



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Barreras lingüísticas y culturales en la atención hospitalaria: la
experiencia de pacientes quechua-hablantes, 2025

Linguistic and cultural barriers in hospital care: the experience of
Quechua-speaking patients, 2025

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD

AUTORA

CARMEN LIZBET BEGAZO SOLIS

ASESOR

FERNANDO ENRIQUE DURAND CONCHA

LIMA – PERÚ

2026



DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	BGAZO SOLIS CARMEN LIZBET

Pertenciente al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD**, autora del proyecto de investigación titulado: **Barreras lingüísticas y culturales en la atención hospitalaria: la experiencia de pacientes quechua-hablantes, 2025**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD**, bajo la modalidad de **Proyecto de investigación**.


En calidad de docente asesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	DURAND CONCHA FERNANDO ENRIQUE	MEDICINA	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **12%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3465236660**; fecha de entrega: **26/01/2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 26 de enero del 2026**


Firma del asesor

N° DNI: 09425278

ORCID: 0000-0003-3203-0311

2. RESUMEN

El Perú es una nación con profunda diversidad lingüística, pero sus servicios de salud operan frecuentemente desde una perspectiva monolingüe y monocultural, generando barreras significativas para los pacientes quechua-hablantes, especialmente en regiones como Cusco. Esta desconexión vulnera la calidad de la atención, socava la relación terapéutica y los derechos del paciente. El objetivo general del estudio es comprender y analizar estas barreras lingüísticas y culturales desde la perspectiva y la experiencia vivida de los pacientes quechua-hablantes y sus familiares durante la atención hospitalaria en hospitales de referencia de la región de Cusco. Se empleará un estudio cualitativo con diseño fenomenológico-interpretativo, centrado en los significados que los participantes relacionen en base a sus experiencias. La población de estudio estará constituida por pacientes y familiares quechua-hablantes, mayores de 18 años, atendidos en el Hospital Regional del Cusco o el Hospital Antonio Lorena durante meses de enero a diciembre del 2025. Se utilizará un muestreo intencional y por conveniencia, complementado con la técnica de bola de nieve, incorporando nuevos participantes hasta alcanzar la saturación teórica de la información. Los datos se recolectarán mediante entrevistas semiestructuradas, aplicadas en un lugar privado y conveniente, y serán grabados en audio, transcritos textualmente y, en el caso de entrevistas realizadas en quechua, traducidos al español por personal bilingüe. El análisis de datos seguirá un proceso de análisis temático, con codificación abierta y elaboración de categorías y temas emergentes.

Palabras clave: Barreras de Acceso a los Servicios de Salud; Comunicación en Salud; Perú.

3. INTRODUCCIÓN

El Perú es una nación definida por su profunda diversidad cultural y lingüística. La Constitución Política reconoce esta pluralidad y establece el deber del Estado de protegerla. (1) No obstante, el reconocimiento formal a menudo contrasta con una realidad marcada por la exclusión histórica de los pueblos indígenas y sus lenguas.

(2)

Según los datos del Censo Nacional de 2017, realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 13.9% de la población peruana de cinco años o más aprendió a hablar en quechua, lo que representa a más de 3.7 millones de personas. (3, 4) Esta cifra, aunque significativa, no captura la totalidad de la realidad lingüística, ya que más de 5.7 millones de peruanos, equivalentes al 22.3% de la población, se autoidentifican como quechua, evidenciando una identidad cultural que trasciende el uso exclusivo de la lengua. (4)

Esta realidad demográfica es particularmente acentuada en la región andina, y de manera importante en el departamento de Cusco. Considerado el corazón del antiguo Tahuantinsuyo, Cusco mantiene una herencia cultural donde el quechua no es una lengua minoritaria, sino la forma principal de comunicación, cohesión social y transmisión de saberes para una vasta porción de su población. Los datos censales confirman que más de la mitad de la población del departamento de Cusco tiene el quechua como lengua materna. (5) En algunas provincias y distritos de la región, el castellano funciona como una segunda lengua, utilizada principalmente para interacciones con el Estado y el comercio en centros urbanos, mientras que el quechua domina la vida comunitaria, familiar y personal. (6) Sin embargo, los

servicios públicos, incluidos los servicios de salud, se han diseñado e implementado históricamente desde una perspectiva monolingüe y monocultural, asumiendo el castellano como el idioma por defecto. (7)

Esta desconexión entre la realidad sociolingüística de la población y la configuración del sistema de salud genera disonancia. Para un paciente quechua-hablante monolingüe o con dominio limitado del castellano, el hospital de referencia, una institución que debería garantizar su derecho a la salud, se convierte en un espacio lingüística y culturalmente extranjero dentro de su propia región. (8)

