



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

PERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS
INTERCULTURALES Y NIVEL DE
SATISFACCIÓN DE USUARIOS
AFRODESCENDIENTES EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE
ATENCIÓN PRIMARIA DE LIMA Y
CALLAO 2023

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD

MARIO EDUARDO IZQUIERDO
HERNANDEZ

LIMA – PERÚ

2025

ASESOR

Dra . Maria Sofia Cuba Fuentes

JURADO DE TESIS

DRA. ZOILA OLGA DE LOS MILAGROS ROMERO ALBINO

PRESIDENTE

MG. LEANDRO HUAYANAY FALCONI

VOCAL

MG. RAFAEL OMAR DOMINGUEZ SAMAMES

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A mi madre ya que sin ella no hubiese sido posible

llegar a este momento.

A mi esposa, pilar importante de mi crecimiento profesional.

A mis hijas, por la comprensión del tiempo que les robo a nuestras vivencias; son el impulso por el que hago bien las cosas.

AGRADECIMIENTOS.

A mi asesora por creer en mi desempeño.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

DECLARACIÓN DE AUTOR			
FECHA	21	JUNIO	2024
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	IZQUIERDO HERNANDEZ MARIO EDUARDO		
PROGRAMA DE POSGRADO	MAESTRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD		
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	2022		
TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	PERCEPCIÓN DE COMPETENCIAS INTERCULTURALES Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS AFRODESCENDIENTES EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LIMA Y CALLAO 2023		
MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO	Tesis		
Declaración del Autor El presente Trabajo de Grado es original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.			
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	995041882		
E-mail	mario.izquierdo@upch.pe		


 Firma del Egresado
 DNI 42222547

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN
ABSTRACT

I.	INTRODUCCION	1
II.	OBJETIVOS	5
III.	MARCO TEÓRICO	6
IV.	METODOLOGÍA.....	43
V.	RESULTADOS O ARGUMENTACIÓN TEÓRICA.....	53
VI.	DISCUSIONES.	56
VII.	CONCLUSIONES	62
VIII.	RECOMENDACIONES.	65
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
IX.	ANEXOS	

RESUMEN

La satisfacción con la calidad de atención en salud depende de diversos factores. En un país multicultural como el Perú, las habilidades interculturales del personal de salud podrían ser cruciales. Por lo tanto, el objetivo principal de este trabajo fue evaluar la asociación entre la competencia intercultural de los médicos (CIM) y la satisfacción con la calidad de atención de los usuarios afrodescendientes que acuden a establecimientos de salud de atención primaria (ES-AP). Secundariamente, se buscó evaluar la asociación entre la CIM con la satisfacción de su calidad de atención. **Metodología:** Se realizó un estudio observacional analítico de corte transversal. Los participantes fueron usuarios autoidentificados como afrodescendientes que acudieron a consulta externa de ES-AP de Lima Metropolitana y Callao. Se utilizó la Escala de Competencia Cultural Percibida para la variable independiente y el desenlace principal se midió con el instrumento SERVQUAL. Se llevó a cabo un análisis bivariado para el desenlace principal y se empleó un modelo lineal generalizado de familia Poisson con función de enlace logarítmica y varianzas robustas para la evaluación del desenlace secundario. **Resultados:** El 97.9% de los participantes estuvo insatisfecho con la calidad de atención de los ES-AP. No se encontró asociación entre la CIM y la satisfacción del usuario con la calidad de atención del ES-AP. Sin embargo, sí existió una asociación estadísticamente significativa entre la CIM con la insatisfacción de la calidad de atención recibida por sus médicos. **Conclusiones:** Es posible que factores como la infraestructura, la eficiencia administrativa y otros elementos del sistema de salud influyan más en la satisfacción de la calidad de atención del ES-AP. En cambio, en la relación específica entre el médico y el paciente se evidencia

la influencia de la competencia intercultural de este con la satisfacción del usuario con la atención recibida por el médico.

PALABRAS CLAVES

COMPETENCIAS INTERCULTURALES, SATISFACCIÓN,
AFRODESCENDIENTE, ATENCIÓN PRIMARIA.

ABSTRACT

Satisfaction with the quality of healthcare depends on various factors. In a multicultural country like Peru, the intercultural skills of healthcare personnel could be crucial. Therefore, the main objective of this study was to evaluate the association between physicians' intercultural competence (CIM) and the satisfaction with the quality of care among Afro-descendant users attending primary healthcare establishments (ES-AP). Additionally, the study aimed to assess the association between CIM and satisfaction with the quality of care. Methodology: An observational analytical cross-sectional study was conducted. Participants were self-identified Afro-descendant users who attended outpatient consultations at ES-AP in Metropolitan Lima and Callao. The Perceived Cultural Competence Scale was used for the independent variable, and the primary outcome was measured using the SERVQUAL instrument. A bivariate analysis was performed for the primary outcome, and a generalized linear model of the Poisson family with a logarithmic link function and robust variances was used to evaluate the secondary outcome. Results: 97.9% of participants were dissatisfied with the quality of care at ES-AP. No association was found between CIM and user satisfaction with the quality of care at ES-AP. However, a statistically significant association was found between CIM and dissatisfaction with the quality of care received from their physicians. Conclusion: Factors such as infrastructure, administrative efficiency, and other elements of the healthcare system may have a greater influence on satisfaction with the quality of care at ES-AP. Conversely, in the specific relationship between physician and patient, the influence of the physician's

intercultural competence on user satisfaction with the care received from the physician is evident.

KEYWORDS

INTERCULTURAL COMPETENCIES, SATISFACTION,
AFRODESCENDANTS, PRIMARY CARE (MeSH/NLM)

I. INTRODUCCION

La calidad de atención es una característica importante de los servicios de salud, siendo uno de sus indicadores trazadores la satisfacción del usuario externo (1,2). En un estudio Latinoamericano se identificó que el nivel de satisfacción de usuarios externos con los servicios recibidos fue de 42.3% (3), mientras que un estudio peruano (4) que analizó datos del ENAHO (Encuesta Nacional de Hogares) del 2018, encontró un nivel de satisfacción del 74.3%, sin embargo, en usuarios que tenían una lengua materna nativa o vivían en aglomeraciones, se asoció a un porcentaje menor de satisfacción (52.3%). La menor satisfacción en personas con lengua nativa podría deberse a una menor adaptación intercultural de los servicios de salud (5).

La interculturalidad se refiere a la interacción de diferentes culturas las que deben haberse identificado como diferentes (6), reconociéndose que este concepto surge inicialmente entre poblaciones originarias andinas y amazónicas.

Existen cuatro fenómenos sociales que determinan la necesidad de contar con competencias interculturales en el ámbito de la atención de salud: (i) las migraciones; (ii) las distintas etnias; (iii) la diversidad cultural; y (iv) el modelo biomédico inserto en el sistema de salud (7). La ausencia o deficiente conocimiento en los profesionales de la salud sobre interculturalidad, podría constituir una problemática para el abordaje de la población, lo que denotaría deficiencia en las competencias culturales.

La competencia intercultural en salud está relacionada con la comprensión de los prestadores de salud de cómo el cuidado continuo de la salud de las personas

está influenciado por creencias y comportamientos propios de su cultura el cual permitiría promover una atención de calidad (8).

Los profesionales de salud enfrentan cada vez más un número creciente de pacientes con una cultura e idiomas diversos; las barreras idiomáticas y culturales representan una amenaza cada vez más importante para la seguridad del paciente en los establecimientos de salud (9), por lo que la competencia intercultural se reconoce cada vez más como un aspecto crucial para brindar atención médica de calidad a poblaciones diversas (10).

La población afroperuana históricamente ha formado parte de los estratos socioeconómicos bajos, cuyas condiciones de vida están marcadas por la precariedad y la pobreza (11), asimismo, ha sido sujeto de momentos e interacciones particulares en los consultorios en los que afloran la estigmatización y los prejuicios de los profesionales de la salud hacia sus pacientes por el color de piel o la forma de ver la salud (12), lo que ha generado significativas desventajas y desigualdades para esta población, perpetuando las brechas de inequidad e invisibilidad. Esto puede deberse a que los temas de raza y etnicidad no han sido debidamente analizados como factores que determinan la exclusión social en el país (13), más aún en el contexto sanitario.

En el estudio de Laura Vincx y col., se concluye que la realización de actividades de capacitación en interculturalidad en trabajadores de salud puede ser una metodología útil para impulsar la apropiación sostenible del enfoque, siempre y cuando formen parte de una estrategia holística y adecuadamente planificada que sirva como el punto de partida para el cambio (14).

Los antecedentes culturales de la población afroperuana tienen un impacto significativo en su comportamiento y estilo de vida; por ello es importante que los profesionales de salud puedan brindar atención que incluya el respeto en las creencias y costumbres, así como la visión que tienen de la salud y la enfermedad los afrodescendientes (15,16). Las competencias interculturales de los profesionales de la salud podrían contribuir a una mejor atención de la población afrodescendiente, teniendo en cuenta que persisten prejuicios raciales o culturales en la sociedad contemporánea (17).

El enfoque intercultural en la Atención Primaria de Salud (APS) implica adaptar los procesos que en esta se desarrollan, a las características culturales que tiene una población en una localidad, incluyendo las asentadas originalmente, como de las poblaciones migrantes; Esto significa respetar el buen vivir de la comunidad, en armonía interna con respecto a los sistemas ecológicos y medioambientales, así como el respeto interétnico entre los pueblos que comparten un contexto geográfico (18).

Si bien se ha descrito que una de las estrategias que contribuyen a mejorar el acceso a los servicios de salud es el fortalecimiento de la APS, es necesario conocer cómo las competencias interculturales en los profesionales de salud de atención primaria percibidas por los usuarios afrodescendientes, podrían contribuir con la satisfacción en la atención de pacientes afrodescendientes, cómo el cumplimiento de los atributos de la APS se relacionan a la presencia de competencias interculturales y cuánto impacta el cumplimiento de los atributos de la atención primaria en la satisfacción del usuario afrodescendiente.

Los resultados del presente estudio servirán para generar evidencia sobre las competencias culturales de los profesionales que atienden en los servicios de salud y si esta se asocia a la satisfacción de los usuarios afrodescendientes; información que puede ser recogida por los decisores sanitarios para mejorar las políticas de entrega de servicios de salud.

Pregunta de investigación: ¿Existe relación entre la percepción de las competencias interculturales que tienen los usuarios afrodescendientes que acuden a los establecimientos de salud de atención primaria en Lima Metropolitana y Callao y el nivel de satisfacción de la atención?

II. OBJETIVOS

a) Objetivo general:

- Evaluar la asociación entre la satisfacción de usuarios y la competencia intercultural de los médicos percibida por usuarios afrodescendientes que acuden a establecimientos de salud de atención primaria en Lima Metropolitana y Callao, 2023.

b) Objetivos específicos:

- Identificar la percepción que tiene la población afrodescendiente de las competencias interculturales de los médicos de centros de atención primaria de Lima y Callao, 2023.
- Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios afrodescendientes que acuden a establecimientos de salud de atención primaria de Lima y Callao, 2023.
- Describir las características sociodemográficas de afrodescendientes que acuden a establecimientos de salud de atención primaria de Lima y Callao, 2023.
- Determinar el nivel de cumplimiento de los atributos de la atención primaria percibido por usuarios afrodescendientes de establecimientos de salud de atención primaria de Lima y Callao, 2023.

III. MARCO TEÓRICO

1. Cultura y Salud.

1.1 Cultura e interculturalidad.

A lo largo de la historia, la definición de cultura ha ido cambiando hasta llegar en un determinado momento, a entenderse como una forma de expresión a través de prácticas, ideas y creencias relacionadas con esas prácticas (19); asimismo, Lipson señala a la cultura como un sistema de símbolos que es compartido, aprendido y transmitido a través de las generaciones de un grupo social (20). En otras definiciones, la cultura constituiría un sistema de conocimientos, aprendidos e interiorizados a lo largo del proceso de la vida, a partir del cual los seres humanos realizan su propia interpretación de la realidad, cosmovisión y comportamiento social (21). Bernabé, menciona que, aun cuando el concepto de cultura tiene diferentes corrientes de definición y de interpretación, hace referencia a un conjunto de elementos simbólicos, económicos y materiales, las cuales orientan las actuaciones sociales y familiares de las personas. Además, es importante resaltar que se ve influida por el desarrollo histórico y la educación recibida a lo largo de la vida (22). Entender la cultura desde un enfoque antropológico, supone mirarla dentro de un sistema sociocultural considerando el fenómeno que, sin generar segregación, plantea diferencias, pero a la vez identidad. De esta forma la cultura va dando forma al sujeto, lo personaliza, le permite realización y lo va asentando en un determinado espacio y tiempo (23). En este sentido, definir la cultura, ha involucrado un esfuerzo por alejarse de la percepción meramente utilitaria que señala a la cultura solamente como patrimonio de la humanidad, edificios históricos, obras de arte, artefactos, etc.

Por ello, la cultura es considerada como capital social y simbólico. Este patrimonio cultural implica también los valores espirituales, el pensamiento abstracto, la cosmovisión, la sabiduría popular, ceremonias, lo que incluye patrones de producción y consumo, así como técnicas de sobrevivencia y convivencia. Otro enfoque tiende a restringirlo mucho más a obras creativas o a lo que se conoce como “bellas artes”. Estas incluyen investigación científica, libertad de cátedra y diversas maneras de difusión de la información, el conocimiento y las ideas (24).

Las teorías y definiciones sobre la cultura han sido motivo de debate circunscribiendo estos al de individuos y sociedad, al de espacio físico y naturaleza o al de herencia estática o análisis a través del tiempo. En ese marco se visualizan dos postulados: una está vinculada a la expresión tangible de cómo se manifiestan los grupos sociales asentados en un determinado territorio dando lugar al desarrollo en este; y el otro está relacionado más con una expresión subjetiva, simbólica, de respeto a las tradiciones y la herencia que guía el quehacer de forma particular (25).

Tylor, señala en un sentido amplio de descripción y observación de la cultura, que esta incluye creencias, conocimiento, costumbres, la moral, hábitos, capacidades adquiridas y heredadas, el arte, indumentaria e incluso las reglas que rigen a los hombres que son miembros de una sociedad. Este sentido que le da a la cultura, es una de las primeras que empieza a sacarla del contexto utilitario (26).

Este postulado se ha asociado a esa mirada evolutiva de la cultura donde, a través del tiempo va constituyéndose hasta llegar a su máxima expresión; es una mirada

unilineal y que podría ser reduccionista cuando esa evolución apunta a constituirse imitando el modelo de sociedad occidental como el “modelo” universal total. Es por ello que los exponentes de la antropología cultural temprana, como F Boaz, citando a Harris (27), además de su firme posición de respeto a la diversidad cultural de las sociedades humanas, se oponen a las teorías evolucionistas señalando el carácter particular que tiene cada cultura como producto de las condiciones naturales que se dan en su entorno y a lo largo de su historia. Es una concepción más particularista de la historia.

Otras corrientes como la funcionalista, intentan explicar la cultura como un conjunto de saberes adquiridos para satisfacer las necesidades de las sociedades y que se expresan a través de la organización, la creación de instituciones o códigos que regirán el actuar del grupo social; esta es la denominada “función social” de la cultura (28). Por otro lado, desde la corriente estructuralista señala que la cultura se rige por códigos, símbolos y signos, mediados por el lenguaje; es decir el aprendizaje cultural depende de la capacidad humana de usar símbolos. Dentro de esta corriente, destaca el interaccionismo simbólico que genera interés por la semiología y la lingüística como la base que rige la vida social y la interacción de los grupos humanos; entonces la cultura es entendida más a nivel cognitivo que basada en el sentir y la experiencia humana (29). A partir de este estructuralismo busca ser más concreto y alejarse un poco de la experiencia humana.

