención – Cusco, no maneja los mismos códigos lingüísticos de los pobladores de la localidad, lo que dificulta el entendimiento y genera el choque cultural que tiene como resultado la resistencia de los pobladores de acceder a los beneficios de la ciencia médica, prefiriendo por el contrario mantener vigentes los usos de la medicina tradicional, ancestral y natural que en muchos casos no alcanza para evitar la aparición y programación de enfermedades.

## RECOMENDACIONES

**Primera.** – La Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional Cusco, debe implementar jornadas de capacitación para que el personal que labora en el centro de salud de Pichari, se relacione con la población a partir de mecanismos de respeto tolerancia, enfatizado en el carácter complementario de la medicina tradicional y respetando los usos y costumbres de los pobladores, sin intentar imponer miradas excluyentes en el tema de la salud.

**Segunda.** – El gobierno local del distrito de Pichari, provincia de La Convención – Cusco, debe desarrollar acciones de promoción y cuidado de la salud, adoptando formas comunicativas interculturales que prioricen el uso de términos de fácil comprensión por parte de los pobladores, a fin de fortalecer el trabajo de médicos, enfermeras, técnicos y auxiliares del centro de salud, por cuando estos tienen limitaciones en el uso de las lenguas originarias, lo que provoca distanciamiento entre los actores.

**Tercera.** – Las instituciones encargadas de promover la interculturalidad y la preservación de las lenguas originarias, principalmente el Ministerio de Cultura y de Educación, deben tomar conocimiento del peligro de extinción que se cierne sobre las lenguas originarias, particularmente del machiguenga y el asháninka, a fin de impulsar acciones que no solamente las preserven, sino que las fortalezcan, considerándolas como parte del Patrimonio Cultural de la Nación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudelo Ortiz, Diana Marcela. Salud Intercultural. Encrucijadas del vivir bien y el sumak kawsay en Bolivia y Ecuador. Quito, 2014, 108 p. Tesis (Maestría en Estudios de la Cultura. Mención en Políticas Culturales). Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. Área de Letras.
- Aparicio M, A. (2012). Cultura tradicional de salud y etnomedicina en mesoamérica. México: Trafford.
- Arias, Héctor: “Estudio de las comunidades”, en Rayza Portal y Milena Recio (comp.) (2003): Comunicación y comunidad. La Habana, Editorial Félix Varela
- Barbero, Jesús. M. (1984) De la Comunicación a la Cultura. Signo y Pensamiento. pág 4.
- Cantoral, S., & Quiroz, J. (2019). Comunicación intercultural y participación ciudadana de las madres quechuas con niños menores de 3 años en la instancia de articulación local contra la anemia infantil en el Distrito de Marcapata Quispicanchi [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco].
- Castillo Matos (2015) Factores relacionados al proceso de diseño de la política de salud intercultural en el Perú. Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Cuaderno CARE (2011) Central Asháninka del Río Ene. Salud. Lima.
- Contreras, Pérez, Huapaya, Chacón, Freyre, y Silva (2014), La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú. Revista Peruana de Epidemiología, vol. 18
- Defensoría del Pueblo (2015). Mecanismo de mediación intercultural. Lima: Defensoría del Pueblo.
- Escobar, E. (2014). Comunicación e información: el avance espectacular de la

comunicación en el siglo XXI. Lima: Universidad Agraria La Molina.

Fernández, C. y Galguera, L. (2008). La comunicación humana en el mundo contemporáneo (3a. Ed.). México: McGraw-Hill.

Garrido L. Habermas (2011) la teoría de la acción comunicativa. Razón y palabra.

Lerin, S. (2004). Interculturalidad y salud. México: Centro de investigación y estudios superiores en antropología social.

Llanos, Wilson (2003). La población. revista de derecho, universidad del norte 224-272.

Markus, H. R., Kitayama, S., & Heiman, R. J. (1996). Culture and "basic" psychological principles. En E. T. Higgins y A. W. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (p. 857–913). The Guilford Press.

Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Promoción de la Salud. (2014) Documento técnico: Orientaciones para el fortalecimiento de la labor del agente comunitario de salud. R.M.N°411.MINSA

Naranjo Mesa, Vladimiro, (2003) Teoría constitucional e instituciones políticas, 48 ed. Bogotá, Temis,

Núñez, D. y Gonzáles C. (2014). Interculturalidad como horizonte y posibilidad de relaciones hermanas. Santo Domingo: Centro Cultural Poveda.

Oyarce, A. Ibacache J y Neira J. 1996. Reflexiones para una Política Intercultural en Salud. Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Puerto Saavedra OMS. (s.f.). Conferencia de Alma Ata.

Pech, C. y Rizo, M. (2014). Interculturalidad: miradas críticas. Bellaterra: Instituto de la

Comunicación, Universidad Autónoma de Barcelona.