La interacción en el ámbito de la salud deja de ser un servicio directo para transformarse en un complejo proceso de traducción y negociación, donde la carga de la comunicación recae casi exclusivamente sobre el paciente y su familia. (9)

Esta situación no solo representa una barrera de acceso, sino que también constituye una forma de discriminación estructural que socava la confianza y la eficacia de la atención médica. (10)

Según Edward T. Hall (11), las diferencias entre contextos de alta y baja contextualización afectan las dinámicas de la comunicación intercultural; en entornos hospitalarios multiculturales, tales diferencias pueden intensificar los malentendidos y contribuyen a la perpetuación de jerarquías implícitas, especialmente debido a barreras lingüísticas y culturales

Se entiende por barrera lingüística aquellos obstáculos en la interacción clínica originados por la ausencia de códigos comunicativos compartidos entre paciente y personal de salud, lo que dificulta la descripción y comprensión de síntomas, instrucciones y emociones (11).

La competencia comunicativa implica la capacidad del personal de salud de emplear recursos verbales y no verbales, así como estrategias de adaptación cultural, para garantizar la comprensión mutua en contextos hospitalarios multiculturales (12). Se resalta la importancia de la actitud reflexiva ante los propios prejuicios, el uso de intérpretes y el desarrollo de habilidades lingüísticas en la lengua originaria del paciente como pilares de una atención de calidad y verdaderamente intercultural.

El Estado peruano ha desarrollado un marco normativo progresista en las últimas décadas para abordar las inequidades históricas que afectan a los pueblos indígenas. En el ámbito de los derechos lingüísticos y la pertinencia cultural en los servicios públicos, destacan dos instrumentos principales. La Ley N.º 29735, "Ley que regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú", establece el derecho de toda persona a usar su lengua originaria en todos los ámbitos, tanto públicos como privados, y obliga a las entidades estatales a garantizar la disponibilidad de personal para la atención en lenguas indígenas y a implementar servicios de interpretación y traducción. (13) Además, la Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural establece que los servicios públicos deben adaptarse a la diversidad cultural de la población y garantizar el cumplimiento de sus derechos. (1)

En el sector salud, se vio por conveniente la creación de la Dirección de Pueblos Indígenas u Originarios (DPI) del Ministerio de Salud y la emisión de normas específicas para adecuar la organización y la atención en los establecimientos a nivel nacional. (14) Asimismo, existe un proceso de calificación para que ciertos establecimientos sean reconocidos como "establecimientos de salud con pertinencia

cultural”, lo cual implica cumplir con criterios como uso de señalética bilingüe, adecuación de espacios físicos y capacitación del personal. (15)

A pesar de la existencia de estos intentos para lograr la interculturalidad, la evidencia disponible revela una brecha entre lo teórico y la práctica. Un informe periodístico del año 2023 señaló que, a nivel nacional, solo 45 establecimientos de salud habían logrado la acreditación con pertinencia cultural, lo que representa menos del 1% del total de centros y puestos de salud del país. (16) Para la región de Cusco, el epicentro demográfico quechua, la situación es igualmente precaria: solo cinco establecimientos, mayoritariamente del primer nivel de atención, han sido acreditados. (16)

Esta interculturalidad de fachada crea una peligrosa ilusión de avance que enmascara la continuidad de las prácticas excluyentes. Permite al sistema de salud deslindar su responsabilidad, al poder señalar la existencia de una política como prueba de su compromiso, mientras que los pacientes continúan enfrentando las mismas barreras de siempre. (9) La falta de contratación de intérpretes profesionales, la ausencia de incentivos para que el personal de salud aprenda la lengua local, y la resistencia a modificar protocolos clínicos para acomodar prácticas culturales, como el parto vertical, son manifestaciones de esta brecha. (17-19)

De todas las barreras que enfrentan los pacientes quechua-hablantes, la lingüística es quizás la más inmediata e importante, pues se manifiesta en cada interacción dentro del hospital, desde el triaje hasta el alta. (9) Esta barrera no es un simple problema de traducción de términos; es una fractura en la comunicación que

transforma la relación terapéutica, socava la calidad de la atención y vulnera los derechos más básicos del paciente. La ausencia de personal de salud bilingüe o de servicios de interpretación profesional es la norma en los hospitales peruanos, una omisión que tiene consecuencias clínicas, éticas y emocionales devastadoras. (4, 20)