De todas estas corrientes entonces, se destaca que la cultura tiene un carácter aprendido en el que el individuo se integra de manera consciente (o inconsciente en algunos casos) al grupo, sociedad y cultura al que pertenece, como producto

de la interacción con otros; no debe ser impuesta ni sentirse como una carga, sino más bien transitiva, adaptativa, integradora; por lo que toda actividad humana es culturizada.

Sin embargo, algo en común que tienen las diversas corrientes es que han simplificado la esencia de la cultura (visto desde la propia percepción de cada corriente), no permitiendo entender que la cultura se transforma y se nutre de la interacción y pudiendo limitarla al aporte específico de la sociedad en la que se concibe; sin entender que esta limitación desconocería entonces las transformaciones e interacciones que dan lugar a las complejas sociedades actuales. Por ello, se descarta de forma relativa el postulado de que la cultura tiene una estructura que influye sobre las personas, sino más bien son las personas quienes de manera individual o de forma colectiva producen saberes y prácticas que contribuyen a transformar las estructuras culturales (23). En ese sentido, el concepto de cultura se va transformando hacia su entendimiento como proceso y consecuencia de fenómenos históricos que ocurren en y entre las sociedades que se mantienen en contacto; de esta forma la siguiente generación asentada en un contexto social, no será la misma que la originaria aun cuando se preserven las prácticas primigenias.

Esto en sí mismo, no rechaza los postulados de “pureza” de una cultura, ni pretende acuñar la idea de pérdida de la cultura cuando las interacciones permiten transformaciones de determinadas tradiciones; por el contrario, más bien deben ser vistas como fusión de la cultura para darle paso a nuevos aportes (23). Es entonces donde se empieza a entender la cultura como un proceso

mediada por los individuos en reelaboración constante y en construcción permanente.

Entonces, según lo explicado, la cultura respondería actualmente a una adaptación de procesos que se han sumado a lo largo del tiempo reformulándose cada cierto periodo y adecuándose como producto de la influencia de diferentes contextos, interacciones, situaciones novedosas que forman parte de la respuesta que hacen las minorías (étnicas o asentadas en un territorio) ante la influencia de aportes externos ineludibles por el fenómeno de la globalización y no el razonamiento de la homogenización cultural en el que la herencia de generación en generación mantiene las tradiciones pero sin ningún agregado propio del tiempo y espacio (30). Aun cuando la invisibilización de comunidades étnicas, mal llamadas “minorías”, encuentran en los procesos de vínculo que brinda la globalización y la era de las comunicaciones, herramientas para oponer resistencia y cuestionar el modelo ideológico dominante de los territorios, el intercambio cultural se da porque es un proceso de asimilación y cohesión; esto algunas veces trasgrede el respeto de “lo compartido” enmascarando ciertas desigualdades en las que un enfoque o aporte trata de marginar otras visiones diferentes del mundo. Es decir, cobran relevancia comunidades y sus configuraciones socioculturales, cuya existencia a menudo fuera negada (30).

Cuando se mira la coexistencia de grupos poblacionales con distintas expresiones de la herencia de su cultura pero que se asientan en un mismo espacio físico o territorio, surge el concepto de pluralismo cultural, que aproxima el entendimiento de diversidad y se manifiesta en la relación entre los grupos a

través de la interculturalidad (31). La interculturalidad es una expresión del pluralismo cultural.

La interculturalidad implica la relación entre las distintas culturas que se encuentran en un momento dado (espacio y tiempo). Esta relación supone diálogo, intercambio, afianzar la comunicación y sobre todo llegar a ponerse de acuerdo; no supone “tolerancia” sino comprensión de lo que no se conoce, de lo que es diferente. El diálogo abre paso hacia la fusión consciente de aportes y saberes y que a partir de ello el resultado sea no solo novedoso sino también enriquecedor (32). Difiere de la coexistencia donde cada grupo humano mantiene con respeto sus tradiciones y las preserva sin pretender mostrarlas e intercambiarlas o mucho menos enriquecerlas y de esta forma enriquecer al otro; esto último se ha visto mucho frente a la idea de preservación que ha dado lugar en muchos escenarios a desigualdad y conflicto. Por ello propone el abordaje estructural que podría dar lugar a estas situaciones de conflicto y eliminar la creencia de la existencia de una cultura que sea dominante y una que sea subalterna (34).

Es así que lo intercultural señala claramente la existencia de un espacio común sin detrimento de lo originario de cada cultura; la existencia de un espacio de confluencia y permuta, pero a la vez de separación ya que se mantienen rasgos de cada cultura propia sin asimilarse a la otra. Entonces la interculturalidad reconoce a sujetos en un determinado espacio físico, con autonomía, con un conocimiento múltiple y enriquecido, con capacidad de diálogo y de aprendizaje, con aceptación voluntaria de los nuevos saberes y sobre todo con la capacidad y voluntad de ser transmisores de esos nuevos saberes (34,35). En el caso

afroperuano, es posible señalar que tales relaciones guardarían su origen en una interculturalidad forzada, producto de su incorporación obligada al sistema nacional, que ha traído como resultado la conformación de identidades biculturales derivadas de los aportes de africanidad, la cultura andina y española (36).

1.2 Salud intercultural.

Mirándola fuera del enfoque biologista, la salud tiene una concepción más amplia sobre la base de actitudes y prácticas que desarrollan las personas como parte del entendimiento propio que tienen del proceso de salud enfermedad; frente a eso se ha normalizado la conceptualización errónea de que se tiene “mayor o menor cultura”, por el grado de entendimiento de este proceso, más aún si quien informa sobre el mismo es un profesional de la salud o alguien que ha estudiado previamente la salud desde el enfoque biologista (37).

Esta concepción, aterriza en modelos de atención en su acepción más genérica que con el paso del tiempo se fueron organizando para definir procedimientos y formas terapéuticas al servicio de las personas de un determinado espacio territorial; de esta forma en el mismo espacio puede verse a la medicina tradicional que se basa en las prácticas de la población originaria que se han transmitido de generación en generación como patrimonio cultural de un país o territorio (porque en algunos casos trasciende a las fronteras), expresada por el uso de plantas, animales o productos de ese territorio; la medicina “popular” que si bien tiene rasgos de la medicina tradicional, basa más su práctica en las creencias (muchas de ellas también heredadas) del entorno familiar y comunitario sobre el proceso de salud enfermedad; y la medicina profesional o

biomedicina que adopta el carácter de profesional por su forma de enseñanza-transferencia-aprendizaje en escuelas estandarizadas para tal fin, que certifican o autorizan en los profesionales esa competencia y que además a través de consensos internacionales (obviamente trasciende a las fronteras), se define a sí misma como la ciencia oficialmente racional (38).

De esta forma y como consecuencia de su limitada capacidad de difusión y su presencia en territorios específicos de pueblos originarios, la medicina tradicional se ha ido quedando detrás de la medicina profesional en cuanto a protagonismo; pasaron de ocupar un lugar preponderante a un segundo plano, aunque en las últimas décadas han vuelto a alcanzar una presencia cada vez mayor integrada a la medicina profesional (39). La medicina popular se ha ido situando como una práctica articuladora entre ambas ya que es muy común en los grupos comunitarios (no necesariamente originarios), utilizar las recomendaciones médicas de la mano con prácticas familiares (40).

Ya como una manera de englobar el concepto con una mirada más allá de la biología, es que la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece por consenso entre los países y territorios que la integran que la salud es “un estado completo de bienestar físico, mental, social y espiritual y no solamente la ausencia de enfermedades” (41); Sin embargo a pesar de ser la definición hasta ahora aceptada ha sido muy criticada debido a la predominancia de los aspectos biológicos relegando los aspectos socioculturales. Esto podría deberse a los elementos propios de la mirada biológica de la salud que tiene hasta ahora cierto grado de eficiencia comprobada relacionado a los diagnósticos, tratamientos y procedimientos terapéuticos lo cual le ha hecho ganar aceptación en la sociedad

con su consiguiente consolidación, alejándose poco a poco del concepto de cultura, salud como cultura o cultura en salud (42).

De esta forma el modelo de la medicina profesional, al solo poder garantizar su enfoque biomédico, no puede ser garante de la salud pública en su conjunto ya que muestra claros sesgos de lo que la demanda necesita en términos holísticos; sin embargo, se ha posicionado de manera que, en contextos culturales diversos -incluido los étnicos- limita las relaciones comunicativas profesionales de salud-usuarios, niega la pertinencia cultural de modelos diferentes y genera limitaciones de acceso (43).

Es por ello que muchos autores difieren del modelo “unicausal” de las enfermedades que se centran en la búsqueda del patógeno, para tener una mirada más sociocultural y de determinantes; entendiendo que, no bastan patrones de referencia para señalar lo que es normal o anormal de enfermedad, vale decir, restablecer el cuerpo y aun así hablar de bienestar sin mirar las otras esferas. O sea, la medicina profesional con su enfoque biologista parte de la restitución del cuerpo a través del diagnóstico y tratamiento, mientras la medicina tradicional e incluso la popular conecta al individuo con el medio que lo rodea buscando un equilibrio con este (44).

Campos, (define a la salud intercultural como: “la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes. En la relación, se pretende un mutuo entendimiento y comprensión que se basa en el aproximado o pleno

respeto a los respectivos saberes, valores y creencias de los actores sociales involucrados”. (45) Este diálogo sería la vía de negociación para llegar a consensos técnicos e ideológicos, que definan el proceso de salud enfermedad. En las décadas de los 80 y 90 como parte del proceso de consolidación de la globalización surgen movimientos sociales que buscan su reivindicación en materia cultural, étnica, de género, entre otras. En espacios de discusión a nivel internacional se empieza a poner en la agenda los temas relacionados a poblaciones indígenas y originarias que cada vez toman más fuerza promovida propiamente por estos mismos movimientos; tanto las instancias políticas como académicas ahora colocan en tema de interculturalidad al centro de la generación de estamentos legales como de conocimiento respectivamente. De esto no es exento la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) por ejemplo, quien, a partir de 1992, propone mirar de cerca la situación de salud y bienestar de los pueblos indígenas (46).

En 1993 se organizó una reunión en Winnipeg, Canadá, que congregó a representantes de los pueblos indígenas, de los gobiernos y otros interesados de 18 países de la Región. Las recomendaciones del encuentro, agrupadas en la propuesta “Iniciativa de salud de los pueblos indígenas”, planteaban: i) la necesidad de considerar la salud con un criterio integral; ii) el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación y a la participación sistemática; iii) el respeto por las culturas indígenas y su revitalización; y iv) la reciprocidad en las relaciones con otros grupos (47).

En adelante, la mayor parte de los países de la Región tuvieron más en cuenta estas orientaciones en sus sistemas de salud. Se empezaron a considerar las

demandas de los grupos indígenas de cada país y se planificaron acciones más acordes con las propuestas de organismos de cooperación técnica como la OPS, cuya Iniciativa se integró en el “Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo” (1994–2004) promovido por las Naciones Unidas. Las actividades planteadas en los planes de acción fueron evaluadas al finalizar este período. Una reunión de expertos de 19 países, realizada en Panamá en 2005, sirvió para mostrar una serie de logros y retos en materia de salud indígena (...). Se supo entonces que la mayoría de las naciones han aprobado actualmente al menos una directiva legal que sirve como marco de política sobre los pueblos indígenas, aunque ninguna tiene en cuenta las disparidades sociales y económicas. Muchos países han ejecutado políticas o reproducido experiencias que promueven la incorporación de los tratamientos y las medicinas tradicionales en sus respectivos sistemas sanitarios, y otros han dispuesto mediante proyectos específicos una observación intercultural más profunda de las prácticas de salud tradicionales tuvieron más en cuenta estas orientaciones en sus sistemas de salud. Se empezaron a considerar las demandas de los grupos indígenas de cada país y se planificaron acciones más acordes con las propuestas de organismos de cooperación técnica como la OPS, cuya Iniciativa se integró en el “Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo” (1994–2004) promovido por las Naciones Unidas. Las actividades planteadas en los planes de acción fueron evaluadas al finalizar este período. Una reunión de expertos de 19 países, realizada en Panamá en 2005, sirvió para mostrar una serie de logros y retos en materia de salud indígena (3). Se supo entonces que la mayoría de las naciones han aprobado actualmente al menos una directiva legal

que sirve como marco de política sobre los pueblos indígenas, aunque ninguna tiene en cuenta las disparidades sociales y económicas. Muchos países han ejecutado políticas o reproducido experiencias que promueven la incorporación de los tratamientos y las medicinas tradicionales en sus respectivos sistemas sanitarios, y otros han dispuesto mediante proyectos específicos una observación intercultural más profunda de las prácticas de salud tradicionales. Con base en estas evaluaciones, la OPS propuso como líneas de acción incorporar la perspectiva indígena en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁴ y en las políticas nacionales de salud, mejorar la gestión del conocimiento e integrar el abordaje intercultural en los sistemas de salud. Algunas de las actividades planteadas son fomentar el diálogo entre las autoridades, los indígenas y la sociedad civil, e incorporar variables relativas a la etnicidad en los sistemas de información. Se contempla también la capacitación en materia de desigualdad y discriminación, además de la promoción de investigaciones sobre la armonización del conocimiento indígena y el occidental. La OPS considera que la incorporación del enfoque intercultural puede efectivizarse mediante sistemas de autorización y acreditación con criterios de interculturalidad, la elaboración de protocolos para intervenciones culturalmente apropiadas, y el desarrollo de modelos de buenas prácticas interculturales de atención.

2. Salud intercultural en Perú

2.1 Antecedentes de la Salud Intercultural en el Perú

El Ministerio de Salud del Perú reorganizó sus programas en el año 2004 y definió diez Estrategias Sanitarias Nacionales (ESN). Se estableció una ESN de Salud de los Pueblos Indígenas, relacionada con la atención de poblaciones

principalmente andinas y amazónicas. El Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), dependiente del Instituto Nacional de Salud (INS, organismo del Ministerio de Salud especializado en investigación) era la responsable de la ESN de Salud de los Pueblos Indígenas. Su función era de promover, coordinar y supervisar las acciones dirigidas a las poblaciones indígenas, con el propósito de disminuir la brecha de exclusión en salud. Hasta hace algunos años, existía el Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA), cuyas funciones, consistentes en investigar, rescatar y revalorizar los conocimientos y experiencias tradicionales de las diversas etnias del país, se integraron posteriormente al INS. De acuerdo con la ESN de Salud de los Pueblos Indígenas, se constituyó una Comisión Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas y, según la Memoria 2001–2006 del Ministerio, se trabajó en la adecuación cultural y la ampliación de la oferta de servicios bajo nuevas modalidades apropiadas para los pueblos indígenas; el “respeto al parto vertical”; la capacitación de los recursos humanos en interculturalidad; el fortalecimiento de la participación comunitaria, y el mejoramiento del sistema de vigilancia epidemiológica. El programa destaca entre sus actividades: el desarrollo de diseños para un censo de comunidades indígenas; la aprobación de una norma para el aseguramiento universal de la población dispersa y extremadamente pobre, incluidos los pueblos indígenas; el desarrollo de categorías étnicas a ser incorporadas en los sistemas de información, y la elaboración de un plan para la protección de comunidades indígenas en aislamiento voluntario y en contacto inicial. Hasta aquí la referencia sigue siendo enfocada en poblaciones andinas y amazónicas (49).

2.2 Marco normativo de la Salud Intercultural en Perú

La política de salud intercultural en el Perú ha intentado ser una respuesta a los acuerdos suscritos entre los países a nivel internacional más que un reconocimiento con sentido de pertenencia en si misma; Es por ello que, aunque de manera deficiente, ha incorporado elementos del enfoque intercultural. En este sentido, es importante identificar de manera precisa que elementos son los que han influido en su formulación desde la concepción hasta el propio diseño de la política, quienes han venido participando y entender el sentido de pertenencia u objetividad técnica de quienes han participado (50).

“Los procesos sí importan. El proceso por el cual se discuten, aprueban y aplican las políticas (el proceso de formulación de políticas) tiene repercusiones importantes sobre la calidad de éstas, incluida la capacidad de los países de crear un entorno estable de políticas, modificar las políticas cuando hace falta, aplicar y hacer cumplir políticas de manera eficaz, y asegurar que las políticas persigan el interés general” (51).