Poder Judicial (2015). Protocolos para una justicia intercultural. Lima: Oficina Nacional de Justicia de Paz y Justicia Indígena – ONAJUP.

Ritzer, G. (2002). Teoría sociológica clásica. Madrid: Mc Graw Hill, Quinta Edición.

Rodríguez, E. e Iturmendi, A. (2013). Igualdad de género e interculturalidad: Enfoques y estrategias para avanzar en el debate. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Rodrigo, M. (2012). La comunicación intercultural (2a. Ed.). Barcelona: Anthropos Editorial.

Socarrás, Elena (2004). Concepto de Comunidad Desde El Punto de Vista Socio – Histórico Cultural y Lingüístico. Citado por Mercedes Causse Cathcart (2009).

Subinas, J. (2018) Interculturalidad en salud y desigualdad: el caso de las entidades de médicos tradicionales en la comarca de Ngäbe Buglé. Panamá: Universidad Complutense de Madrid.

Tambo, M. (2018). Gestión de los servicios de salud con enfoque intercultural para comunidades nativas del departamento de Madre de Dios- 2018. Madre de Dios: Universidad César Vallejo.

Tobar, F. (2010). ¿Qué aprendimos de las reformas de salud? Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes.

Triandis, H. C. (1995). Individualism and collectivism. Boulder, CO: Westview Press.



Tubino, F. (2001). Entre el multiculturalismo y la interculturalidad: Más allá de la discriminación positiva. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

UNFPA y Salud Sin Límites Perú. (2011) Manual de Sensibilización para personal de salud Interculturalidad en Salud. Lima.

UNFPA e INMED (2011) Atención en salud con pertinencia intercultural. Lima.

Valencia, D. (2018). Interculturalidad en relación al uso de la medicina tradicional en la provincia del Cusco [Tesis doctoral, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco].

Walsh, C. (2005). La interculturalidad en la educación. Lima: Ministerio de Educación.

## WEBGRAFÍA

Comunidad". Autor: Equipo editorial, Etecé. De: Argentina. Para: *Concepto. De*. Disponible en: <https://concepto.de/comunidad/>. Última edición: 25 de septiembre de 2020. Consultado: 29 de octubre de 2022.

Redacción. (Última edición:17 de febrero del 2021). Definición de Nativo. Recuperado de: <https://conceptodefinicion.de/nativo/>. Consultado el 21 de octubre del 2022.