En este estudio, se entiende por barrera lingüística el conjunto de obstáculos que surgen cuando el paciente y el personal de salud no comparten códigos comunicativos suficientes para intercambiar información clínica de manera clara, oportuna y bidireccional, afectando la comprensión de síntomas, diagnósticos y tratamientos. La pertinencia cultural en salud se concibe como el grado en que los servicios, las interacciones clínicas y los entornos hospitalarios logran reconocer, respetar y acomodar las creencias, prácticas y valores de la población quechua-hablante, de modo que la atención resulte coherente con su cosmovisión y sus formas de cuidado tradicionales. Por otro lado, se entiende que la competencia comunicativa y cultural del personal de salud como la capacidad de comunicarse de manera clara con pacientes que hablan otra lengua y provienen de un contexto cultural distinto, usando nociones básicas de quechua cuando sea posible, recurriendo de forma organizada a intérpretes u otros apoyos para la traducción.

Clínicamente, la imposibilidad de comunicarse eficazmente compromete todos los aspectos del proceso de atención. Un paciente que no puede describir sus síntomas con precisión o entender las preguntas del médico puede recibir un diagnóstico tardío o erróneo. (9) Las indicaciones para la toma de medicamentos, la preparación para un procedimiento quirúrgico o las recomendaciones de cuidado en el hogar pueden ser malinterpretadas, llevando a una baja adherencia al tratamiento, a la

ocurrencia de eventos adversos o al fracaso terapéutico. (21) El principio ético del consentimiento informado se vuelve una farsa cuando el paciente no comprende la naturaleza de su enfermedad, las opciones de tratamiento, los riesgos y los beneficios, y asiente a un procedimiento por simple deferencia a la autoridad o por la presión del momento, sin una autonomía real. (22)

Desde una perspectiva de derechos, la atención en un idioma que el paciente no comprende es una forma de discriminación. (10) La Defensoría del Pueblo ha señalado repetidamente que los establecimientos de salud deben garantizar la atención en la lengua originaria de las comunidades, pues lo contrario constituye una vulneración del derecho a la salud con pertinencia intercultural. (23) Sin embargo, esta obligación es sistemáticamente ignorada, lo que refleja una jerarquía implícita donde la comunicación con un paciente hispanohablante se considera un requisito indispensable, mientras que la comunicación con un paciente quechua-hablante se ve como un extra deseable pero no esencial. (7)

Esta barrera redefine la dinámica de poder en el encuentro clínico. El paciente, que ya se encuentra en una posición vulnerable debido a su enfermedad, es despojado de su capacidad de agencia, de su voz. Se convierte en un objeto pasivo de la intervención médica, en lugar de ser un sujeto activo y participante en su propio proceso de curación. La frustración, el miedo y la impotencia generados por no poder preguntar, expresar dudas o comunicar dolor son experiencias que se suman a la carga de la enfermedad.

La literatura existente ha documentado de manera cuantitativa las desigualdades en los indicadores de salud y ha identificado las barreras de acceso desde una

perspectiva estructural o desde la visión de los proveedores de salud. (10, 24) Por ejemplo, estudios realizados con población quechua-hablante en distintos contextos del país han evidenciado percepciones de mala calidad de la comunicación clínica, sentimientos de desconfianza y uso de estrategias informales de traducción, como el apoyo de familiares bilingües, para sortear la falta de servicios de interpretación profesional. (9, 20, 21) De igual modo, investigaciones sobre implementación del enfoque intercultural en salud reproductiva y parto vertical en Cusco y otras regiones han mostrado avances parciales junto con resistencias institucionales y prácticas persistentes de desvalorización de los saberes indígenas. (17-19)

Sin embargo, la mayoría de estos trabajos se centran en el punto de vista del personal de salud o en análisis de políticas, dejando relativamente inexplorada la experiencia vivida de los pacientes y sus familias durante la hospitalización en hospitales de referencia. (8-10, 24) Desde el enfoque fenomenológico propuesto por Husserl y desarrollado en el ámbito de las ciencias sociales por Schutz, resulta fundamental investigar la experiencia vivida de los sujetos, entendida como la manera en que ellos mismos atribuyen sentido a su tránsito por espacios institucionales, tal como en la atención hospitalaria (25, 26).

El estudio se justifica porque aún existe una brecha importante de información sobre cómo los pacientes quechua-hablantes viven estas barreras en los servicios hospitalarios. Desde el enfoque fenomenológico de Husserl y Schutz, el trabajo se propone describir con detalle la experiencia de los pacientes y de sus familiares, a partir de lo que ellos mismos relatan. Al centrarse en la perspectiva del usuario, se espera obtener información cualitativa concreta y situada que permita identificar fallas del sistema de atención desde la experiencia cotidiana de quienes lo usan.