La etapa de formulación de política o diseño de política es muy relevante, como lo señalan Stein y Tomassi, esta etapa puede definir el rumbo que asumirá la política y la calidad de la misma. Comprende de manera general tres momentos: la definición de la visión, la selección de alternativas, la asignación de recursos y definición de planes operativos. Estos momentos, como ocurre en todo el ciclo de políticas, no suceden de manera lineal, sino que suceden de forma paralela e incremental involucrando diversos actores en el proceso. Es como lo señalan los autores un proceso dinámico.

“El proceso de formulación de políticas es un juego dinámico entre actores que interactúan en lo que podrían llamarse escenarios. Los principales participantes en el proceso político cubren una amplia gama, desde protagonistas con papeles y funciones asignados constitucionalmente hasta actores de reparto cuya participación es menos definida y más fluida, aunque no dejan de ser muy influyentes” (51).

Entonces, el rol que los actores cumplen en el proceso es fundamental para moldear y dar forma a la política. Algunos tienen la responsabilidad directa de la formulación de política, como es el caso del Centro Nacional de Investigación Social e Interculturalidad en Salud – CENSI, del Instituto Nacional de Salud (INS), órgano adscrito al Ministerio de Salud (MINSA), rector para el caso de la política de salud intercultural; y otros participan del proceso de manera importante, aunque no tengan un rol formal. En el análisis de actores también es necesario considerar la relación entre ellos.

Sobre ello Majone, (52) señala que, “La estructuración de las políticas debe ser comprendida como el producto de un intenso proceso político a través del cual emergen y toman forma los proyectos e intereses de agentes (individuos), agencias (instituciones) y discursos (síntesis de la interacción entre agentes y agencias) en pugna por imponer un determinado proyecto de dirección política y de dirección ideológica sobre la sociedad y el estado que son gobernados”.

En el desarrollo de los tres momentos de la formulación de políticas, es que ocurren las interacciones complejas que Majone señala. Es decir, el proceso de formulación de política se produce en un contexto definido por la interacción de diversos actores, en momentos diferentes y con intereses distintos. Este contexto

influirá en la capacidad para definir una visión clara sobre la política, el adecuado y eficiente proceso de selección de alternativas de la política y la decisión sobre la definición de planes y asignación de recursos.

Para el caso de la política analizada, los actores principales en este proceso son el MINSA, a través de la alta dirección, el CENSI y otras direcciones como órganos de línea con relación principal en su elaboración; la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública que incluye a la Dirección de Promoción de la Salud y el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades como el ente que genera las fuentes de información epidemiológica de la situación de las poblaciones originarias; asimismo, la Oficina General de Tecnologías de la Información que recopila la información estadística de atención desagregada por grupos étnicos a nivel nacional (50). Por otro lado, el Gobierno Nacional también cumple un rol específico en el proceso, a través de comisiones que son convocadas desde la propia Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), las cuales han definido las prioridades en cada sector, y de la regulación sobre la interacción con las comunidades indígenas como es el caso de la Ley de Consulta Previa. Finalmente, el otro actor del proceso es la propia población indígena u originaria, cuya participación en todo el proceso de formulación de la política, es necesaria e imprescindible.

Estos actores cumplen roles específicos en cada etapa de la formulación de políticas. El Gobierno Nacional, los pueblos indígenas u originarios y el MINSA, participan en la definición de la visión de la política sectorial, la cual claramente se ve influenciada por la relación que el Gobierno Central posee con los pueblos. En un determinado momento la PCM instauró “La Comisión Especial

Multisectorial para las comunidades nativas” a fin de establecer a nivel del Estado, la importancia de abordar la problemática indígena (inicialmente), en esta comisión se incluyó el tema de la salud intercultural (50).

Este proceso se establece más por iniciativa de las comunidades indígenas y su participaron fue vital para la definición de prioridades de política a nivel nacional. Lamentablemente estas políticas no han tenido un seguimiento concreto que permita viabilizarlas, sin embargo, permitió la aprobación de instrumentos de política Pública (53) que señalaba los asuntos prioritarios que la Comisión de Pueblos Indígenas debía de abordar. Entre ellos “Construir un sistema intercultural de salud y ampliar la cobertura de salud pública entre las Comunidades Nativas” lo cual ha servido como respaldo de las actividades en esta línea, ejemplo de ello es la creación de la Estrategia Nacional Salud de Pueblos Indígenas.

Respecto a la definición de la visión en el sector el análisis de los principales dispositivos aspiracionales, que comprenden la política de salud en la última década se evidencia una carencia del abordaje del tema intercultural. En la mayoría de dispositivos, la interculturalidad es considerada un “principio o un enfoque” que debe ser transversal; sin embargo, a medida que se desarrollan los lineamientos y objetivos, ya no existe mención al tema intercultural ni algún otro relacionado a este. Lo más preocupante es que, excepto en los dos documentos relativos los modelos de Atención Integral, ninguno señala las diferentes cosmovisiones o mencionada la realidad cultural como un elemento al que la política de salud debe de prestar atención, considerando la cosmovisión de, al menos, los principales grupos étnicos en el país.

Finalmente, si bien se ha avanzado poco en materia de una real implementación de acciones concretas y participativas en la política de salud intercultural que beneficie a la población andina y amazónica, considerada como pueblos indígenas, mucho menos se ha avanzado para el caso de población afroperuana. Es el nivel de participación que debe existir de manera transversal al ciclo de la política; desde la etapa de la definición de la visión hasta la evaluación. Es responsabilidad de las entidades del Estado generar los espacios necesarios para propiciar el diálogo y construcción conjunta de la política como lo sostiene el Convenio 169 (54). La limitación en la participación impide que la política se construya con alternativas reales y que respondan al problema público que puedan ser aplicadas en las comunidades afectadas, incluida obviamente, la población afroperuana.

3. Pueblo Afroperuano

3.1 Antecedentes histórico-sociales

En el desarrollo de los relatos históricos, los grupos originarios, minoritarios o que han sufrido el embate de la subyugación y/o conquista, no son necesariamente de los que mejor se hable en estas narrativas ya que el conocimiento que se tiene de estos no necesariamente está relacionado siempre con los aportes que hacen a la cultura en un determinado momento; en los textos se expone ante la sociedad las vivencias, aportes y sufrimiento por su condición social desfavorecida. La historia del Perú es un ejemplo de esto, pues tuvo un enfoque inminente criollo que ocultó el desarrollo de personajes afrodescendientes e indígenas (55).

Hablar de los afrodescendientes o tratar de describir su proceso histórico permite percatarse de que su historia está cargada de olvido, omisión y estereotipos. Al respecto, han transcurrido casi quinientos años desde la primera llegada de población africana al Perú. Sin embargo, actualmente muchos de sus descendientes siguen viviendo en situaciones de exclusión y discriminación, sin ser identificados adecuadamente (56).

Por eso, el siglo XX comenzó a sugerir una corriente que buscaba visibilizar la historia de los afroperuanos, además de comprenderla, conocerla y valorarla. Parte de la búsqueda consistió en hacer visible lo que antes estaba ignorado (56). La propuesta de resaltar a las personas que a través de su vida han aportado al crecimiento de la sociedad, a pesar de su anonimato, brinda valor a lo que la historia ha relegado u olvidado; es así que los afrodescendientes resurgen en la historia, tomando en cuenta su influencia y aportes como cultura.

La historia de los afroperuanos comprende, entre otras, dos etapas transcendentales e importantes: su migración forzada durante la Colonia y su segregación durante la República, a pesar del discurso de libertad e igualdad. El desconocimiento de estas etapas de construcción histórica no favorece a una visión integradora de construcción social, pues limitaría la valoración de su real desempeño en la historia del Perú (57). A pesar del notable aporte de los afrodescendientes al desarrollo económico, cultural, social y político de la sociedad peruana, no ha sido justamente reconocida dicha contribución histórica.

De esta manera, en un flujo constante, las investigaciones van abriendo paso a las memorias de la cultura afroperuana; muestran su riqueza en diferentes campos como la política, deportes, poesía, medicina, entre otros; forjan una

identidad a través de sus protagonistas a lo largo de su historia, y contribuyen a una visión más amplia de su cultura. Ahora, la historia afroperuana permite ser más críticos en la revalorización de sus aportes y en las bases de una identidad grupal y nacional que encontró en la cultura andina un medio de adaptación para poder continuar en una dinámica de integración de elementos andinos y afrodescendientes.

“Las raíces culturales andinas se constituyen en punto medular de nuestra nueva identidad que indudablemente nos orienta al reconocimiento y afirmación de la necesidad del cambio social y a la forja de un nuevo proyecto de sociedad con la integración de todos los pueblos y culturas que se fusionaron en estas tierras americanas” (58).

Prueba de ello es la existencia de una variedad de manifestaciones culturales en las que se denota esta adaptación. Entre las más visibles se encuentran las comidas, danzas, música, religión, etc. En ellas, el afroperuano es representado por diferentes comunidades, convirtiéndose así en testimonio vivo de su influencia y existencia en diferentes partes del país. De esta manera, los negritos de Huánuco, la negrería yauyina, negritos de Lucanas, entre otras, son danzas que representan a los afrodescendientes esclavos, que con el permiso concedido por sus amos salían desde navidad hasta bajada de reyes y recibían una retribución monetaria por bailar delante de los nacimientos de hogares cercanos. Por lo tanto, la historia afroperuana debe ser estudiada dentro de los procesos de formación y desarrollo en conexión con otros grupos sociales, partiendo de la Colonia y sus consecuencias, como punto importante para comprender y estudiar la realidad socio histórica y cultural del afroperuano (58).

Es entonces que la historia de la cultura afroperuana va más allá de una simple adaptación de grupos sociales y alcanza a cómo estos procesos de conexión han afectado de manera significativa el desarrollo general de este pueblo y que todo el conjunto de características adoptadas en el tiempo hacen a la historia de los afroperuanos imprescindible para comprender la historia del Perú.

Los africanos que llegaron al Perú procedían del África Occidental y se adquirían entre el norte de Senegal y el sur de Angola. Fueron traídos bajo condiciones deplorables en cargamentos que cruzaban el Atlántico y desembarcaban en los puertos de Cartagena de Indias y Portobelo; donde eran bautizados y enviados al puerto del Callao para su comercio. El sistema de trata esclavista organizaba los cargamentos de modo tal que los africanos esclavizados provenían de tribus y etnias en conflicto y no compartían tradiciones, cultura, lengua o religión. De esta forma, los españoles se protegían de revueltas y desmanes, a la vez que rompían la posibilidad de una identidad colectiva. Los africanos sobrevivientes a la insalubridad, el hacinamiento, la deficiente alimentación, entre otras situaciones, una vez llegados al Nuevo Mundo, eran informados de su nueva identidad: todos eran “negros”. Por otra parte, su situación jurídica era la de un bien real: podían ser vendidos, alquilados, hipotecados, dados en prenda o regalados. Además, eran embargables y susceptibles de ser confiscados a sus dueños. (59).

Durante la Colonia, los africanos sobrevivientes y los afrodescendientes estuvieron sometidos a una situación de servidumbre y esclavitud. La condición de esclavo se transmitía por línea uterina: la condición de la madre, fuese esclava o liberta, fijaba la condición del hijo por nacer. La libertad se lograba por

voluntad del amo o por propia mano del esclavo. Al momento de comprar su libertad, los padres de un africano esclavizado tenían la preferencia, por sobre otros posibles compradores. La esclavitud del campo estaba referida al trabajo en la agricultura de plantación y para el consumo local, la producción de lácteos, verduras y hortalizas para la venta, así como en labores vinculadas a la minería. En el ámbito urbano, los esclavos fueron empleados en ocupaciones variadas, desde las más degradantes y no especializadas hasta las de más alta calificación.²¹ Tanto en el campo como en la ciudad, trabajaron en el servicio doméstico.²² Por su parte, las mujeres afroperuanas fueron víctimas no solo de los malos tratos y castigos físicos, sino que sus cuerpos y sexualidad fueron utilizados para satisfacer las necesidades de los amos y sus familias. Como parte de las labores domésticas realizaban funciones más íntimas, como las de “amas de leche” y niñeras de los hijos menores y, en algunos casos, se les obligaba a prestar servicios sexuales a los amos y a sus hijos adolescentes (60).

En resumen, la sociedad colonial peruana, como muchas de América Latina, dependía en una proporción significativa del trabajo esclavo africano y de las condiciones infrahumanas en que éste se realizaba. El tráfico de africanos tuvo una connotación económica muy intensa, de gran demanda y en constante crecimiento. A finales del siglo XVI, la cuota de esclavos negros, provenientes de Brasil, constituía una de las fuentes de ingreso más importantes para la economía colonial (61).

Hacia 1854, bajo la presidencia de Ramón Castilla, se promulgó finalmente el decreto que otorgó la libertad a los esclavos. Cabe mencionar que antes, José Gabriel Condorcanqui, Túpac Amaru II, había dado el primer grito de libertad

para los afrodescendientes; lo acompañaba Antonio Oblitas, capitán afroperuano quien participó activamente en aquella primera gesta por la abolición de la esclavitud (62).

Una vez que se obtuvo la Independencia, los esclavos libertos no fueron incluidos en la República de hombres libres que aspiraba a ser el Perú, sino que fueron peruanos en la misma medida en la que antes formaron parte del Virreinato español, con la dificultad de verse obligados a valerse por sus propios medios. La libertad que el Estado les brindaba, mediante su compra a quienes habían sido sus dueños, no consideró condiciones para el ejercicio de su ciudadanía, ni tampoco espacios o garantías que les permitiesen nivelar su situación y participar de la vida económica, política y social de la República (63). La abolición de la esclavitud señala la ruptura formal con un estado anterior sin alterar la estructura imperante. En el Perú republicano, la liberación de los descendientes de africanos esclavizados no supuso la inauguración de nuevas y mejores condiciones para los afroperuanos, sino que significó la afirmación de condiciones de inseguridad, mendicidad e inestabilidad. En ese sentido, algunas investigaciones centradas en el ámbito de América Latina y el Caribe señalan que situaciones como la descrita han abonado de modo desfavorable al grupo afrodescendiente, el que “sistemáticamente ha estado rezagado detrás de la población blanca, en términos de logro educativo, acceso a servicios y coberturas de calidad, así como en lo referido a la acumulación de destrezas durante muchas generaciones” (65).

La situación actual de la población afroperuana se podría explicar a partir del contexto de exclusión social y discriminación que enfrentó durante la Colonia,

y la ausencia de medios para la expresión de su propia identidad y su cultura, situación que se mantuvo durante la etapa republicana.

3.2 Situación sociodemográfica de la población afroperuana.

El pueblo afroperuano forma parte indispensable de la sociedad peruana. Actualmente, es el segundo pueblo más grande en el país; y esta afirmación es una inferencia considerando la data del Censo Nacional 2017, lo cual es válida en el marco de las evidencias. La población que se autoidentificó como perteneciente a un pueblo indígena u originario de los Andes, en el Censo de Población y Vivienda 2017, corresponde al 24,9%. La población que se autoidentificó como perteneciente al pueblo indígena u originario de la Amazonía, equivalen al 0,9%; mientras que de la población censada de 12 y más años de edad del país, que se identificó como afroperuano o afrodescendiente fue el 3,6%. En ese sentido sería el segundo pueblo más grande del país, conformado por más de 800 mil personas a nivel nacional, quienes se ubican a lo largo de todo el territorio nacional y no solo en la costa peruana (65). Además, el pueblo afroperuano conserva costumbres, saberes y prácticas, pero sobre todo ha brindado aportes invaluable a la construcción de la nación peruana. Sin embargo, pese a la presencia y los aportes del pueblo afroperuano al país, este colectivo afronta diversas formas de discriminación étnico-racial. Estas permanentes prácticas han sido derivadas del racismo, entendido como una ideología que justificó la trata esclavista en la colonia e inicios de la república, para así esclavizar a millones de africanos/as junto a su descendencia en las Américas. Además, estas prácticas se fueron normalizando al pasar del tiempo y se instalaron tanto en la forma de pensar de las personas, así como en las

instituciones propias a la conformación de los Estados, ocasionando que, en consecuencia, se profundicen y justifiquen las distintas formas de desigualdad y exclusión, que fueron conformadas y configuradas durante siglos. De esta manera, el pueblo afroperuano actualmente afronta severas limitaciones para ejercer sus derechos.

