
EXPERIENCIAS Y TRAYECTORIAS EN TORNO DE LA SALUD, LA INTERCULTURALIDAD, LA ATENCIÓN SANITARIA Y LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. CENTRO DE SALUD ANIDADO DEL HOSPITAL ASDRÚBAL DE LA TORRE. CANTÓN COTACACHI. PROVINCIA DE IMBABURA. 2018-2019

Md. Karina Alexandra Ramírez Quingla
Md. Lizbeth Irene Vaca Moreno

Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Ibarra

Resumen:

El presente estudio etnográfico realizado en el centro de salud anidado al Hospital Asdrúbal de la Torre cuyo objetivo principal era describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico-paciente en sus usuarios, se hizo mediante la utilización de técnicas como la entrevista y los grupos focales, obteniendo diversas opiniones y vivencias sobre indicadores cualitativos específicos. A través de este estudio se obtuvieron testimonios que permite observar la riqueza cultural que tiene Cotacachi y la influencia de su cultura en la salud y enfermedad de sus habitantes y de sus comunidades, así como la necesidad de profundizar en temas como la igualdad social y la discriminación, y de una mejora sustancial de la revisión médica en los pacientes del centro de salud y de actitudes tanto de médicos como los funcionarios de dicha dependencia hacia sus usuarios. Del análisis de la multiplicidad de experiencias malas y buenas de los informantes del estudio, se han obtenido conclusiones y recomendaciones beneficiosas para la sociedad de Cotacachi, ya que, únicamente a través de las vivencias se puede determinar ciertas falencias del sistema de salud objeto de estudio que pueden ser corregidas y mejoradas y que están apegadas al sentir de la gente y no únicamente, se basan en indicadores estadísticos derivados de estudios cuantitativos. La mirada de cada uno de los informantes frente a temas como la definición, prevención y la promoción de salud, permite apreciar la importancia de una educación permanente en aspectos integrales de salud que incremente la calidad de vida de los integrantes de dicha comunidad y que sirva de punto de reflexión para otras regiones del Ecuador con diversidad étnica.

Palabras clave: etnografía, interculturalidad, relación médico-paciente, salud, discriminación.

Abstract:

This ethnographic study carried out in “El Centro de salud anidado al Hospital Asdrúbal de la Torre, whose main objective was to describe and analyze the construction of interculturality, health care and the doctor-patient relationship in its users, was done through the use of techniques such as the interview and focus groups, obtaining diverse opinions and experiences on specific qualitative indicators. Through this study, testimonies were obtained that allow us to observe the cultural wealth that Cotacachi has and the influence of its culture on the health and disease of its inhabitants and their communities, as well as the need to deepen issues such as social equality and discrimination, and of a substantial improvement of the medical review in the patients of the health center and attitudes of both doctors and the officials of that dependence towards its users. The analysis of the multiplicity of bad and good experiences of the informants of the study, gave us conclusions and recommendations beneficial to the society of Cotacachi, since, only through the experiences can certain flaws of the health system under study be determined that can be corrected and improved and that are attached to people's feelings and not only, are based on statistical indicators derived from quantitative studies. The view of each of the informants regarding issues such as definition, prevention and health promotion, allows us to appreciate the importance of a permanent education in integral aspects of health that increases the quality of life of the members of that community and that serves of reflection point for other regions of Ecuador with ethnic diversity.

Keywords: ethnography, interculturality, doctor-patient relationship, health, discrimination

1. INTRODUCCIÓN

Esta investigación etnográfica describe y analiza la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico-paciente en los usuarios atendidos en el centro de salud anidado del Hospital Asdrúbal de la Torre del Cantón Cotacachi de la provincia de Imbabura en el periodo 2018-

2019, a través de los relatos y testimonios recopilados durante los dos años de investigación etnográfica realizada, en torno a diversos temas que conforman el término salud.

En este estudio, se conjugan dos elementos importantes: por un lado, la atención sanitaria recibida por los pacientes de la

dra.vaca16@gmail.com; pamkary7@gmail.com

unidad anidada de Cotacachi, a sabiendas, que, el derecho a la salud es fundamental y universal, y atañe a toda persona cualquiera sea su raza, religión, ideología política, clase social o nivel económico (Organización Panamericana de la Salud, 2017); y por otro, la diversidad cultural de indígenas y mestizos de la zona, surgiendo distintas relaciones sociales, comunitarias y culturales en la salud, por lo que, frente a estos antecedentes socio-culturales descritos, y debido a la insuficiente cantidad de investigaciones sobre esta temática, esta investigación etnográfica resulta fundamental y relevante para la comunidad científica-médica, y para la sociedad, ya que, ayuda a entender cuan útiles resultan las actuales políticas de inclusividad en salud y cuan asequible realmente es el sistema de salud pública en el centro de salud anidado del Hospital Asdrúbal de la Torre del cantón Cotacachi.