Comprender cómo se viven y se sienten estas barreras es un paso importante para ir más allá de las soluciones superficiales y diseñar intervenciones que sean verdaderamente pertinentes y efectivas. Los hallazgos de este proyecto podrán aportar insumos para el rediseño de los servicios de salud, la formulación de programas de capacitación para el personal sanitario basados en la empatía y la competencia cultural, y la reorientación de las políticas públicas que se basen en la realidad de los pacientes y no solo en el texto de la norma. En este contexto, la pregunta de investigación que se plantea para este proyecto de investigación es: ¿Cómo experimentan los pacientes quechua-hablantes las barreras lingüísticas en las interacciones clínicas, administrativas y familiares, en los servicios de hospitalización y consulta externa del Hospital Regional del Cusco y el Hospital Antonio Lorena, entre enero y diciembre de 2025?

4. OBJETIVOS

Objetivo general: Comprender y analizar las barreras lingüísticas y culturales desde la perspectiva y la experiencia vivida de los pacientes quechua-hablantes y sus familiares durante la atención hospitalaria en hospitales de referencia de la región de Cusco.

Objetivos específicos:

- Identificar y describir las situaciones específicas de comunicación (verbal y no verbal) en la interacción entre pacientes/familiares y el personal de salud que son percibidas como barreras.

- Analizar las estrategias de afrontamiento y navegación que los pacientes y sus familias desarrollan para superar o mitigar el impacto de estas barreras durante su estancia hospitalaria.
- Evaluar el impacto emocional y en la salud percibida que estas barreras generan en los pacientes.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño del estudio: Se realizará un estudio cualitativo con diseño interpretativo-fenomenológico, centrado en comprender la esencia de la experiencia hospitalaria vivida por pacientes y familiares quechua-hablantes en sus propios términos. Este abordaje responde a la necesidad de captar la perspectiva subjetiva y los significados atribuidos a las barreras lingüísticas y culturales en el entorno hospitalario, tal como proponen Husserl (25) y Schutz (26).

b) Población y ámbito de estudio: La población de estudio estará constituida por pacientes y familiares de pacientes que se autoidentifiquen como quechua-hablantes, mayores de 18 años, que hayan recibido atención hospitalaria o de consulta externa en servicios de especialidad del Hospital Regional del Cusco o en el Hospital Antonio Lorena del Cusco, durante los meses enero a diciembre del 2025. Se incluirán tanto a usuarios del Seguro Integral de Salud (SIS) como de otros tipos de seguro.

c) Muestra: Se utilizará un muestreo intencional y por conveniencia, seleccionando a pacientes y familiares que cumplan las características de la población de estudio. Posteriormente, se utilizará la técnica de bola de nieve, solicitando a los participantes que refieran a otras personas de su comunidad que hayan tenido

experiencias similares. El tamaño de la muestra se determinará siguiendo el principio de saturación teórica, es decir, se continuarán incorporando nuevos participantes hasta que las entrevistas no aporten información sustancialmente nueva sobre las experiencias y significados vinculados a las barreras lingüísticas y culturales.

El acceso al lugar de estudio será gestionado mediante permisos institucionales y colaboración con trabajadores interculturales de los hospitales.

d) Definición operacional de variables: Al ser un estudio cualitativo, no se trabajarán con variables en el sentido cuantitativo. En su lugar, el análisis se estructurará en torno a dimensiones y categorías de análisis, algunas predefinidas a partir del marco teórico y otras que emergerán directamente de los datos. Las principales categorías que guiarán la recolección y el análisis son las siguientes:

- **Experiencias de Comunicación:** Se explorarán las narrativas sobre las interacciones con el personal de salud, la facilidad o dificultad para expresar síntomas y comprender indicaciones, el uso del quechua o castellano, la presencia o ausencia de intérpretes (formales o informales), y la comunicación no verbal.
- **Percepciones sobre la Pertinencia Cultural:** Se indagará sobre el respeto percibido hacia sus creencias sobre la salud y la enfermedad (cosmovisión andina), el uso de medicina tradicional, y la adaptación del entorno hospitalario (alimentación, horarios de visita, acompañamiento familiar) a sus prácticas culturales.