En respuesta a esta situación, en los últimos años el Estado peruano ha intentado realizar una serie de esfuerzos para mitigar los problemas que afronta el pueblo afroperuano. Así, se declaró de interés nacional la atención prioritaria respecto del pleno disfrute de los derechos fundamentales de la población afroperuana (66), que tuvo por objetivo fortalecer las medidas de desarrollo e inclusión social establecidas en el país durante el periodo comprendido como el Decenio Internacional de los Afrodescendientes (2015-2024) proclamado por la Organización de las Naciones Unidas.

3.3 Cosmovisión de los afroperuanos y sistema de salud.

La cosmovisión afroperuana proporciona un modelo explicativo del universo, plasmada en una construcción cultural simbólica. Este modelo explicativo comprende un complejo conjunto de mitos y creencias, cosmología y prácticas rituales que han logrado mantener su continuidad a pesar del proceso de asimilación cultural experimentado por el pueblo afroperuano (67). Dicho modelo explicativo plantea una mirada sobre la estructuración del mundo y la interrelación entre todos sus elementos, incluyendo un relato acerca de la vinculación existente entre los seres humanos, la tierra, la herencia africana y el medio.

La noción de salud, por su parte, ocupa una posición central dentro de la visión de mundo afroperuano, puesto que el ordenamiento universal propuesto comprende como elemento fundamental la regulación o equilibrio entre diversos tipos de energías presentes en la tierra, equilibrio que se encuentra estrechamente ligado a la conservación del bienestar y la prosperidad de la comunidad y el hábitat natural. Como contraparte, se verá que la ruptura de dicho equilibrio impactará en la salud, estimulando la enfermedad.

Así, a la vez que visión de mundo, la filosofía afroperuana sirve de marco interpretativo acerca del origen y significado del malestar, orientando el diagnóstico y tratamiento a partir de creencias y conocimientos cultivados desde tiempos ancestrales, configurando un sistema de salud tradicional propio (67).

De acuerdo a la tradición oral, el cosmos se compone de segmentos estratificados, dominados por potencias sobrenaturales tanto benéficas como destructivas. Tales segmentos configuran el universo afroperuano, el que está habitado por espíritus naturales y humanos (67). Desde la perspectiva afroperuana, tanto las personas, como las aguas, el viento y los cuerpos celestes son considerados fuerzas vivas pertenecientes al universo pensado en forma de globo. Cada ser vivo corresponde a un espíritu o fuerza de igual relevancia entre sí, de manera que todas las formas de vida presentes en el universo revisten el mismo valor. Esta idea de igualdad entre los seres constituye una creencia básica de la cosmovisión afroperuano (68).

Con los primeros asentamientos y la observación de la naturaleza, los antepasados formularon leyes y pautas de comportamiento destinadas a prolongar la relación de equilibrio entre los seres humanos y las demás energías.

Este código de comportamiento, indica un camino sobre cómo relacionarse consigo mismo, la familia, la comunidad y la tierra. Los seres humanos se conciben como hijos de la tierra, hermanados con todos los demás elementos presentes en ella, estando ausente la idea de propiedad o dominio sobre la naturaleza. Al ser considerados energías equivalentes, el afroperuano está llamado a mantener una relación de cuidado y respeto con todo aquello que le rodea, siendo este el principio fundamental para conservar la armonía y el bienestar. Así, al cortar una planta o sacar agua de un río, es necesario pedir autorización y agradecer a su espíritu, como una forma de regular las energías positivas y negativas del cosmos. Al quebrantar estos códigos y alterar la homeostasis del universo, el individuo queda expuesto al malestar y la enfermedad (69).

Así, el pueblo afroperuano concibe la salud como un estado de equilibrio entre las personas y su entorno. Al romper el equilibrio o las leyes que regulan la relación con el entorno natural y social, se produce la enfermedad física, psicológica y espiritual (69).

Otro elemento distintivo de la medicina afroperuana corresponde a la presencia de enfermedades comunitarias, las que tienen lugar cuando es la familia o la comunidad en su conjunto la que viola principios culturales como, por ejemplo, no cumplir compromisos asumidos colectivamente. Cuando esto sucede, la enfermedad de la familia puede verse reflejada en acontecimientos negativos reiterados que alterarán el bienestar de los miembros. Otro plano de la enfermedad colectiva corresponde al malestar vivido con la comunidad cuando un miembro de la familia padece una enfermedad, de modo que el bienestar no

se considera un estado individual, sino como una situación de interdependencia con los demás seres del entorno social (69).

Esta manera de interpretar la realidad se manifiesta en su sistema curativo, en que el abordaje de la salud y la enfermedad comprende el restablecimiento del orden natural, personal y familiar, mediante prácticas terapéuticas y rituales religiosos. Dicho rol no se adquiere mediante la voluntad, sino que es resultado de un llamado espiritual en que las fuerzas de la naturaleza escogen a una persona, hombre o mujer, para depositar capacidades y conocimientos, de modo que el conocimiento se estima perteneciente a la naturaleza y no al agente de salud. Una forma en que habitualmente dicho llamado se manifiesta es a través de los sueños y visiones mediante los que se recibían información y sabiduría. Sin embargo, con la llegada de los españoles, la imposición del pensamiento occidental cristiano y el desarraigo de los afrodescendientes del continente africano, este conocimiento fue descalificado y sancionado. En adelante, fue común que los afrodescendientes se negaran u ocultaran sus prácticas ancestrales y tuvieran que desarrollarlas de manera furtiva (69).

Para restablecer la salud, se acciona la capacidad de comunicarse con la dimensión espiritual del enfermo, con el fin de conocer qué comportamientos indebidos lo llevaron a padecer. Así, un momento relevante dentro del rito de sanación corresponde al instante en que se relataba cuáles fueron las transgresiones a los principios culturales cometidas por la persona, las que se consideran la raíz de la dolencia. Dicha develación orienta la acción terapéutica a llevar a cabo, así como la medicina necesaria para realizar el tratamiento. Es decir, el tratamiento no dependerá de la dolencia manifestada, sino de las

transgresiones cometidas, de modo que el mismo síntoma puede ser abordado de diferentes formas de acuerdo a su origen espiritual (69).

Otros agentes terapéuticos dentro del sistema curativo afroperuano son el hierbatero, el componedor de huesos, y la partera, persona especialista en maternidad y partos. Eventualmente, estos agentes también podían actuar ante la presencia de enfermedades producidas por efectos ambientales; no obstante, las enfermedades atribuidas a influencia de energías negativas sólo pueden ser abordadas si se recupera el equilibrio con la espiritualidad que las ha creado (70).

3.4 Situación de salud del Pueblo Afroperuano.

El proceso de inserción de la situación de los afrodescendientes en la agenda internacional comenzó en el año 2000, con ocasión de la Conferencia Regional de las Américas, realizada en Santiago de Chile, preparatoria a la Tercera Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, La Xenofobia y demás formas conexas de intolerancia, realizada en Durban, Sudáfrica en el año 2001(71). En dichas conferencias se constató el estrecho vínculo entre racismo y pobreza, que constituye uno de los indicadores más elocuentes de la situación de desigualdad y discriminación racial sistémica que acusa la población afrodescendiente y afecta a esta población; esto también se expresa en profundas asimetrías en el ámbito de la salud.

A pesar de todo ello, existen pocos datos actualizados sobre la situación de salud de la población afroperuana; pocos estudios se han encargado del levantamiento de datos específicos o estos se diluyen en el análisis general de la situación de salud de la población. Una forma de abordar el tema de la salud es a través del acceso y la calidad de los servicios.

Llama la atención, por ejemplo, que algunas localidades analizadas en base a datos de la ENCO 2006 (72), la mayoría de niñas y niños afroperuanos, por diversos motivos, no llegan a atenderse las enfermedades en un establecimiento de salud. Los autores ensayan al menos cuatro motivos por los cuales los padres de estos niños podrían no encontrarse satisfechos con el hecho de atender a sus hijos en estos establecimientos. Para empezar, la disponibilidad del servicio de salud es limitada en ciertas localidades de barrios urbano-marginales o en comunidades rurales con predominancia de población afrodescendiente; sin embargo, aun cuando podrían contar con establecimientos de salud cercanos, decidían acudir a establecimientos “de mayor jerarquía” debido principalmente al trato que recibían. Esto sobre todo ante la atención ciertas enfermedades o emergencias (72). El segundo motivo está relacionado a que en muchos casos se vieron enfrentados a que existe también un problema de escasez de medicamentos en aquellos establecimientos y sobre la necesidad de adquirirlos, no solamente existe la dificultad de hacerlo por limitaciones económicas, sino por accesibilidad a farmacias no cercanas en las localidades. En muchos casos, el Seguro Integral de Salud (SIS) no los cubre. El tercer motivo que señalan, está relacionado con la percepción, por parte de las madres y los padres afroperuanos, de que la calidad de los servicios brindados es deficiente. Esto comprende varios problemas identificados que son comunes a muchos usuarios incluyendo los no afrodescendientes: 1) La atención en los establecimientos de salud de las localidades no es continua (al menos de doce horas continuas), dificultando que los pobladores tengan acceso a atención médica o tratamientos; 2) no hay una atención oportuna de los usuarios por el limitado número de personal médico u

otro profesional de la salud, que brinde servicios en los establecimientos de salud (“para tener cita tienes que esperar un mes”); 3) los médicos no asisten o llegan tarde a las consultas; 4) el trato recibido por los profesionales de salud podría no ser siempre respetando sus conocimientos en salud o las prácticas ancestrales que realizan. Por estas dificultades prefieren recurrir a médicos particulares, familiares (saberes populares) y/o conocidos que sepan algo sobre salud (no necesariamente médicos profesionales, sino, por ejemplo, enfermeras). En menor medida, prefieren dejar sin atención médica a la niña, el niño o el adolescente (72). Frente a la problemática anterior, la medicina tradicional surge como una alternativa por la cual optar. En diferentes localidades señaladas por diferentes autores ha sido muy común encontrar estas prácticas como la constante para la atención a sus familiares; se solía recurrir a este método para curar las enfermedades de niños y niñas a través del rezo, como alternativa para sanar el “susto”, siendo las principales razones por las cuales las madres rezan a sus hijos: a) para curar el miedo por algo que soñaron o vieron (algo que los impactó) y/o b) para sanarlos del “mal de ojo” porque alguna persona con una “energía mayor” los había visto fijamente. En menor medida el uso de hierbas tradicionales (tanto las que se cultivan en casa, como las que se adquieren en los mercados), como el llantén, el matico, el culén y el eucalipto, para sanar la gripe y/o la tos; el uso de estos productos fue aprendido sobre de las personas mayores (madre, suegra, abuela, etc.) y consideran que son prácticas que provienen de la población indígena, lo cual demuestra el intercambio cultural que pudieron haber tenido los antiguos pobladores afrodescendientes con la población andina (73). De esta forma se entiende que la población afroperuana desarrolla la salud

tradicional desde su propia cosmovisión, que podría diferir de algunas prácticas andinas. La visión de la población afroperuana tradicional sobre la salud y la enfermedad, la cual es transmitida intergeneracionalmente, se asocia a lo mágico-religioso, entendiendo la curación como una práctica que conduce al bien, “entendido como conducta correcta y como resultado de haber actuado sobre el mal (enfermedad)” (73). De nuevo entonces, la práctica de la medicina tradicional termina siendo una forma efectiva de llenar el vacío que deja la calidad insuficiente de los servicios de salud pública, cuya ineficacia tiene que ver también con la brecha cultural que existe entre quienes atienden en los establecimientos, que no creen o creen muy poco en la efectividad las hierbas, y los pacientes afroperuanos que sí lo hacen. A pesar de ser la anemia una de las enfermedades nutricionales más comunes en la niñez y que más afecta su desarrollo, no ha sido lo más frecuentemente encontrado en niños afroperuanos, sobre todo en los más pequeños; pues la alimentación en productos ricos en hierro como vísceras o sangrecita es uno de los alimentos económicos que también han aprendido a consumir como parte de la herencia culinaria; esto ha favorecido en la población afroperuana la garantía de una nutrición rica en hierro (74). Es muy común encontrar enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, el colesterol elevado y otros problemas cardíacos cuya incidencia es frecuente en mujeres y hombres adultos afroperuanos; sin embargo, la causalidad de cualquier otra enfermedad y la posibilidad de acceso a los servicios de salud por las razones antes expuestas, es muy común para toda la población (75). Otros autores han señalado también haber identificado en nuestro país afrodescendientes con anemia falciforme (a pesar de su mayor reporte en

Centroamérica y Caribe), los problemas coronarios, la diabetes y la prostatitis (76). Al menos un tercio de la población afroperuana sufre de alguna enfermedad crónica. En lo relacionado a los derechos sexuales y reproductivos, así como el acceso a la información para ejercerla, la mayoría de adolescentes y jóvenes señalan tener conocimiento al respecto para hacer uso no solo de la información sino también de métodos anticonceptivos y de planificación familiar, así como medidas que favorezcan a una conducta sexual responsable para evitar las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/Sida. Sin embargo, es común enfrentar la estigmatización de que “los afroperuanos tienen una mayor tendencia a la promiscuidad, porque lo llevan en la sangre”; esto genera entonces que prefieran recurrir para informarse al respecto, a sus pares en las escuelas o centros de educación superior que a los profesionales de salud en los establecimientos (75), obligando a los jóvenes a que se informen por su cuenta. Muchos de los afroperuanos que padecen de enfermedades crónicas son jefes de hogares que trabajan en condición de oficios no profesionales con una clara tendencia a malos hábitos alimenticios, de descanso y ejercicio físico. Quizá por la misma razón que la mayoría de la población afroperuana está asentada en la costa, es que es más frecuente encontrarlos en los ámbitos urbanos que rurales (75).

Que el Estado Peruano haya avanzado en cobertura universal con relación al aseguramiento en salud, ha generado que un porcentaje elevado de la población afroperuana cuente con SIS; y esto se destaca con importancia ya que al no tener trabajo formal muchos de ellos, no acceden al seguro por la Seguridad Social del Perú (ESSALUD). Sin embargo, muchos están afiliados en ESSALUD y un

grupo menor al 2%, cuenta con seguros privados. Importante destacar que una práctica aprendida entre las mujeres afroperuanas, quizá desde la cultura andina en el escenario de intercambio cultural histórico, es la asistencia de un parto a través de una partera; muchas mujeres aún en este tiempo, optan por ese acompañamiento porque “así fue como ellas nacieron de sus madres” (75).

4. Calidad de atención.

4.1. Satisfacción de usuarios.

La satisfacción del paciente con los servicios de salud se ha convertido en una medida importante del éxito clínico, ya que la perspectiva de los consumidores atrae la atención de un número creciente de estudios y desempeña un papel cada vez más destacado en muchos campos diferentes. En el ámbito de la salud, los estudios de satisfacción del paciente se han utilizado para identificar formas de mejorar la salud, reducir costos e implementar reformas (77). La perspectiva de los usuarios es de particular relevancia en la búsqueda de una atención médica clínicamente eficaz y receptiva; es decir, atención que respeta los valores, preferencias y necesidades expresadas por los pacientes, brinda información y educación, es accesible, ofrece apoyo emocional, involucra a familiares y amigos, asegura la continuidad, se preocupa por la comodidad física de los clientes y brinda servicios de manera coordinada desde el punto de vista logístico (78).

La percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención es uno de los indicadores esenciales de la calidad de la atención y, como tal, es importante para el trabajo de mejora de la calidad (79). Los pacientes que necesitan servicios de atención médica desean una atención individualizada y de alta calidad, que

también es el objetivo principal de quienes brindan la atención (80). Las percepciones individuales de los pacientes sobre la calidad de la atención son importantes, porque pueden reflejar las percepciones de los pacientes sobre los estándares; y también, aclarar cómo los pacientes definen la calidad (81). El modelo teórico de la calidad de la atención: La calidad de la atención desde la perspectiva del paciente (CPP) ve la calidad de la atención a través de los ojos del paciente y se utiliza como base teórica en este estudio. La calidad de la atención en el modelo CPP se considera una medida de las experiencias de los pacientes sobre la calidad de la atención médica al encontrarse con la realidad percibida de los pacientes. Las percepciones de los pacientes sobre lo que constituye la calidad de la atención están formadas por su sistema de normas, expectativas y experiencias y por su encuentro con una estructura de atención existente (82).

Investigaciones anteriores han demostrado que diferentes factores pueden influir en las percepciones de los pacientes sobre la calidad de la atención. Estos factores pueden clasificarse en las dos áreas generales siguientes: condiciones relacionadas con la persona y condiciones externas de atención objetiva. Condiciones relacionadas con la persona, como el sexo del paciente, edad, nivel educativo, salud física y bienestar psicológico autoinformado y si los pacientes ingresan en un centro de salud como emergencias o por horario se encuentran conectados con las percepciones de los pacientes sobre la calidad de la atención (79). Las condiciones externas objetivas de la atención relacionadas con la percepción de los pacientes sobre la calidad de la misma son las siguientes: la organización y la estructura de la atención del centro de salud, la competencia

del personal de salud, la relación médico-enfermera, la atmósfera general en las salas, el tamaño del lugar. Los pacientes también han identificado como importantes la limpieza, las buenas señales / puntos de información, los asientos adecuados y el no hacinamiento (83). En los países sudamericanos, donde el sistema de salud es precario, fragmentado y segmentado; se genera una alta variabilidad en los procesos organizacionales y de gestión (84, 85, 86); es por ello, que lograr una satisfacción del usuario se convierte en un gran desafío para la salud pública, los gestores y planificadores en salud, los investigadores, y para la población general; debido a que, no hay un consenso claro sobre lo que representa; así como, respecto a su concepción; sin embargo, es indiscutible que refleja una percepción diferente y que implica una estrategia de los servicios de salud. En ese sentido, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) contempla que, evaluar la calidad en la prestación de un servicio de salud debería ser una preocupación fundamental en la gestión del sector; y, por ende, la categoría de calidad es la medida en la que se espera que la atención que se da logre un equilibrio de expectativas y necesidades para el usuario (87, 88).

En el ámbito hospitalario, la prestación del servicio de salud es un proceso complejo y variado debido a una serie de procedimientos que se manejan a lo largo del territorio peruano; siendo un entorno de tipo variable en el que suelen darse variaciones constantes en la demografía, las preferencias, la idiosincrasia, los estilos de vida, y una amplia variedad de culturas donde estas evaluaciones de calidad se han convertido en un indicador esencial para aquellos responsables de la gestión de hospitales; ya que, ayuda a comprender las brechas que existen en el servicio prestado entre las percepciones y expectativas de los usuarios; por

lo cual, es de vital importancia incorporar estrategias de mejora continua (89, 90); que tome en cuenta la visión de los usuarios sobre los servicios; ya que, este criterio representa un componente fundamental en la mejora de la organización y en la forma como se prestan los servicios (91, 92).

En la etapa formativa del médico, al crear la experticia en el paciente y su familia, éste es entrenado en habilidades comunicativas para poder generar y mantener el mayor recurso que es la buena relación médico-paciente; en base a habilidades desarrolladas como la comunicación e interacción, para así, poder tomar decisiones adecuadas en la etapa de vida que tiene el paciente; ya sea, desde su nacimiento, hasta antes de su muerte (89, 90).

Aunque en la literatura revisada, se reporta un nivel de satisfacción alto en cuanto a la atención recibida en centros de salud. Es menester, hacer especial énfasis que según lo mencionado por la Organización Mundial de la Salud (OMS); la satisfacción es un variable que mide un componente subjetivo; por lo cual, cuando medimos la satisfacción de una determinada población con un sistema sanitario se deben considerar diferentes factores en torno a ello; así como, también se debe tomar en cuenta la experiencia propia de cada persona en su categoría de paciente. En este contexto, cabe entender que cada estudio realizado en este tema expresa una mención aislada, teniendo un uso de alcance limitado como base para la mejora de la calidad de atención con una reforma que se extrapola al sistema sanitario evaluado.

IV. METODOLOGÍA

a) **Enfoque de estudio:** Cuantitativo

Este enfoque permite medir objetivamente la relación entre las variables dependiente e independiente utilizando métodos estadísticos para evaluar asociaciones clave acordes a los objetivos planteados.

b) **Diseño de estudio:** Estudio observacional analítico de corte transversal

Observacional: Porque no se interfiere ni manipula la exposición ni los desenlaces, permitiendo estudiar fenómenos en condiciones naturales.

Analítico: Este enfoque permite evaluar la asociación entre variables, como la satisfacción de usuarios y la competencia intercultural percibida, identificando posibles relaciones causales.

Transversal: Se optó por un corte transversal para recolectar datos en un único momento del tiempo, facilitando el análisis de percepciones y asociaciones de manera eficiente.

Población y muestra.

La población de estudio estuvo conformada por usuarios de establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) de Lima Metropolitana durante el año 2023: Centro de Salud “El Porvenir” (La Victoria), Centro de Salud “Juan Pérez Carranza” (Cercado de Lima-Barrios Altos), Centro de Salud “San José” (Villa el Salvador), Centro de Salud “Rímac” (Rímac); y la Región Callao: Centro de Salud “Carmen de la Legua” (Carmen de la Legua Reynoso) y Centro de Salud “Bepeca” (Callao).

Criterios de inclusión.

- Pacientes mayores de 18 años.

- Peruanos que se auto identificaron como afrodescendientes.

Criterios de exclusión.

- Personas con alguna alteración del estado cognitivo que impida responder al cuestionario.
- Personas que no hayan utilizado el EEES en el último año.
- Personas que no aceptaron participar del estudio de investigación.

Muestreo

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a los usuarios afrodescendientes que cumplieran con los criterios de selección que acudieron a los establecimientos de salud de atención primaria durante el periodo del estudio (año 2023). Este enfoque se utilizó debido a la dificultad de acceso a una lista completa de usuarios afrodescendientes en la población objetivo, lo que limitó la posibilidad de realizar un muestreo probabilístico. La selección continuó hasta completar el tamaño de muestra definido (144 usuarios), garantizando que se incluyeran participantes representativos de las características requeridas para responder a los objetivos del estudio.

Tamaño de muestra

Se tomó como tamaño de muestra 144 usuarios afrodescendientes que acudieron a establecimientos de salud de atención primaria en Lima Metropolitana y Callao. Para determinar este tamaño muestral, se utilizó el software Working in Epidemiology (www.winepi.net), aplicando un cálculo de potencia estadística del 80%. Este cálculo se basó en las frecuencias de satisfacción reportadas en el estudio de G. Michalopoulou y colaboradores (6), que identificó un 87% de población con satisfacción muy alta y un 66% no muy satisfecha. Estas

proporciones fueron utilizadas como referencias para estimar un tamaño muestral adecuado que permitiera responder con suficiencia a la pregunta de investigación planteada en este trabajo.

Inicialmente, se estimó una muestra de 120 usuarios, pero se decidió incrementar el tamaño en un 20% (hasta alcanzar 144 usuarios) con el objetivo de mitigar el impacto de posibles rechazos o errores en las encuestas. Este ajuste garantiza la robustez y representatividad de los resultados, minimizando la pérdida de datos y preservando la validez del análisis estadístico.

Instrumentos

Todos los instrumentos fueron ingresados a la plataforma de recolección de datos RedCap.

1) Escala de Competencia Cultura Percibida.

Consiste en una escala tipo Likert, originalmente desarrollada en inglés y adaptada al español para su aplicación en el contexto local. Esta escala está diseñada para medir la percepción de los pacientes sobre las competencias culturales de los médicos, abarcando tres dominios fundamentales: conocimiento cultural, conciencia cultural y habilidades culturales.

Cada uno de estos dominios se evalúa mediante tres preguntas formuladas en una escala de Likert que varía del 1 al 7. En esta escala, un puntaje de 1 indica un desacuerdo total con la afirmación presentada, mientras que un puntaje de 7 representa un acuerdo total.

Conocimiento Cultural: Esta dimensión evalúa la percepción de los pacientes sobre el nivel de conocimiento que sus médicos tienen respecto a las

características específicas de su cultura. El coeficiente alfa de Cronbach para esta dimensión fue de 0.81, lo que sugiere una buena consistencia interna (93).

Conciencia Cultural: Esta dimensión mide la capacidad de los médicos para reconocer y valorar las diferencias culturales. El alfa de Cronbach para esta dimensión fue de 0.84, indicando una alta confiabilidad (93).

Habilidades Culturales: Esta dimensión se centra en la percepción de los pacientes sobre la capacidad de sus médicos para interactuar y tratar de manera efectiva a personas de diversos trasfondos culturales. El coeficiente alfa de Cronbach para esta dimensión fue de 0.89, lo que también sugiere una excelente consistencia interna (93).

El puntaje de cada dimensión se calcula como el promedio de las puntuaciones de las tres preguntas que la componen. A su vez, el puntaje total se determina como la media de los puntajes de las tres dimensiones.

Para garantizar la validez y confiabilidad del instrumento y sus dimensiones, se llevó a cabo un análisis estadístico exhaustivo de validación por Lucas et al. en el 2008 (93). Se calculó el coeficiente alfa de Cronbach global, que resultó ser superior a 0.81, al igual que para cada una de las dimensiones, lo que indica una alta consistencia interna. Estos resultados de validación, tanto general como de cada dimensión, respaldan la robustez del instrumento y su capacidad para captar de manera efectiva las percepciones de los pacientes sobre las competencias culturales de sus médicos.

2) Escala SERVQUAL modificada.

La escala SERVQUAL modificada fue adaptada y validada por el Ministerio de Salud del Perú para evaluar la satisfacción del usuario en los servicios de salud (87). Esta validación incluyó procesos de adaptación cultural y lingüística para asegurar que los ítems fueran comprensibles y relevantes en el contexto peruano. Además, se realizaron análisis de confiabilidad y validez. En términos de confiabilidad, se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, reportando valores superiores a 0.8 para las cinco dimensiones, excepto para la dimensión “Aspectos tangibles” ($\alpha=0.79$), lo que indica una alta consistencia interna. En cuanto a la validez, se confirmó tanto la validez de contenido como la validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio, asegurando que las dimensiones evaluadas fueran representativas de la satisfacción del usuario en este contexto.

La escala consta de dos secciones: expectativas (E) y percepciones (P). Ambas incluyen las mismas 22 preguntas con formato de tipo Likert de 1 a 7, donde 1 es la menor puntuación y 7 la mayor. Las preguntas se agrupan en cinco dimensiones clave:

Fiabilidad: Evalúa la capacidad del establecimiento para cumplir exitosamente con los servicios ofrecidos (Alfa de Cronbach = 0.85).

Capacidad de respuesta: Mide la disposición para servir a los usuarios con rapidez y calidad (Alfa de Cronbach = 0.81).

Seguridad: Analiza la confianza que genera el personal, considerando conocimientos, privacidad, cortesía y comunicación efectiva (Alfa de Cronbach = 0.83).

Empatía: Valora la habilidad del personal para comprender y atender las necesidades del usuario (Alfa de Cronbach = 0.82).

Aspectos tangibles: Se enfoca en las condiciones físicas del establecimiento, incluyendo limpieza, comodidad e infraestructura (Alfa de Cronbach = 0.79).

La satisfacción del usuario se calcula a partir de la diferencia entre las puntuaciones de la sección de percepciones (P) y las de expectativas (E), siendo un puntaje negativo indicativo de insatisfacción y un puntaje positivo de satisfacción. Este método diferencial permite identificar brechas específicas en la percepción del servicio.

Sin embargo, la escala SERVQUAL no está exenta de posibles sesgos. Entre los más comunes se encuentran:

Sesgo de deseabilidad social: Los usuarios podrían responder de manera más favorable por temor a represalias o para evitar conflictos.

Sesgo de respuesta extrema: Algunos participantes tienden a utilizar solo los valores extremos de la escala.

Limitaciones en la autoevaluación: La percepción de expectativas puede estar influenciada por factores subjetivos, como experiencias previas o contexto cultural.

A pesar de estos posibles sesgos, la escala SERVQUAL ha demostrado ser una herramienta útil y confiable para evaluar la satisfacción de los usuarios, permitiendo identificar áreas de mejora en los servicios de salud.

3) Versión corta del Primary Care Assesment (PCAT) para usuarios.

Este cuestionario validado en español tiene como objetivo evaluar el grado de implementación de la atención primaria en salud desde la perspectiva de los

usuarios. La versión corta del PCAT consta de 22 ítems que miden cuatro atributos principales de la atención primaria: primer contacto, continuidad, coordinación e integralidad o globalidad, así como dos atributos secundarios: enfoque familiar y orientación comunitaria. La confiabilidad del cuestionario se ha confirmado mediante análisis de Alfa de Cronbach, que ha reportado valores superiores a 0.83 para la mayoría de las dimensiones, lo que indica una alta consistencia interna y validez del instrumento para evaluar los atributos mencionados en el contexto de la atención primaria (95).

Los puntajes de cada pregunta varían entre 1 y 4 puntos, donde un puntaje más alto indica un mayor grado de implementación de la atención primaria según la percepción de los usuarios. Los análisis previos han demostrado que el PCAT es una herramienta válida para medir la calidad de los servicios de atención primaria, ya que refleja adecuadamente la experiencia de los usuarios y sus expectativas sobre los servicios recibidos.

A pesar de su alta confiabilidad, el instrumento no está exento de posibles sesgos, como:

Sesgo de deseabilidad social: Los usuarios pueden tender a responder de manera más favorable, especialmente si perciben que sus respuestas podrían influir en la mejora de los servicios.

Sesgo de memoria: Las respuestas pueden estar influenciadas por recuerdos sesgados de la experiencia de atención primaria, que no necesariamente reflejan la calidad actual de los servicios.

Sesgo cultural: Las percepciones de la atención primaria pueden estar influenciadas por factores culturales o contextuales específicos de cada región,

lo que podría afectar la validez de los resultados si no se adapta adecuadamente el instrumento a la población específica.

A pesar de estos sesgos potenciales, la validación y la confiabilidad de los instrumentos mencionados los convierten en herramientas robustas para evaluar la implementación de la atención primaria en salud desde la perspectiva de los usuarios.

Procedimientos

Hubo una primera etapa de difusión del estudio en los centros de salud de atención primaria. Para ello se coordinó con la Mesa de Trabajo Afroperuana del Congreso de la República, el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI) del Instituto Nacional de Salud (INS) y la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios del Ministerio de Salud para informar e invitar a participar a la población afrodescendiente del presente estudio de investigación. Esto se realizó a través del envío de cartas de presentación dirigida a las autoridades locales de salud (DIRIS de Lima Metropolitana y DIRESA Callao) y se les solicitó la socialización en los establecimientos de salud seleccionados. Adicionalmente, el equipo de investigación acudió a los ES-AP para reforzar la información sobre el estudio de investigación, para dejar el número de contacto al que lo interesados podrían comunicarse y a recabar los números de contacto de algunas personas interesadas en participar y que manifestaron su deseo de ser contactados.