Actualmente, las políticas de salud son inclusivas para todos los ecuatorianos, concentrando los recursos en equipos multidisciplinarios con estrategias de atención primaria para la prevención de enfermedades, descentralizando el sistema nacional de salud, y aunque el número de usuarios del sistema público de salud claramente ha aumentado, al igual que la cobertura de salud con la construcción y repotenciación de centros de salud, no se han estudiado a fondo el impacto de ello en las poblaciones a quienes sirven, esto, sumado a que únicamente existen estudios desde una perspectiva institucional – país, y que, son necesarios estudios realizados desde otros puntos de vista, siendo uno de ellos, el que brinda la antropología a través de la etnografía.

2. MARCO TEÓRICO/METODOLOGÍA

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Salud

Las definiciones de salud y enfermedad a través del tiempo, han evolucionado y han sido fruto de constantes cambios y revisiones. La palabra salud, por ejemplo, ha sido bastante compleja de conceptualizarla, ya que presenta tres características especiales:

1. Es usada en diferentes contextos, los cuales pueden ser médico-asistencial, del paciente, sociológico, económico-político, filosófico y antropológico, ideal y utópico, es decir que, en cada contexto, la salud tiene un significado diferente (Gavidia & Talavera, 2012).
2. La visión básica de salud son distintas; se tiene la visión neutralista, que señala que la salud es un estado objetivo representado por datos que indican patologías, independiente del contexto social-cultural; y, la visión normalista, que señala que la salud es un juicio de valor interpretado según elementos históricos y culturales (Gavidia & Talavera, 2012).
3. Resume aspiraciones de lo que se pretende alcanzar, y que están relacionadas con distintos componentes indispensables según cada punto de vista, existen objetivos relacionados con el estado físico, con el estado psíquico, con el estado social o con un estado ideal, utópico e integral (Gavidia & Talavera, 2012).

Algunos de los principios de la Organización Mundial de la Salud mencionados en su Constitución, se encasillan en una visión utópica, ideal e integral, y señalan que:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Actualmente, el enfoque de salud en la mayoría de países del mundo se centra en el individuo, en la modificación de hábitos nocivos mediante la aplicación de políticas de salud y en la promoción y facilitación de hábitos saludables (Sally & Womack, 2004), sin embargo, es necesario conocer, que la multiplicidad de definiciones desarrolladas en el tiempo, se interrelacionan con los modelos teóricos de salud, siendo algunos de ellos, *el modelo biopsicosocial; el modelo salutogénico; el modelo de salud positiva; el modelo de salud positiva; el modelo holista de salud; el modelo de elección personal, etc.* Existen muchos otros modelos de salud, y es importante recalcar, que a pesar, de que exista una acepción de salud integral, esto no quiere decir, que no se pueda aplicar un determinado modelo de salud a distintos individuos o comunidades (Juárez, 2011), ya que corresponde realizar un análisis pertinente y adecuado al caso que se presente, para la implementación de un modelo de salud acertado, por otro lado, se puede relacionar la definición de salud desarrollada por la Organización Mundial de la Salud con el modelo de salud holista, ya que en esa confluyen los aspectos físicos, mentales y sociales.

Salud mental: Según Bertolote (2008), la salud mental es un elemento del concepto de salud, lo cual, se aprecia claramente en el concepto de salud holística previamente desarrollado, es decir, constituye un aspecto de la salud, por lo tanto, este concepto, no puede ser visto, como otro campo o materia, como se hace con la psiquiatría, sino que forma parte de un concepto general e integrador y debe ser visto de igual forma, como una condición de salud social. Se podría acotar, que el aspecto de salud mental, es aquella que coadyuva a que la persona se desarrolle físicamente y psicológicamente en concomitancia con el desarrollo de las demás personas (Bertolote, 2008), con el objetivo de que tenga una vida de calidad.

2.1.2. Organización familiar

La organización familiar es considerada como la unidad social más pequeña que indica pertenencia y da a la persona un sentido de identidad (Minuchin, 2001), en donde, se da una interrelación entre sus miembros y una interacción cara a cara [excepto en casos de familiares migrantes], en la cual, las acciones de sus miembros están basados en el parentesco, el matrimonio, la residencia común, los lazos resultantes del grupo o la conformación del hogar como unidad doméstica [es decir generadora de recursos y de consumos] y cuyos factores, dan como resultado, los límites o reglas formales y efectivas de sus miembros para con la unidad familiar (Barsotti, 1981). La familia cumple dos funciones básicas: a) protege sicosocialmente a sus miembros y, b) acomoda a sus miembros en la cultura a la que pertenezcan y transmite la cultura externa a los mismos, por lo tanto, se trata de una unidad que evoluciona constantemente conforme también lo hace la sociedad. La familia, al ser una organización social, muchas

veces es atacada por diversos factores para su disolución y en otras ocasiones, es consolidada como unidad, en todo caso, la sociedad, los líderes, las leyes, la industria, entre otros, influye en esta organización social. Para entender a la familia como sistema, es necesario observar tres componentes: 1) Tiene una estructura que es un sistema socio cultural abierto en constante transformación; 2) Se desarrolla a través de diversas etapas por lo que, se reestructura [periódicamente]; y, 3) Se adapta al cambio, manteniendo continuidad y fomentando el crecimiento sicosocial de sus miembros (Minuchin, 2001).