- **Relación Paciente-Personal de Salud:** Se revisarán los relatos sobre el trato que reciben los pacientes, el nivel de confianza que logran con el equipo de salud, la empatía que perciben en la atención y las situaciones en las que sienten discriminación o maltrato.
- **Estrategias de Afrontamiento:** Se describirán las acciones que los pacientes y sus familias ponen en práctica para enfrentar estas barreras, por ejemplo, recurrir a familiares bilingües, pedir apoyo a otros pacientes o trabajadores del servicio, etc.

e) Procedimientos y técnicas de recolección de datos:

- **Instrumento:** El instrumento principal de recolección será una guía de entrevista semiestructurada (ver Anexo 1). Esta guía se someterá a juicio de al menos dos expertos en metodología cualitativa y en el tema de estudio, quienes revisarán si las preguntas cubren adecuadamente el contenido, si son claras y si guardan relación con los objetivos del proyecto; las observaciones que realicen se incorporarán en una versión ajustada.
Luego se aplicará una prueba piloto con 3 a 5 personas con características similares a la muestra definitiva, con el fin de comprobar la comprensión de las preguntas, estimar la duración de la entrevista y detectar posibles dificultades, modificando los ítems que resulten confusos
- **Recolección de datos:** Las entrevistas se realizarán en un lugar privado, seguro y conveniente para el participante (por ejemplo, su domicilio o un espacio comunitario), con una duración aproximada de 45-60 minutos. Durante las sesiones, se registrarán observaciones no verbales en la bitácora

del investigador. Las entrevistas serán realizadas por el investigador principal, en coordinación con un facilitador intercultural/intérprete cuando el participante sea monolingüe en quechua o exprese mayor comodidad en dicha lengua; en estos casos, la interacción se desarrollará principalmente en quechua, con apoyo de traducción al castellano para fines de registro y análisis. Para asegurar credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad, se recurrirá a la triangulación de fuentes, revisión por expertos, y contrastación de hallazgos con los participantes. El rol del investigador será explícitamente reflexivo, registrando posibles sesgos en bitácora de campo.

f) Aspectos éticos: El protocolo de investigación será sometido a la evaluación y aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se solicitarán las autorizaciones formales a las direcciones del Hospital Regional del Cusco y el Hospital Antonio Lorena. Se diseñará un consentimiento informado (ver Anexo 2). Se explicará verbalmente el propósito del estudio, los procedimientos, los riesgos y beneficios, el carácter voluntario de la participación y el derecho a retirarse en cualquier momento, todo ello en lengua quechua. Se asegurará la plena comprensión antes de solicitar el consentimiento, que podrá ser otorgado mediante firma, huella digital o de forma verbal grabada, respetando los niveles de alfabetización y las prácticas culturales de los participantes. Se garantizará la estricta confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes. Se utilizarán seudónimos en todas las transcripciones, notas de campo y publicaciones resultantes del estudio. Las grabaciones de audio serán almacenadas de forma segura y destruidas una vez finalizado el proyecto.

Para promover la reciprocidad ética, se realizará una devolución de hallazgos al cierre del proyecto mediante talleres comunitarios bilingües en Cusco, donde se compartan resultados resumidos en quechua y castellano, fomentando el diálogo sobre barreras en salud y posibles intervenciones. Se garantizará la estricta confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes mediante el uso de seudónimos en todas las transcripciones, notas de campo y publicaciones resultantes del estudio. Las grabaciones de audio y datos digitales serán almacenadas en servidores encriptados con acceso restringido solo al equipo investigador, por un periodo de 5 años post-cierre del proyecto para permitir verificación ética si es requerido por el comité, siendo destruidos posterior a este periodo.

g) Plan de análisis de datos: Los datos cualitativos recolectados serán analizados siguiendo un proceso de análisis temático, organizado en etapas de transcripción y traducción, organización, codificación, categorización y generación de temas centrales.

- **Transcripción y Traducción:** Los audios se transcribirán palabra por palabra, procurando conservar expresiones y matices que sean relevantes para la interpretación, y las notas de campo se pasarán íntegramente a formato digital. Cuando las entrevistas se realicen en quechua, una persona bilingüe las traducirá al español.
- **Organización y Familiarización con los Datos:** Una vez transcritas y, cuando corresponda, traducidas, éstas se archivarán en una base de datos digital. El investigador tendrá acceso a este material para lograr una comprensión amplia y detallada de las experiencias relatadas.