Posteriormente, se llevó a cabo la etapa de reclutamiento de los participantes. Por un lado, se llamó por teléfono a los interesados que habían dejado su número de contacto y por otro, se abordó directamente a los usuarios en los establecimientos de salud. Se aplicó en ambos casos un consentimiento informado y se procedió a

realizarles las preguntas de los cuestionarios. Este proceso tomó aproximadamente 40 minutos.

Análisis estadístico

Se describieron las variables de interés a través de medias y desviación estándar para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para el caso de variables categóricas. Para el análisis bivariado entre las variables principales se utilizó la prueba t de student para evaluar las diferencias de medias entre los puntajes de la escala de Competencia Cultural Percibida y las categorías de la variable satisfacción del usuario con la calidad de atención del ES-AP. Así mismo, para comparar diferencias entre proporciones se realizó la prueba exacta de Fisher, dado que se tuvo más del 20% de valores esperados menores a 5.

Para responder al objetivo secundario, se categorizaron las variables de interés. Para ello, ambas variables fueron divididas en terciles y luego se procedió a su dicotomización. Dado que para la división de los datos en terciles, estos son agrupados de menor a mayor, se consideró al primer tercil como el grupo insatisfecho con la atención recibida por el médico y los otros dos terciles como el grupo satisfecho. El mismo procedimiento se realizó para la variable de competencia intercultural del médico percibida por los usuarios de los establecimientos de salud. Posteriormente se realizó un modelo lineal generalizado de familia Poisson con función de enlace logarítmica y varianzas robustas para estimar la asociación entre la competencia intercultural del médico percibida por los usuarios del ES-AP y la satisfacción con la calidad de atención del médico. Se planteó un modelo crudo y ajustado por covariables asociadas en el análisis bivariado. Se estimó razones de prevalencias (RP) crudas y ajustadas con sus

respectivos intervalos de confianza al 95% (IC95%). Se consideró significativo un valor p menor a 0.05 y se utilizó el software estadístico Stata 18.

Aspectos éticos

Este estudio ha sido aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la UPCH (CIEI-UPCH). Los participantes fueron invitados a participar del estudio mediante la explicación y posterior firma de un consentimiento informado. Se les explicó a los participantes que sus respuestas serían anónimas y que no se compartirían con ninguno de los médicos a quienes potencialmente pudieran hubiesen evaluado. Toda la información recopilada en el estudio fue manejada de forma estrictamente confidencial por el investigador. Adicionalmente, durante la ejecución de la investigación, se siguieron rigurosamente los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, y se acataron todas las recomendaciones proporcionadas por el CIEI-UPCH.

V. RESULTADOS O ARGUMENTACIÓN TEÓRICA

Se tuvo un total de 144 participantes, 92 fueron de sexo femenino y el promedio de edad fue 47.4 (DS = 10.9) años. Más del 70% se atendió en algún centro de atención primaria de Lima, casi el 80% contaba con Seguro Integral de Salud (SIS), menos de la tercera parte había cursado estudios superiores y solo cuatro participantes consideraron que los médicos que los atendieron fueron afroperuanos (Tabla 1).

La Tabla 2. muestra el resultado de las puntuaciones de las diferentes escalas utilizadas. En ella destacan la puntuación promedio de la variable independiente competencias interculturales percibidas que fue 4.0 (DS = 0.5) puntos, al igual que el puntaje de su componente habilidad cultural. Así mismo, los puntajes promedio de sus otros dos componentes fueron cercanos a dicho valor. Con respecto a la variable dependiente satisfacción de la calidad del usuario, 141 (97.9%) de los participantes estuvieron insatisfechos. A diferencia de la satisfacción con la calidad de atención recibida por el médico en la que 72 (50%) participantes reportaron estar insatisfechos. En el análisis por las dimensiones de esta variable, fueron la Seguridad y la Fiabilidad las que tuvieron un mayor porcentaje de participantes satisfechos, aun así, estos valores representaron solo el 25% y 25.5% respectivamente. El puntaje promedio de las covariables: comunicación médico-paciente, participación del paciente y tiempo de espera para la atención y resultados de exámenes fue 4.1 (DS = 0.4) puntos. La media del puntaje de la percepción del grado de implementación de la atención primaria en salud fue 2.1 (DS = 0.3) puntos, la dimensión que obtuvo mayor puntaje fue la de Integralidad o globalidad con 2.7 (DS = 0.5) puntos y las que obtuvieron el menor puntaje fueron las dimensiones de

Enfoque familiar y Orientación comunitaria con una puntuación de 1.8 (DS = 0.5) y 1.8 (DS = 0.4) respectivamente.

En el análisis bivariado de la satisfacción con la calidad de atención del ES-AP, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con el puntaje promedio de las competencias interculturales percibidas (Tabla 3). Sin embargo, se encontró que existía una diferencia significativa entre el puntaje promedio del componente habilidad cultural de la variable independiente entre los usuarios satisfechos con la calidad del servicio en comparación con los no satisfechos (media = 4.6 vs media = 3.9, $p=0.029$). Con respecto a las dimensiones de la satisfacción de la calidad del servicio, con excepción de la dimensión de Fiabilidad, todas las demás dimensiones tuvieron una asociación estadísticamente significativa con la satisfacción de la calidad del servicio. Así mismo, las variables sexo, comunicación médico-paciente, participación del paciente y la percepción del grado de implementación de la atención primaria en salud también mostraron una asociación estadísticamente significativa con la satisfacción de la calidad del servicio.

En el análisis descriptivo de la variable satisfacción de la calidad del servicio de forma no categorizada, se halló que los puntajes variaron en un rango de -41 a 9 puntos, con una media de -16.8 puntos. Todas las dimensiones de esta variable tuvieron puntajes negativos como valores de su puntaje promedio y valores mínimo y máximos muy similares. (Tabla 4)

En el análisis bivariado de la satisfacción con la calidad de atención recibida por el médico, se observó una asociación estadísticamente significativa con la competencia intercultural del médico percibida por los usuarios ($p < 0,001$). Así se observa que la proporción de usuarios que están insatisfechos con la calidad de

atención recibida por el médico es mayor en aquellos que consideran que el médico tiene competencia intercultural baja en comparación con los que consideran que el médico tiene competencia intercultural alta (85,4 % vs. 32,3%). Otras variables que también tuvieron una asociación estadísticamente significativa fueron la comunicación médico paciente, la participación del paciente y la dimensión de integralidad de la variable que mide la percepción del grado de implementación de la atención primaria en salud (Tabla 5).

En el análisis multivariado se observa que los pacientes que perciben que los médicos que los atendieron tienen competencias interculturales bajas, tienen 2,16 veces la probabilidad de estar insatisfechos con la calidad de atención recibida por el médico en comparación con aquellos que perciben que los médicos tienen competencias interculturales altas. Este valor fue estadísticamente significativo ($p < 0.001$) (Tabla 6).

VI. DISCUSIÓN.

En este estudio que incluyó a 144 pacientes afrodescendientes de Lima y Callao, se halló que el puntaje promedio en la escala de Competencia cultural de los médicos percibidas por los pacientes fue de 4 puntos, siendo la Conciencia cultural la dimensión mejor puntuada con una media de 4,2 puntos. Teniendo en cuenta que el rango de puntuaciones es del 1 al 7, siendo 1 el peor puntaje y 7 el mejor, esto sugiere que los pacientes perciben que los médicos tienen una buena puntuación de competencias interculturales, en especial la Conciencia cultural. Sin embargo, esta puntuación también señala que queda un área significativa para el crecimiento y la mejora en este aspecto. Además, utilizando el modelo SERVQUAL, que mide la satisfacción con la calidad de atención del ES-AP, se halló que el 97,3% de los encuestados se encontraban insatisfechos con el servicio de atención recibido, mientras que el 50% de pacientes reportó estar insatisfecho con la calidad de atención recibida por el médico.

No se halló asociación entre la competencia cultural percibida y la satisfacción con la calidad de atención del ES-AP medida con el modelo SERVQUAL. Sin embargo, al evaluar la relación entre la satisfacción con la calidad de atención recibida por el médico y las competencias culturales percibidas de este por parte del paciente, sí se encuentra tal asociación, lo cual se asemeja a lo reportado por autores como Michalopoulou et al., quienes midieron la satisfacción del paciente mediante tres preguntas dirigidas a medir qué tan satisfactorias fueron las visitas médicas, categorizándola en “perfectamente satisfecho” o “no perfectamente satisfecho” según el score total obtenido con el rango de 1 a 7 puntos por pregunta (1). Asimismo, Govere et al. (2) realizaron una revisión sistemática de 7 estudios con el

objetivo de evaluar la relación entre el entrenamiento en competencias culturales y la satisfacción de los pacientes de grupos étnicos minoritarios con la atención recibida, encontrando que en 5 de los 7 estudios, la competencia cultural desarrollada por los médicos luego de un programa de entrenamiento estuvo relacionada con una mayor satisfacción de parte de los pacientes; sin embargo, cabe resaltar que todos los estudios incluidos en esta revisión, la población de estudio incluyó personas de distintos grupos étnicos minoritarios (latinos, afrodescendientes, caucásicos, etc.). Por su parte, Horvat et al. (3) realizaron una revisión sistemática de 5 artículos sobre la relación entre las competencias culturales y la evaluación de la atención médica por parte del usuario, donde encontraron que en 4 de los 5 estudios, se evaluó la satisfacción vs insatisfacción del usuario con la atención y se halló una asociación estadísticamente significativa. Sin embargo, en estos estudios, no se midió la competencia cultural del médico percibida por el paciente o usuario, en su lugar, esta variable fue medida por el equipo de investigadores mediante un instrumento validado. Por último, Wang et al. (4) llevaron a cabo un estudio transversal donde buscaron evaluar cómo los pacientes de una clínica dermatológica calificaron su satisfacción con la atención recibida y las competencias culturales, encontrando diferencias significativas en la satisfacción de los pacientes entre quienes percibían que el médico tenía mejor competencia cultural vs los que tenían bajo nivel de competencia cultural.

Nuestro resultado puede deberse a que el modelo SERVQUAL evalúa la calidad de servicio de manera global, abarcando aspectos de la atención médica que incluyen, pero no se limitan a, la competencia cultural (5). Es posible que factores como la infraestructura, la eficiencia administrativa y otros elementos del sistema de salud

influyan más en la percepción general de calidad del ES-AP. En cambio, la relación directa entre el médico y el paciente puede resaltar más las competencias interculturales específicas del médico, impactando de manera más notable en la satisfacción del paciente con la atención recibida (6). Esto sugiere que, mientras la competencia intercultural es vital, su efecto puede ser más perceptible y apreciado en interacciones individuales que en evaluaciones más amplias del servicio de salud. Además, este enfoque en la competencia cultural del médico complementa otros estudios que han examinado esta competencia a nivel institucional. Por ejemplo, autores como Millicent et al. (7) evaluaron la relación entre la satisfacción del paciente con la atención recibida por el médico y la competencia cultural del hospital en su conjunto, encontrando también una asociación estadísticamente significativa. Este contraste y complementariedad entre ambos niveles de análisis sugieren que, tanto la competencia cultural individual de los médicos, como la institucional son cruciales para mejorar la satisfacción del paciente.

Estos hallazgos abren las puertas a futuras investigaciones que podrían explorar cómo interactúan estas dos dimensiones de la competencia cultural y su impacto combinado en la satisfacción del paciente. Además, nos subrayan la necesidad de implementar intervenciones que integren formación cultural tanto a nivel individual como institucional para promover una atención más equitativa y efectiva en contextos culturalmente diversos.

Sin embargo, nuestros resultados distan de lo reportado por otros autores, como Thom et al. (8) quienes realizaron un ensayo clínico aleatorizado con 56 médicos y 429 pacientes donde aplicaron un programa de entrenamiento y feedback sobre competencias culturales al grupo de intervención de médicos para, posteriormente,

evaluar la satisfacción del paciente con la atención. No encontraron la misma relación que nuestro estudio; sin embargo, esto puede ser explicado, en primer lugar, por el diseño, ya que se realizó un ECA. Además, las competencias culturales no fueron medidas directamente, pues se sometió a los médicos a un programa de entrenamiento para desarrollar estas competencias y se midieron los resultados con una escala distinta a la aplicada en nuestro estudio. También dista de lo reportado por Cook et al. (9), donde solo el 11,3% de su muestra reportó estar insatisfecho con la atención recibida en consultorio, y esta no se asoció significativamente con las competencias culturales de los médicos. Esta diferencia puede deberse a la población estudiada, pues se incluyeron a pacientes considerados de minoría étnica en Estados Unidos, lo que abarcó afroamericanos, hispanos, europeos, etc. y del total de la muestra estudiada, 44 pacientes, solo 5 eran afrodescendientes. Por otro lado, para la evaluación de las competencias culturales, se empleó un instrumento desarrollado y validado por los propios autores.

En este estudio se halló un nivel de insatisfacción de 97,9%, lo que resulta de especial interés para los profesionales de salud y autoridades competentes debido a la creciente diversidad étnica y cultural en países como el Perú (10). La competencia cultural de los profesionales de la salud no solo mejora la calidad de la atención médica, sino que también promueve la equidad en salud. Los pacientes que sienten que sus antecedentes culturales y necesidades específicas son comprendidas y respetadas por sus proveedores de salud, son más propensos a seguir tratamientos, asistir a consultas de seguimiento y expresar sus preocupaciones, lo que a su vez mejora los resultados de salud (11). En el contexto de los usuarios afrodescendientes, que históricamente han enfrentado diversas formas de

discriminación y barreras para acceder a servicios de salud de calidad (12), abordar estas disparidades es crucial para avanzar hacia un sistema de salud más justo o, en su defecto, promover medidas para reducir la brecha (13).

Este estudio cuenta con limitaciones: 1) No se realizó una validación de los instrumentos que miden competencias culturales del médico percibidas por el paciente ni la satisfacción con la atención recibida, lo que podría introducir sesgos en las respuestas de los participantes; sin embargo, estos instrumentos incluyen preguntas o ítems que no van dirigidos a una población específica, en su lugar, tienen alcance global o general, lo que puede mitigar el posible sesgo de respuesta; 2) Al ser un estudio transversal, es susceptible a sesgos inherentes a este diseño, como la incapacidad para establecer relaciones causales, por lo que la implementación de estudios longitudinales podría proporcionar una comprensión más profunda de las relaciones observadas en nuestros resultados; 3) La muestra utilizada fue relativamente pequeña, lo que limita la generalización de los hallazgos. Esto se debe, en parte, a la dificultad de acceder a una población específica como la afrodescendiente en Lima Metropolitana y Callao, que puede estar subrepresentada en estudios debido a factores socioeconómicos y/o de accesibilidad. Para contrarrestar este efecto, sugerimos que futuras investigaciones empleen estrategias de muestreo más amplias y diversificadas, así como la colaboración con organizaciones comunitarias que puedan facilitar el acceso y la participación de un mayor número de individuos; 4) Existe la posibilidad de un sesgo de selección, ya que los participantes que eligieron responder pueden no ser representativos de la población afrodescendiente en general, para mitigar este

problema, se podrían emplear métodos de muestreo aleatorio más estrictos en futuras investigaciones en esta población.

En contraste con estas limitaciones, este estudio presenta fortalezas que refuerzan la validez y relevancia de sus hallazgos. Primero, la aplicación de un modelo multivariado permitió realizar un análisis más robusto de la asociación de interés, controlando por posibles factores de confusión. Segundo, la medición del desenlace se realizó de dos formas complementarias: utilizando el modelo SERVQUAL para evaluar la satisfacción con el servicio de atención primaria (ES-AP) y mediante una evaluación específica de la satisfacción con la atención recibida por el médico. Esta dualidad en la medición proporciona una visión más completa y matizada de la satisfacción de los pacientes, lo que enriquece la interpretación de los resultados y destaca la importancia de las competencias interculturales en diferentes contextos de la atención médica. Tercero, este estudio es uno de los primeros, sino el primero, en examinar la relación entre la competencia intercultural de los médicos y la satisfacción de los pacientes afrodescendientes en Perú, aportando datos valiosos y pioneros que pueden servir de base para futuras investigaciones y políticas de salud en el país.