<https://concepto.de/comunidad/#ixzz7j9KZIbr8>

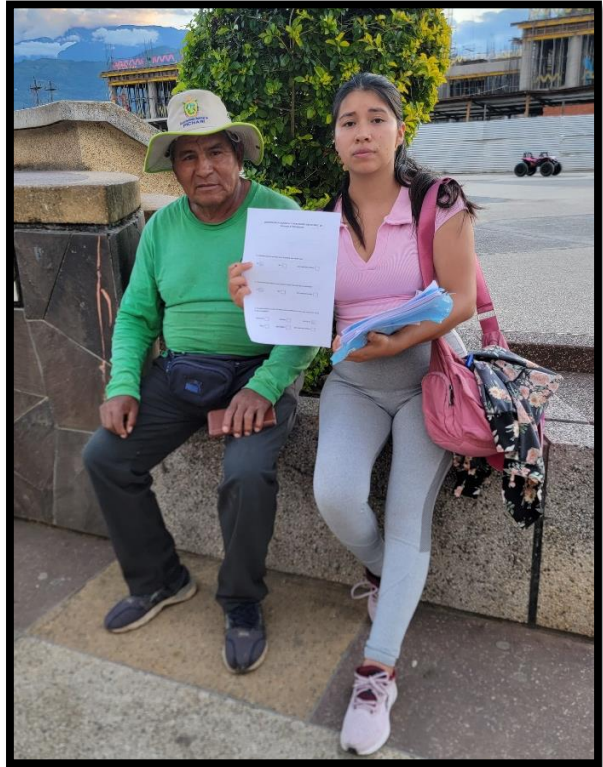
# ANEXOS

**ANEXO 1: FOTOGRAFIAS**









## ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

<b>TÍTULO: LA COMUNICACIÓN INTERCULTURAL PARA FORTALECER LA INTERACCIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD Y LOS POBLADORES DEL DISTRITO DE PICHARI - LA CONVENCIÓN -2023</b>				
<b>PROBLEMA GENERAL</b>	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
<b>P.G.</b> ¿De qué manera la comunicación intercultural favorecerá la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023?	<b>O.G.</b> Determinar el aporte de la comunicación intercultural para favorecer la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023	<b>H.G</b> La comunicación intercultural es fundamental para fortalecer la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023	<b>Variable independiente</b> -Pobladores de Pichari- -personal de salud	<b>Método de investigación</b> Analítico – deductivo <b>Tipo de investigación</b> Cuantitativo no experimental <b>Nivel de Investigación</b> Descriptivo – explicativo causal
<b>Problemas específicos</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Hipótesis específicas</b>		
<b>P.E.1.</b> ¿Cuáles son las características de la comunicación intercultural en la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023?	<b>O.E.1.-</b> Determinar las características de la comunicación intercultural en la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023.	<b>H.E.1.-</b> La verticalidad y la unidireccionalidad son las características de la comunicación intercultural en la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023	<b>Variable dependiente</b> -Interacción social	<b>Población</b> Pobladores del Distrito de Pichari Personal de salud
<b>P.E.2.</b> ¿Cuáles son las formas comunicativas de interculturalidad que favorecerán la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023?	<b>O.E.2.-</b> - Identificar las formas comunicativas de interculturalidad que favorezcan la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023	<b>H.E.2.-</b> La aplicación de las formas comunicativas con enfoque intercultural favorecerá la interacción entre el personal de salud y los pobladores del Distrito de Pichari- La Convención 2023.	<b>Variable</b> -Comunicación intercultural	<b>Muestra</b> La muestra se realizará a 350 personas.

Fuente: Elaboración propia.

**ANEXO 3: CUESTIONARIO APLICADO A LOS OBLADORES DEL DISTRITO DE PICHARI-LA CONVENCION**

**1.- ¿Existen centros de salud en la localidad que usted vive?**

SI.                       NO.                       NO SABE/NO OPINA.

**2.- Durante el año 2022 ¿acudió usted al centro de salud de su localidad?**

SI.                       NO.                       NO SABE/NO OPINA.

**3.- Si usted acudió al centro de salud ¿cómo calificaría el trato que recibió por parte de los encargados?**

EXCELENTE.                       BUENO.                       REGULAR.

MALO.                       MUY MALO.                       NO SABE/NO OPINA.

4.- ¿Cuál fue la mayor dificultad que encontró usted cuando acudió al centro de salud de su localidad?

.....  
.....  
.....  
.....

5.- ¿Cree usted que el idioma es una barrera para que haya mejor comunicación entre el personal de salud y los pobladores del distrito de Pichari?

SI.

NO.

NO SABE/NO OPINA.



6.- ¿Adoptó usted alguna medida o acción frente al trato que recibió en el centro de salud?

SI.                       NO.                       NO SABE/NO OPINA.

7.- principalmente ¿Qué idioma o lengua utiliza usted para comunicarse con otros pobladores?

ESPAÑOL.                       QUECHUA.                       MACHIGUENGA.

ASHÁNINKA.                       OTRO.

8.- ¿En su opinión los encargados del centro de salud de Pichari se comunican adecuadamente con las personas que acuden a dicho centro?

SI.                       NO.                       NO SABE/NO OPINA.

9.- ¿Quiénes son en su opinión los trabajadores del sector salud de Pichari que tienen más dificultades de interacción con los pobladores del distrito?

MÉDICOS.       ENFERMEROS.       TÉCNICOS.   
TODOS.       NO SABE/NO OPINA.

10.- ¿Participó usted en alguna actividad referida al tema de salud con los funcionarios del sector en el distrito de Pichari?

SI.       NO.       NO SABE/NO OPINA.

11.- ¿Qué acciones recomendaría usted para mejorar la comunicación entre los pobladores del Distrito de Pichari y el personal del centro de salud?

.....  
.....  
.....  
.....

**12.- ¿Qué medios recomendaría usted para mejorar la comunicación entre los pobladores del Distrito de Pichari y el personal del centro de salud?**

.....  
.....  
.....  
.....

**13.- ¿Considera usted que el centro de salud de Pichari reúne las condiciones para brindar una buena atención a los pobladores del Distrito?**

SI.

NO.

NO SABE/NO OPINA.

#### **ANEXO 4: GUIA PARA LA ENTREVISTA AL RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD DEL DISTRITO DE PICHARI**

- 1.- ¿Cómo califica usted la interacción entre los encargados del centro de salud de Pichari y la población del distrito?
  
- 2.- ¿Han identificado desde su despacho las dificultades de comunicación entre los encargados del centro de salud de Pichari y la población del distrito?
  
- 3.- ¿Los encargados del centro de salud de Pichari dominan la lengua o idioma adecuado para comunicarse con los pobladores del distrito?
  
- 4.- ¿Han implementado desde su despacho estrategias comunicativas para que los pobladores de Pichari se involucren en las campañas de salud?
  
- 5.- ¿Cómo evalúa usted los resultados de las campañas de salud realizadas en el Distrito de Pichari?