- **Codificación:** Posteriormente se llevará a cabo una codificación abierta, revisando los textos línea por línea para localizar ideas, situaciones o significados relevantes. A cada fragmento se le asignarán códigos descriptivos e interpretativos, comparando de manera constante los distintos segmentos de información.
- **Categorización:** Los códigos que tengan relación entre sí se agruparán en categorías y subcategorías más amplias, explorando cómo se vinculan entre ellas y qué jerarquías o agrupaciones se van formando.
- **Generación de Temas:** A partir de estas categorías se irán definiendo temas y subtemas que recojan los patrones que se repiten en los relatos de los participantes. Estos temas se contrastarán con el marco teórico y con el contexto del estudio, elaborando esquemas o mapas sencillos que ayuden a visualizar las relaciones entre ellos.
- **Técnica de Análisis:** El trabajo analítico se realizará principalmente de forma manual, utilizando matrices en procesador de textos y hojas de cálculo. De manera complementaria se usará la plataforma ATLAS.ti para ordenar los códigos, recuperar rápidamente segmentos de texto y construir redes entre categorías.
- **Rigor, triangulación y verificación:** Durante todo el proceso se mantendrá una bitácora donde se registren decisiones de codificación, ajustes de categorías y dudas o interpretaciones que vayan surgiendo. La credibilidad del estudio se reforzará mediante triangulación de fuentes y de técnicas, así como con la revisión de resultados por algunos participantes y, cuando sea posible, con la revisión de una parte del material por un par académico.

- **Definición y Reporte:** Al final del análisis se revisarán los temas desarrollados, verificando que sean coherentes internamente y diferentes entre sí, y que ayuden a explicar el conjunto de los datos. Con base en ellos se redactará el informe, incorporando citas textuales anonimizadas que ejemplifiquen los hallazgos e indicando con claridad las decisiones interpretativas y los criterios de rigor utilizados.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Cultura (Perú). Política Nacional para la Transversalización del Enfoque Intercultural. Lima: Ministerio de Cultura; 2015.
2. Defensoría del Pueblo (Perú). La implementación del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas en el Perú, a partir de la aplicación de la Ley N° 29785. Lima: Defensoría del Pueblo; 2015.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática (Perú). INEI difunde Base de Datos de los Censos Nacionales 2017 y Perfil Sociodemográfico del Perú. Lima: INEI; 2018.
4. Andrade Ciudad L. Diez noticias sobre el quechua en el último censo peruano. *Letras (Lima)*. 2019 Jul;90(132):41-70.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (Perú). Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas. Cusco: Resultados Definitivos. Tomo I. Lima: INEI; 2018.
6. Ayansi Huanca M. Actitud de los padres de familia sobre el uso del quechua en una IE EIB de fortalecimiento cultural y lingüístico en Ocongote, Quispicanchi, Cusco, 2023.
7. Ccahua CC. Implementación de las lenguas originarias en los servicios públicos en el Perú: en caso del quechua en la MD de Pampacolca-Arequipa, 2023. *SYNTAGMAS (Revista del Departamento Académico de Lingüística–Unsaac)*. 2025 Jun 18;4(1):116-27.
8. Esteves Villanueva ÁR, Incacutipa Limachi DJ, Incacutipa Limachi C, Aparicio Salas VL. Experiencias emocionales de los niños indígenas durante hospitalización. Un abordaje cualitativo de las brechas culturales. *Comuni@cción*. 2021 Jul;12(3):206-16.
9. Areche Vasquez R, Barazorda Huamán JL, Lozano Condor NB. Percepción de los servicios de salud en pacientes quechuahablantes. Universidad Continental. 2020.
10. Intimayta-Escalante C, Rojas-Bolivar D. Diferencias étnicas en la percepción sobre la desigualdad en el acceso a la salud en Perú. *Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2023 Oct 1;16(4).
11. Hall ET. *Beyond culture*. Anchor; 1976 Dec 7.