VII. CONCLUSIONES

1. La presente investigación se propuso como objetivo central el evaluar la asociación entre la satisfacción de usuarios afrodescendientes y la percepción que estos tenían de la competencia intercultural de los médicos que los atendieron en establecimientos de salud de atención primaria en Lima Metropolitana y Callao, 2023. Partiendo de la relevancia que tiene la calidad de atención como característica inherente (debiera ser) de los servicios de salud, ya que es un trazador de que se está cumpliendo con lo establecido para la garantía de la atención.
2. Con relación a los resultados tras la aplicación de los instrumentos para la medición de las competencias culturales, por parte de los usuarios a los profesionales de salud, se encontró que la mayoría percibió que el médico que los atendió tenía competencias culturales sobre todo en lo relacionado a consciencia cultural; lo cual evidencia que, en cuanto a la relación individual médico-paciente esta no fue mala, reiteramos, de forma individual. 3. Sin embargo, cuando miramos la satisfacción del usuario con relación a la atención del establecimiento, la insatisfacción fue muy alta lo cual podría estar mediado por otros aspectos relacionados a la capacidad de satisfacción de la demanda, la infraestructura y los procesos administrativos o flujos establecidos en los establecimientos, así como la disponibilidad de insumos, medicamentos o equipos. Es por ello que no fue posible asociar si la alta insatisfacción estuvo relacionada con la ausencia o presencia de pertinencia cultural del establecimiento de salud.
3. Sin embargo, cuando miramos la satisfacción del usuario con relación a la atención del establecimiento, la insatisfacción fue muy alta lo cual podría estar mediado por otros aspectos relacionados a la capacidad de satisfacción de la demanda, la

infraestructura y los procesos administrativos o flujos establecidos en los establecimientos, así como la disponibilidad de insumos, medicamentos o equipos. Es por ello que no fue posible asociar si la alta insatisfacción estuvo relacionada con la ausencia o presencia de pertinencia cultural del establecimiento de salud.

4. Es pertinente destacar que, la presencia de percepción positiva del usuario de las competencias culturales del médico que los atendió, atenúa el impacto negativo del proceso de atención; ya que estas interacciones individuales son mejor valoradas que en evaluaciones más amplias del servicio de salud. Esto refuerza la idea de que las competencias culturales entonces son importantes para la satisfacción del usuario afrodescendiente.
5. La presencia de competencias culturales por parte de los profesionales de la salud no solo mejora la calidad de atención y la relación médico-paciente, sino que promueve también la equidad en salud; los pacientes que sienten que sus antecedentes culturales y necesidades específicas son comprendidas, respetadas y sobre todo aceptadas por los proveedores en salud, fortalecen la confianza en las recomendaciones recibidas por estos, así como ser más predispuestos a seguir los tratamientos, asistir de manera periódica a consultas de seguimiento, involucrar a la familia en la participación y recomendar posteriormente a estos profesionales a otros usuarios del mismo grupo étnico.
6. Siendo la población afrodescendiente un grupo étnico que ha enfrentado históricamente diversas formas de discriminación y barreras para acceder a servicios de salud de calidad, fortalecer las competencias culturales ayudaría a abordar estas disparidades; es importante para avanzar hacia un sistema de salud más justo o, en su defecto, promover medidas para reducir la brecha.

7. Por otro lado, hay una brecha importante que cerrar en materia de garantía de satisfacción del usuario a partir del sistema en su conjunto donde los establecimientos de salud, antes de pasar a un segundo plano de adecuación intercultural del mismo, primero deben garantizar que los flujos y procesos administrativos, así como la garantía de insumos, recursos y sobre todo lo más importante, todo el recurso humano (no solo el médico en los casos encontrados como favorables), garantice un trato humanizado, justo, equitativo y empático. Con ello se generarían las condiciones para el siguiente paso que es lograr competencias culturales.

VIII. RECOMENDACIONES.

1. Si bien los instrumentos usados para el recojo de la información, en concordancia con nuestros objetivos para esta investigación, han sido utilizados en otras investigaciones cuyos resultados refuerzan o se asemejan a los aquí encontrados, se recomienda que se haga una validación propia previa a la utilización a fin de estandarizar la percepción de competencia cultural que tienen los usuarios, de los profesionales de salud que los atienden y limitar posibles sesgos.
2. El hallazgo de un nivel tan elevado de insatisfacción de los servicios de salud, debe llamar la atención a los profesionales de salud, autoridades locales, regionales y nacionales a fin de que se tomen acciones tendientes a mejorar la calidad de atención; más aún en el contexto del país con una diversidad étnica y cultural creciente.
3. Se recomienda para futuras investigaciones ampliar la muestra a un mayor número de individuos a fin de poder reforzar la generalización de hallazgos sobre todo en lo relacionado a percepción de competencias culturales, ya que, para el caso de satisfacción de usuarios de los servicios recibidos por los establecimientos de salud, se cuenta con múltiples estudios; no así para la percepción de competencias culturales por la población afrodescendiente en nuestro país.
4. Se recomienda que posteriores estudios puedan abordar la identificación de competencias culturales para atender a la población afrodescendiente, en los propios profesionales de salud a fin de contrastarlo con la percepción del usuario; ya que se conoce poco para el caso de nuestro país, si las prácticas culturales relacionadas a la población afrodescendiente son las mismas a nivel nacional.

5. Es importante fortalecer el entrenamiento del personal de salud en competencias interculturales sobre todo en aquellos que desempeñan su trabajo en territorios donde existe concentración de población afrodescendiente.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med [Internet]. 1992 [cited 2023 Jan 24];14(3):236–49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1419201/>
2. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry [Internet]. 1988 Spring [cited 2023 Jan 24];25(1):25–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2966123/>
3. Johnstone M-J, Kanitsaki O. Culture, language, and patient safety: Making the link. Int J Qual Health Care [Internet]. 2006 [cited 2023 Jan 24];18(5):383–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16956931/>
4. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Prado-Galbarro FJ, Bendezu-Quispe G. Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. Rev Peru Med Exp Salud Pública [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 26];36(4):620–8. Available from: <https://www.scielo.org/article/rpmesp/2019.v36n4/620-628/es/>
5. Gouveia EAH, Silva R de O, Pessoa BHS. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 26];43(1 suppl 1):82–90. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/N9VB6SJs3Yxfnyyv3kQcDbt/abstract/?lang=pt>
6. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Silva-Fernández M. Competencias interculturales en la atención primaria de salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. Cad Saude Publica [Internet].

2019;35(1):e00120818. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00120818>

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Etnicidad, Antecedentes Lingüísticos y la Salud Materno Infantil en el Perú. Lima: INEI; 2007. Available from: <https://www.grade.org.pe/publicaciones/761-etnicidad-antecedentes-linguisticos-y-la-salud-materno-infantil-en-el-peru/>
8. Del Simposio: Interculturalidad en Salud P. Simposio: interculturalidad en salud [Internet]. Org.pe. 2010 [cited 2023 Jan 26]. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v27n1/a13v27n1.pdf>
9. Betancourt JR, Green AR. Commentary: Linking cultural competence training to improved health outcomes: Perspectives from the field. Acad Med [Internet]. 2010;85(4):583–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/acm.0b013e3181d2b2f3>
10. Decreto Supremo N° 016-2016-SA. Política Sectorial de Salud Intercultural. Diario Oficial El Peruano [Internet]. Lima, Perú. 2 de abril de 2016. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/192483-016-2016-sa>
11. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE, Ananeh-Firempong O, 2nd. Defining cultural competence: a practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. Public Health Rep [Internet]. 2003;118(4):293–302. Available from: <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
12. Grupo de Análisis para el Desarrollo-Ministerio de Cultura. Estudio Especializado sobre Población Afroperuana. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo-Ministerio de Cultura; 2014. Available from: https://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/LIBRO_EEPA_mincugrade.pdf

13. Vincx L, Geysels L. Enfoques de género e interculturalidad en salud: una metodología para cubrir la necesidad de su apropiación sostenible en el Perú. *An Fac Med (Lima Peru)* [Internet]. 2019;80(1):92–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v80i1.15709>
14. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2012;13(3):181–4. Available from: <https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
15. Purnell L. The Purnell model for cultural competence. *J Transcult Nurs* [Internet]. 2002;13(3):193–6. Available from: <https://doi.org/10.1177/10459602013003006>
16. Decreto Supremo N° 016-2016-SA. Política Sectorial de Salud Intercultural. *Diario Oficial El Peruano* [Internet]. Lima, Perú. 2 de abril de 2016. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/192483-016-2016-sa>
17. Clarke SK, Jaffe J, Mutch R. Overcoming communication barriers in refugee health care. *Pediatr Clin North Am* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 24];66(3):669–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31036242/>
18. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001. ISBN: 985-87853-63-5. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>
19. Malgesini G, Giménez C. Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad. Madrid, España: Los Libros de la Catarata; 2000.
20. Lipson JG, Dibble SL, editors. *Culture & clinical care*. San Francisco: UCSF Nursing Press; 2005.
21. Austin T. Para comprender el concepto de cultura [Internet]. Departamento de Educación Continua, Pontificia Universidad Javeriana. 2010 [cited 2023 Jan 26].

Available

from:

http://javeriana.edu.co/arquidis/educacion_continua/documents/Cultura-Lectura.pdf

22. Bernabé Villodre Md. Pluriculturalidad, multiculturalidad e interculturalidad, conocimientos necesarios para la labor docente. Rev Educ Hekademos [Internet]. 2012;67-76. Available from: <https://www.hekademos.edu>
23. Boccara G. Antropología Diacrónica. Dinámicas culturales, procesos históricos y poder político. En: Boccara G, Galindo S, editors. Lógicas mestizas en América. Temuco, Chile: Instituto de Estudios Indígenas; 1999. p. 11-59.
24. Stavenhagen R. VI Coloquio internacional de educación en derechos humanos y encuentro latinoamericano preparatorio a la conferencia mundial de la Asociación Internacional de Educadores para la Paz. Puebla: 10–12 julio; 2002.
25. Páez D, Zubieta E. Psicología social, cultura y educación. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2003.
26. Bohannan P, Glaze M. Antropología. Lecturas. Madrid, España: Editorial McGraw-Hill; 1993.
27. Harris M. El Desarrollo de la Teoría Antropológica. Historia de las Teorías de la Cultura. Madrid, España: Editorial Siglo XXI; 1996.
28. Malinowski B. La Cultura. Clásicos y Contemporáneos en Antropología. México: CIESAS-UAM-U; 1993. Editorial McGraw-Hill.
29. Wuthnow R, Davison Hunter J, Bergesen A, Kurzweil E. Introducción. In: Wuthnow R, Davison Hunter J, Bergesen A, Kurzweil E, editors. Análisis cultural: la obra de Peter Berger, Mary Douglas, Michel Foucault y Jürgen Habermas. Buenos Aires: Paidós; 1988. p. 9-29.

30. Appadurai A. La Modernidad Desbordada. Dimensiones culturales de la globalización. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica; 2001.
31. Giménez C. Pluralismo, multiculturalismo e interculturalidad. Propuesta de clarificación y apuntes educativos. Educ Futur Rev Investig Aplicada Exper Educ [Internet]. 2003 [cited 2024 Dec 19];8:9–26. Available from: <http://www.educacionfuturo.com>
32. Velarde C. Acerca de la cultura y la interculturalidad. Lima: Encuentros: Casa de la Juventud; 2003.
33. Bartolomé M. Interculturalidad y territorialidades confrontadas en América Latina. Runa [Internet]. 2010 [cited 2024 Dec 19];31(1):9–29. Available from: <https://revistas.uns.edu.ar>
34. Luna F. Interculturalidad. Un desafío permanente. Lima: CAAAP; 2006.
35. Mújica L. Aculturación, inculturación e interculturalidad. Rev Biblioteca Nac Perú [Internet]. 2002 [cited 2024 Dec 19];43–44. Available from: <http://www.bnp.gob.pe>
36. Aguirre C. Breve historia de la esclavitud en el Perú. Lima: Fondo Editorial del Congreso; 2010.
37. Langdon EJ, Wiik FB. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud [Internet]. Scielo.br [cited 2024 May 28]. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhwvjTB/?format=pdf&lang=es>
38. Jean E, Braune F. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. Rev Latinoam Enferm [Internet].

- 2010 [cited 2024 May 29];18(3):177–85. Available from:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhwvjTB/?format=pdf>
39. Newman DJ, Cragg GM, Snader KM. The influence of natural products upon drug discovery (Antiquity to late 1999). *Nat Prod Rep* [Internet]. 2000 [cited 2024 May 29];17(3):215–34. Available from:
<https://pubs.rsc.org/en/content/articlelanding/2000/np/a902202c>
 40. Moreno L. Sistemas o esquemas de atención a la salud. Extraído del sitio Web de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de México, Departamento de Salud Pública. (s.f.). Available from:
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/16.pdf>
 41. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra; 2006 Oct. Available from:
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
 42. Comelles J. Diversidad y práctica médica en el s. XXI. En: Fernández G, editor. *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito: Abya-Yala; 2004. p. 65–74.
 43. Junge P. Nuevos paradigmas en la Antropología Médica. Simposio realizado en el IV Congreso Chileno de Antropología del Colegio de Antropólogos de Chile, Santiago, Chile: LOM; Nov 2001.
 44. Moreno-Altamirano L. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2007 [cited 2024 May 29];49(1):63–70. Available from:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009

45. Campos R. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En: Fernández G, editor. Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Quito: Abya-Yala; 2004. p. 65–74.
46. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical [Internet]. Scielosp.org [cited 2024 May 29]. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2009.v26n4/368-376/es>
47. Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS. XXXVII Reunión (1993). Resolución CD37.R5. Salud de los pueblos indígenas. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7015/15688.pdf?sequence=1>
48. Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS. 138.a Sesión del Comité Ejecutivo. CE138/13. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. [Washington, D.C., 12 de junio de 2006].
49. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(4):368–76.
50. Matos C, Denisse D. Factores relacionados al proceso de diseño de la política de salud intercultural en el Perú. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2017.
51. Stein E, Tomassi. Capítulo 2: “Un enfoque metodológico para comprender la política de las políticas. En: La política de las políticas públicas: progreso económico y social en América Latina: Informe 2006. Washington, D.C.: BID.