12. Campinha-Bacote J. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of transcultural nursing*. 2002 Jul;13(3):181-4.
13. Congreso de la República (Perú). Ley N° 29735, Ley que regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú. 2011.
14. Ministerio de Salud (Perú). Salud intercultural [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2025 Ago 20]. Disponible en: <https://www.gob.pe/45207-salud-intercultural>
15. Ministerio de Salud (Perú). ¿Qué son los establecimientos de salud con pertinencia cultural? [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2025 Ago 20]. Disponible en: <https://www.gob.pe/69795-que-son-los-establecimientos-de-salud-con-pertinencia-cultural>
16. Tovar A, Torres F. ¿Dónde están y cuáles son los 45 centros de salud que ofrecen una atención intercultural en el Perú?. *Salud con Lupa* [Internet]. 5 de noviembre de 2023 [citado 2025 Ago 20].
17. Dongo S, Puente De La Vega JE. La atención del parto con enfoque intercultural en los hospitales Regional y Antonio Lorena de la provincia del Cusco. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. 2011.
18. Huicho L, Canseco FD, Lema C, Miranda JJ, Lescano AG. Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. *Cadernos de saude publica*. 2012;28:729-39.
19. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Revista panamericana de salud publica*. 2009;26:368-76.
20. Santos-Revilla G. Enseñanza de lenguas originarias en las facultades de medicina peruanas. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2016;33:183-4.
21. Bautista A. La automedicación en pacientes quechuahablantes mayores de 60 años en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza debido a una deficiente comunicación intercultural con el personal de salud. Universidad San Ignacio de Loyola. 2019.
22. Chaux A. La importancia crítica del consentimiento informado en la práctica médica y la investigación biomédica contemporánea. *Revista UniNorte de Medicina y Ciencias de la Salud*. 2025 Jun 18;13(2):56-69.
23. Defensoría del Pueblo (Perú). Defensoría del Pueblo exige garantizar atención en salud adecuada con pertinencia intercultural a miembros del pueblo indígena Matsigenka en Ayacucho. Lima: Defensoría del Pueblo; 2025.
24. Palma-Pinedo H, Reyes-Vega MF. Barreras identificadas por el personal de salud para el tamizaje del virus de inmunodeficiencia humana en población indígena de la Amazonía peruana. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2018;35:610-9.
25. Husserl E, Weber TD, Giubilato GJ, Coli AL. *Fenomenología y Antropología*. 1931. Anuario de Filosofía Jurídica y Social. 1931.
26. Schutz A. *Alfred Schutz on phenomenology and social relations*. University of Chicago Press; 1970.

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Detalle	Cantidad	Costo	Monto Total
Investigador principal	1 (12 meses)	Ad Honorem	0
Honorarios expertos (validación)	2 expertos	400	800
Facilitador intercultural / Intérprete	30 entrevistas	100	3,000
Grabadora de audio digital	1 unidad	350	350
Licencia temporal de software ATLAS.ti (versión académica, 12 meses)	1 licencia	360	360
USB 32gb	2 unidades	50	100
Material de escritorio	2 set (piloto y estudio)	100	200
Transporte para trabajo de campo	Global	800	800
Viáticos del investigador	Global	1000	1000
Impresiones y fotocopias	Global	150	150
Otros gastos (10%)			676
TOTAL PRESUPUESTO			S/ 7,436.00

N°	ETAPAS	O	N	Di	E	F	M	Abr	M	Ju	Ju	Ag	Se	Oc	N	Di	En
		ct	ov	c	ne	eb	ar	202	ay	n	l	o	p	t	ov	c	e
		20	20	20	20	20	20	6	20	20	20	20	20	20	20	20	20
		25	25	25	26	26	26		26	26	26	26	26	26	26	26	27
1	Elaboración y ajuste del proyecto	X															
2	Presentación y aprobación por Comité de Ética		X	X													
3	Gestión de permisos institucionales			X													
4	Diseño y validación de instrumentos			X	X												
5	Recolección de datos				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
6	Transcripción y traducción de entrevistas					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
7	Análisis de datos cualitativos														X	X	
8	Redacción del informe final															X	
9	Presentación y sustentación de resultados																X

8. ANEXOS

Anexo N.º 1 – Guía de Entrevista

1. Introducción

- "Muchas gracias por recibirme y por su tiempo. Estamos aquí para conversar, para que usted me cuente su historia. No hay respuestas buenas ni malas, solo su experiencia, que es lo más valioso".
- "Para empezar, ¿podría contarme un poco sobre usted y su familia?"

2. Experiencia General de Hospitalización

- "Me gustaría que recordara la vez que usted (o su familiar) estuvo en el hospital. ¿Podría contarme, con sus propias palabras, cómo fue esa experiencia desde que llegaron hasta que se fueron?"
- "¿Cuál fue el motivo por el que necesitaron ir al hospital?"
- "¿Qué fue lo primero que sintió o pensó al llegar al hospital?"

3. Comunicación y Barreras Lingüísticas

- "Cuando necesitaba hablar con los doctores, enfermeras u otro personal, ¿en qué idioma se comunicaban? ¿Fue fácil entenderse?"
- "¿Hubo momentos en los que sintió que no podía explicar bien lo que sentía o lo que necesitaba? ¿Podría contarme sobre alguna de esas situaciones?"
- "¿Y al revés? ¿Hubo momentos en los que no entendió lo que los doctores le decían sobre la enfermedad, los medicamentos o los cuidados que debía seguir?"
- "¿Cómo le explicaron el diagnóstico y el tratamiento? ¿Sintió que tenía toda la información que necesitaba?"
- "¿Alguien le ayudó a traducir o a comunicarse? ¿Quién fue esa persona? ¿Cómo fue esa ayuda?"
- "¿Qué cree que hubiera hecho la comunicación más fácil para usted?"

4. Experiencia Cultural y Trato

- "Pensando en sus costumbres, ¿sintió que en el hospital se respetaban sus formas de pensar o de hacer las cosas?"
- "¿Cómo fue la comida del hospital? ¿Estaba acostumbrado a ella?"
- "¿Y las rutinas del hospital, como los horarios para dormir, comer o recibir visitas? ¿Fueron cómodas para usted y su familia?"
- *(Si aplica, para mujeres o familiares)* "En el caso del parto, ¿le permitieron estar acompañada? ¿Pudo elegir la posición para dar a luz o seguir alguna de sus costumbres?"

- "¿Alguna vez habló con el personal de salud sobre el uso de hierbas medicinales u otros remedios caseros? ¿Cómo reaccionaron?"
- "En general, ¿cómo sintió el trato que recibió del personal de salud? ¿Hubo alguien que le trató con especial amabilidad o, por el contrario, sintió que le trataban diferente por venir de su comunidad o por hablar quechua?"

5. Estrategias de Afrontamiento

- "Cuando se encontraba con una dificultad, como no entender algo o no estar de acuerdo con alguna indicación, ¿qué hacía?"
- "¿Buscó ayuda de algún familiar o amigo para que le apoyara durante la hospitalización? ¿De qué manera le ayudaron?"
- "¿Hubo cosas que prefirió no decir o no preguntar por temor o por no generar problemas?"

6. Impacto Emocional y Percepciones Finales

- "¿Qué emociones recuerda haber sentido durante su tiempo en el hospital? (Ej: miedo, tranquilidad, confusión, confianza, soledad, enojo)."
- "Después de esa experiencia, ¿cambió su forma de pensar sobre los hospitales o los doctores?"
- "Si un familiar o vecino necesitara ir al hospital, ¿qué le aconsejaría basándose en su experiencia?"
- "Si tuviera el poder de cambiar algo para mejorar la atención en el hospital para las personas de su comunidad, ¿qué sería lo primero que cambiaría?"

7. Cierre

- "Le agradezco mucho por haber compartido su historia conmigo. Su testimonio es muy importante. ¿Hay algo más que le gustaría añadir o alguna pregunta que tenga para mí?"

Anexo N.º 2 – Consentimiento Informado

Estudio: Barreras lingüísticas y culturales en la atención hospitalaria: la experiencia de pacientes quechua-hablantes.

Investigador principal: Dra. Carmen Lizbet Begazo Solis

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia

Está siendo invitado a dar su consentimiento para que usted, _____, participe del estudio de investigación clínica que se llevará a cabo con pacientes y familiares de pacientes quechua-hablantes que hayan recibido atención en el Hospital Regional del Cusco o en el Hospital Antonio Lorena del Cusco.

Propósito del estudio: El objetivo del estudio es comprender y analizar las barreras lingüísticas y culturales desde la perspectiva y la experiencia vivida de los pacientes quechua-hablantes y sus familiares durante la atención hospitalaria.

Procedimientos del estudio: Será participe de una entrevista semiestructurada. Esta entrevista se realizará en un lugar privado, seguro y conveniente para usted (como su domicilio o un espacio comunitario). Con su permiso, la entrevista será grabada en audio.

Duración: Su participación se llevará a cabo durante el tiempo que dure la entrevista semiestructurada.

Riesgos y beneficios:

- **Riesgos:** No se expondrá a riesgos que atenten contra su salud física o psicológica. Se le explicará que su participación es voluntaria y que tiene el derecho a retirarse en cualquier momento si así lo desea.
- **Beneficios:** Los resultados del estudio podrán informar el rediseño de los servicios de salud, la formulación de programas de capacitación para el personal sanitario y la reorientación de las políticas públicas.

Confidencialidad: Se garantizará la estricta confidencialidad de la información y el anonimato de los participantes. Se utilizarán seudónimos en todas las transcripciones y publicaciones resultantes del estudio. Las grabaciones de audio serán almacenadas de forma segura y serán destruidas una vez finalizado el proyecto.

Participación voluntaria: La participación en este estudio es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho a retirarse en cualquier momento.

Consentimiento: Yo, _____, en calidad de participante, doy mi consentimiento para participar en este estudio de investigación de manera voluntaria.

Se me ha explicado verbalmente en lengua quechua el propósito del estudio, los procedimientos, los riesgos y beneficios, y mi derecho a retirarme en cualquier momento.

He comprendido la información proporcionada y he tenido la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente.

Firma del participante: _____

Nombre del participante: _____

Fecha: _____

Firma del investigador: _____

Nombre del investigador: _____

Fecha: _____