52. Majone G. Capítulo VII: El desarrollo de las políticas. En: Evidencia, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas. México: FCE; 1997.
53. Presidencia del Consejo de Ministros. Decreto supremo N° 015-2001-PCM, que aprueba la Creación de la Comisión Especial Multisectorial encargada de estudiar los problemas de las comunidades nativas y de la Amazonía. Lima; 2001.
54. Organización de Naciones Unidas – ONU. Convenio N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. 2a ed. Lima: OIT; 2007.
55. Gómez Acuña L. La esclavitud en el Perú colonial. Apunt Rev Cienc Soc [Internet]. 2001 [cited 2024 May 30];(48):29–52. Available from: <http://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/505>
56. Carazas M. Estudios Afroperuanos. Lima: CEDET, Centro de Desarrollo Étnico; 2011.
57. Rodríguez P. Negritud. Afroperuanos: Resistencia y existencia - LIBROS PERUANOS [Internet]. Librosperuanos.com [cited 2024 May 28]. Available from: <https://www.librosperuanos.com/libros/detalle/16547/Negritud.-Afroperuanos-Resistencia-y-existencia>
58. Luciano H. Los afroperuanos: racismo, discriminación e identidad. Lima: CDET, Centro de Desarrollo Étnico; 2012.
59. Bowser FP III. Negro slavery in colonial Peru, 1529-1650. Doctoral Dissertation. Berkeley: University of California; 1967.
60. Reid Andrews G. Afro–Latinoamérica, 1800-2000. Madrid: Iberoamericana Editorial Vervuert; 2007.
61. Flores Guzmán RA. Asientos, compañías, rutas, mercados y clientes: Estructura del tráfico de esclavos a fines de la época colonial (1770-1801). En: O’Phelan S,

- coordinadora. Etnicidad y discriminación racial en la Historia del Perú. Lima: Instituto Riva Agüero/Banco Mundial; 2003. p. 11-42.
62. Tardieu J-P. El decreto de Huancayo: la abolición de la esclavitud en El Perú, 3 de diciembre de 1854. Lima: Fondo Editorial del Congreso de la República; 2004.
 63. Ramírez O. Marcos normativos en América Latina Afrodescendientes, cultura y el poder en las Constituciones y las leyes. Lima: UNMSM; 2002 Aug. 87 p.
 64. Zoninsein J. The Economic Case for Combating Racial and Ethnic Exclusion in Latin American and Caribbean Countries. Informe de Investigación Banco Interamericano de Desarrollo; 2001 May. [cited 2010 Aug 19]. Available from: <https://www.iadb.org>
 65. Perú - INEI. Perú: Resultados Definitivos de los Censos Nacionales 2017 [Internet]. Lima: INEI; 2017 [cited 2024 May 30]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/
 66. Ministerio de Cultura. Decreto Supremo N.º 004-2015-MC, que Declara de Interés Nacional la atención prioritaria respecto del pleno disfrute de los Derechos Fundamentales de la Población Afroperuana. Lima: Ministerio de Cultura; 2015.
 67. Grebe M. Culturas indígenas de Chile. Un estudio preliminar. En: Denman C, Haro J, editores. Por los rincones: antología de métodos cualitativos en investigación social. Hermosillo: El Colegio de Sonora; 1998. p. 113-145.
 68. Arrelucea B, Cosamalón JA. La presencia afrodescendiente en el Perú. Siglos XVI-XX. Lima: CEDET; 2015.
 69. Estenssoro JC. Música y comportamiento festivo de la población negra en Lima colonial. 1988. Available from: <https://bit.ly/35eL5cK>

70. Helg A, Carvalho JJ, Babalola O, Gómez T, Stubbs J, Celestino O, Rappaport JU. Utopía para los excluidos: el multiculturalismo en África y América Latina. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2004. Available from: <https://bit.ly/3kcALsi>
71. Bello A. Secretaría Conjunta Pre Conferencia Santiago + 5 Contra el Racismo, la Xenofobia, la Discriminación y la Intolerancia. Santiago de Chile: CEPAL; 2005.
72. Benavides M, Sarmiento P, Valdivia N, Moreno M. ¡Aquí estamos! ¡Niñas, niños y adolescentes afroperuanos! Lima: CEDET, Plan Internacional, UNICEF; 2013.
73. Guevara W. Situación de salud y estado de la medicina tradicional en la población afrodescendiente de Chíncha a un año del sismo. 2008. Available from: <http://bvs.per.paho.org/SCT/SCT2009-006/SCT2009-006.pdf>
74. Benavides M, Ponce C, Mena M. Estado de la niñez en el Perú 2011. Lima: UNICEF, INEI; 2011.
75. Benavides M, Risso Brandon F, Etesse M. Violencia infantil, enfermedades y desnutrición en la niñez afroperuana. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo - Fundación Bernard van Leer; 2011.
76. Centro de Desarrollo Étnico - CEDET. La población afroperuana y los derechos humanos. Lima: CEDET; 2008.
77. Slater AM, Estrada F, Suarez-Lopez L, de la Vara-Salazar E, Campero L. Overall user satisfaction with family planning services and associated quality care factors: a cross-sectional analysis. *Reprod Health*. 2018;15(1):172.
78. Karim RM, Abdullah MS, Rahman AM, Alam AM. Identifying influence of perceived quality and satisfaction on the utilization status of the community clinic services; Bangladesh context. *Bangladesh Med Res Counc Bull*. 2015;41(1):1-12.

79. Edvardsson D, Watt E, Pearce F. Patient experiences of caring and person-centredness are associated with perceived nursing care quality. *J Adv Nurs*. 2017;73(1):217-227.
80. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:e1717.
81. You LM, Aiken LH, Sloane DM, et al. Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):154-161.
82. Wilde B, Starrin B, Larsson G, Larsson M. Quality of Care from a Patient Perspective. *Scand J Caring Sci*. 1993;7(2):113-120.
83. Grøndahl VA, Kirchhoff JW, Andersen KL, Sørby LA, Andreassen HM, Skaug EA, Roos AK, Tvette LS, Helgesen AK. Health care quality from the patients' perspective: a comparative study between an old and a new, high-tech hospital. *J Multidiscip Healthc*. 2018;11:591-600.
84. Sánchez-Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31(4):747-753.
85. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud pública Méx*. 2011;53(0):s243-s254.
86. Pascoe G. Patient satisfaction in primary care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*. 1983;6:185-210.
87. Perú, Ministerio de Salud. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud: Documento técnico RM 519-2006 [Internet]. Lima: MINSA; 2007 [citado 2014 Feb 19].

Available

from:

<http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/SistemaGestiondeLaCalidad.pdf>

88. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Serv Res.* 1992 Feb;26:767-786.
89. Regaira E, Sola M, Goñi R, Del Barrio M, Margall MA, Asiain MC. La calidad asistencial en cuidados intensivos evaluada por los pacientes mediante la escala SERVQUAL. *Enferm Intensiva.* 2010;21(1):3-10.
90. Edwards C, Staniszezwska S. Accessing the user's perspective. *Health Soc Care Community.* 2000;8(6):417-424.
91. Traverso-Yèpez M, Morais NA. Reinviando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad Saude Publica.* 2004;20(1):80-8.
92. Torres A, Mejía M, Chipia J. Calidad de la atención en medicina de familia. Centro de atención médica integral de la Universidad de Los Andes. *Avan Biomed.* 2017;6:178-87.
93. Michalopoulou G, Falzarano P, Arfken C, Rosenberg D. Physicians' cultural competency as perceived by African American patients. *J Natl Med Assoc.* 2009 Sep 1;101(9):893-9.
94. Govere L, Govere EM. How effective is cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review of literature. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2016 Dec 1;13(6):402-10.
95. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2014

- May 5 [cited 2024 Dec 18];2014(5). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009405.pub2/full>
96. Wang JV, Ross N, Keller M. Evaluating cultural competency and patient satisfaction in an urban dermatology clinic. *Dermatol Online J*. 2017;23(6):18-9.
 97. Jonkisz A, Karniej P, Krasowska D. SERVQUAL method as an “old new” tool for improving the quality of medical services: A literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Oct 13;18(20):10758. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/20/10758/html>
 98. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014 May 5 [cited 2024 Dec 18];2014(5). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009405.pub2/full>
 99. Alfred M, Ubogaya K, Chen X, Wint D, Worral PS. Effectiveness of culturally focused interventions in increasing the satisfaction of hospitalized Asian patients: A systematic review. *JB I Database Syst Rev Implement Rep* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2024 Dec 18];14(8):219-56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27635753/>
 100. Thom DH, Tirado MD, Woon TL, McBride MR. Development and evaluation of a cultural competency training curriculum. *BMC Med Educ* [Internet]. 2006 Jul 26 [cited 2024 Dec 18];6:38. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1555583/>

101. Cook CT, Kosoko-Lasaki O, O'Brien R. Satisfaction with and perceived cultural competency of healthcare providers: The minority experience. [cited 2024 Dec 18]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16173322/>
102. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. [cited 2024 Dec 18]. Available from: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/poblacion-peruana-alcanzo-los-33-millones-de-habitantes-en-el-ano-del-bicentenario-12969/>
103. Nair L, Adetayo OA. Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plast Reconstr Surg Glob Open* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2024 Dec 18];7(5):E2219. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31333951/>
104. Brach C, Fraserirector I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. *Med Care Res Rev* [Internet]. 2000 [cited 2024 Dec 18];57 Suppl 1(Suppl 1):181-217. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11092163/>
105. Improving cultural competence to reduce health disparities [Internet]. [cited 2024 Dec 18]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27148614/>

X. ANEXOS

Tabla 1: Características de los participantes

	Media (SD)	N (%)
Sexo		
Femenino		92 (63,9)
Masculino		52 (36,1)
Edad	47,4 (10,9)	
Estado civil		
Soltero		25 (17,4)
Casado		59 (41,0)
Viudo		6 (4,2)
Divorciado		7 (4,9)
Conviviente		47 (32,6)
Nivel educativo		
Secundaria		101 (70,1)
Superior		43 (29,9)
Tipo de seguro		
SIS		115 (79,9)
EsSalud		29 (20,1)
Centro de salud		
Lima		106 (73,6)
Callao		38 (26,4)
Concordancia racial con el médico		
Sí		4 (2,8)
No		140 (97,2)

Tabla 2: Puntuaciones de escalas aplicadas

	Media (SD)	N (%)
Comunicación médico-paciente	4,1 (0,4)	
Participación del paciente	4,1 (0,4)	
Tiempo de espera para la atención y resultados de exámenes	4,1 (0,4)	
Puntaje global PCAT	2,1 (0,3)	
Primer contacto	2,3 (0,3)	
Continuidad	2,2 (0,3)	
Coordinación	2,3 (0,5)	
Integralidad o globalidad	2,7 (0,5)	
Enfoque familiar	1,8 (0,5)	
Orientación comunitaria	1,8 (0,4)	
Puntaje total de Competencias culturales percibidas	4,0 (0,5)	
Conciencia cultural	4,2 (0,6)	
Conocimiento cultural	3,8 (0,5)	
Habilidad cultural	4,0 (0,5)	
Satisfacción global del usuario externo		
Satisfecho		3 (2,1)
Insatisfecho		141 (97,9)
Satisfacción del usuario externo según dimensiones		
Fiabilidad		
Satisfecho		37 (25,7)
Insatisfecho		107 (74,3)
Capacidad de respuesta		
Satisfecho		3 (2,1)
Insatisfecho		141 (97,9)
Seguridad		
Satisfecho		36 (25)
Insatisfecho		108 (75)
Empatía		
Satisfecho		15 (10,4)
Insatisfecho		129 (89,6)
Aspectos tangibles		
Satisfecho		13 (9,0)
Insatisfecho		131 (91,0)

Satisfacción del usuario con la atención del médico

Satisfecho	72 (50)
Insatisfecho	72 (50)

Tabla 3: Análisis bivariado de la satisfacción con la calidad de atención del establecimiento de salud

	Satisfechos		No satisfechos		Valor p
	Media (DS)	N (%)	Media (DS)	N (%)	
Sexo					0,045
Femenino		0 (0)		92 (100)	
Masculino		3 (5,8)		49 (94,2)	
Edad	47,4 (4,7)		47,2 (10,9)		0,264
Estado civil					0,835
Soltero		1 (4)		24 (96)	
Casado		1 (1,7)		58 (98,3)	
Viudo		0 (0)		6 (100)	
Divorciado		0 (0)		7 (100)	
Conviviente		1 (2,1)		46 (97,9)	
Nivel educativo					0,212
Secundaria		1 (1,0)		100 (99)	
Superior		2 (4,7)		41 (95,4)	
Tipo de seguro					1,000
SIS		3 (2,6)		112 (97,4)	
EsSalud		0 (0)		29(100)	
Centro de salud					1,000
Lima		2 (1,9)		104 (98,1)	
Callao		1 (2,6)		37 (97,4)	
Comunicación médico-paciente	5 (0)		4,1 (0,4)		< 0,001
Participación del paciente	4,6 (0,5)		4,0 (0,4)		0,028
Tiempo de espera para la atención y resultados de exámenes	4,3 (0,2)		4,1 (0,4)		0,523
PCAT global	2,6 (0,1)		2,1 (0,3)		0,001
Primer contacto	2,6 (0,2)		2,2 (0,3)		0,105
Continuidad	2,3 (0,3)		2,2 (0,3)		0,440
Coordinación	3 (0,25)		2,3 (0,5)		0,016

Integralidad o globalidad	3,6 (0,5)	2,7 (0,4)	<0,001
Enfoque familiar	2,5 (0)	1,8 (0,5)	0,014
Orientación comunitaria	2,3 (0,6)	1,8 (0,4)	0,057
Puntaje total de la competencia intercultural percibida	4,2 (0,4)	3,9 (0,5)	0,370
Conciencia cultural	4,1 (0,7)	4,2 (0,6)	0,798
Conocimiento cultural	4 (0,3)	3,8 (0,6)	0,551
Habilidad cultural	4,6 (0,4)	3,9 (0,5)	0,029
Satisfacción del usuario externo (dimensiones)			
Fiabilidad			0,593
Satisfecho	1 (2,7)	36 (97,3)	
Insatisfecho	2 (1,9)	105 (98,1)	
Capacidad de respuesta			0,001
Satisfecho	2 (66,7)	1 (33,3)	
Insatisfecho	1 (0,71)	140 (99,3)	
Seguridad			0,015
Satisfecho	3 (8,3)	33 (91,7)	
Insatisfecho	0 (0)	108 (100)	
Empatía			0,001
Satisfecho	3 (20)	12 (80)	
Insatisfecho	0 (0)	129 (100)	
Aspectos tangibles			0,022
Satisfecho	2 (15,4)	11 (84,6)	
Insatisfecho	1 (0,8)	130 (99,2)	

Tabla 4: Descripción de la variable satisfacción de la calidad del servicio medida numéricamente

	Media (DS)	Mediana (p25 a p75)	Mínimo	Máximo
SERVQUAL global	-16,8 (8,3)	-16 (-21 a -11)	-41	9
Fiabilidad	-2,3 (2,6)	-2 (-4 a 0)	-10	3
Capacidad de respuesta	-5,0 (2,6)	-5 (-7 a -3)	-12	2
Seguridad	-2,3 (2,1)	-2 (-4 a -0,5)	-9	2
Empatía	-3,7 (2,6)	-4 (-5 a -2)	-10	5
Aspectos tangibles	-3 ,5 (2,3)	-4 (-5 a -2)	-9	4

Tabla 5: Análisis bivariado de acuerdo a la satisfacción con la calidad de atención recibida por el médico

	Satisfechos		No satisfechos		Valor p
	Media (DS)	N (%)	Media (DS)	N (%)	
Sexo					0,729
Femenino		45 (49)		47 (51)	
Masculino		27 (51,9)		25 (48,1)	
Edad	47,7 (10,3)		47,1 (11,5)		0,760
Estado civil					0,110
Soltero		10 (40)		15 (60)	
Casado		30 (50,9)		29 (49,2)	
Viudo		1 (16,7)		5 (83,3)	
Divorciado		2 (28,6)		5 (71,4)	
Conviviente		29 (61,7)		18 (38,3)	
Nivel educativo					0,202
Secundaria		54 (53,5)		47 (46,5)	
Superior		18 (41,9)		25 (58,1)	
Tipo de seguro					0,299
SIS		60 (52,2)		55 (47,8)	
EsSalud		12 (41,4)		17 (58,6)	
Centro de salud					0,449
Lima		51 (48,1)		55 (51,9)	
Callao		21 (55,3)		17 (44,7)	
Comunicación médico-paciente	4,3 (0,4)		3,9 (0,3)		<0,001
Participación del paciente	4,2 (0,4)		3,9 (0,4)		<0,001

Tiempo de espera para la atención y resultados de exámenes	4,2 (0,3)	4,1 (0,4)	0,349
PCAT global	2,1 (0,3)	2,1 (0,3)	0,154
Primer contacto	2,3 (0,3)	2,3 (0,3)	0,932
Continuidad	2,2 (0,3)	2,2 (0,3)	0,159
Coordinación	2,4 (0,5)	2,3 (0,5)	0,225
Integralidad o globalidad	2,8 (0,5)	2,6 (0,4)	0,008
Enfoque familiar	1,9 (0,5)	1,8 (0,5)	0,161
Orientación comunitaria	1,8 (0,4)	1,9 (0,5)	0,711
Competencia intercultural percibida			<0,001
Baja	7 (14,6)	41 (85,4)	
Alta	65 (67,7)	31 (32,3)	