Existen un sinnúmero de clasificaciones o tipologías de familias, resultados de diversas investigaciones sociológicas. En el presente estudio, se va a utilizar una tipología familiar sencilla que está acorde a los miembros que la componen, siendo la siguiente:

Familia nuclear, la cual se origina con el matrimonio y está constituida por los cónyuges y sus hijos solteros (Alberdi, 1999) y que viven juntos.

Familia monoparental o monomarental y en inglés “one parent family”, es aquella que se compone de un solo adulto hombre o mujer con uno o más hijos a su cargo o hijos dependientes menores a 24 años (Perondi, Rodríguez Lupiáñez, Molpeceres Álvarez, & Ongil López, 2010-2011), y que habitan en una misma vivienda.

Familia extendida o extensa, constituida por la familia nuclear más uno o más miembros no familiares [o familiares] (Alberdi, 1999), que viven juntos.

2.1.3. Cultura

Según la UNESCO, “la cultura es el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales, materiales y afectivos que caracterizan una sociedad o grupo social”, lo que involucra su modo de vida, sus derechos, sistemas de valores, creencias, tradiciones, artes y letras (UNESCO, 1982), es decir, implica su propio modo de hacer o de ser, que a su vez, genera cuatro resultados: a) un modo de vivir; b) cohesión social; c) creación de riqueza y empleo; y, d) equilibrio territorial (Molano, 2007, p.72).

Las enfermedades culturales, son aquellas propias de un grupo social, y no se encuentran enmarcadas dentro de las patologías de la medicina convencional u occidental, aunque, de cierta forma, esto no involucra únicamente a indígenas, afrodescendientes u otros grupos distintos al mestizo, sino que al ser cada grupo social diferente, esto involucra que cada uno de dichos grupos, va a tener su propia codificación para las distintas manifestaciones patológicas, por lo tanto, todas las enfermedades, podrían ser consideradas como culturales (Peretti, 2010), sin embargo, para la presente investigación, se va a tomar como definición de enfermedad cultural, la que representa una patología distinta a la convencional y muchas veces inexplicable e inclusive incurable por los tratamientos dados por los médicos del centro de salud. Por ejemplo, se mencionan algunas enfermedades consideradas como culturales de los indígenas de Guatemala como el “mal de ojo”, “susto”, “espanto”, “nervios” o “ataque de nervios”, “caída de la mollera”, “aires” o “malos vientos”, entre otras (Peretti, 2010, p.18), así mismo en Ecuador, y dependiendo de la región, existen enfermedades propias de cada grupo a las que se les da diferente nombre.

Junto, con el tema de enfermedades culturales, surge también otro concepto cultural, como son los paradigmas alternativos,

es decir la medicina alternativa utilizada por un grupo social para el tratamiento de diversas enfermedades, y que también, es distinta a la medicina racional recetada por un médico occidental, la cual, es resultado de muchas falencias en el sistema de salud de cada sociedad, ya que debido a la desigualdad social, mala relación médico-paciente, falta de eficacia institucional médica, costos crecientes de tratamientos médicos, etc., las personas buscan otro tipo de tratamiento o medicina, lo que ha generado la apertura de varias tiendas o comerciales de productos naturales, ferias de medicina natural y tradicional nacional o extranjera, como la medicina china, entre otras (Madel T., 2005).

En este sentido, la medicina alternativa, no se utiliza únicamente para la curación de enfermedades culturales, sino también para aquellas que no lo son, algunos productos son utilizados para calmar dolencias o síntomas y otras veces, para la sanación integral de la enfermedad.

2.1.4. Desigualdad social

El tema de desigualdad social en la salud puede tener varios puntos de vista, en primer lugar, aquella desigualdad sentida a nivel general o macro, debido a las marcadas diferencias entre la salud pública y la salud privada. Se conoce que el mantener la salud propia o ajena, implica costos (Durán, 1983) o gastos, es decir, se debe contar con un presupuesto definido para este rubro, lo cual, muchas personas no poseen. De igual manera, los gobiernos de cada país, deben mantener en su presupuesto estatal una partida para los diversos programas de salud de sus ciudadanos, pero a pesar de que, la salud es un derecho fundamental del ser humano, las decisiones de los destinos de los costos, coberturas, montos, etc. están en manos de los grupos dominantes (Durán, 1983), por lo tanto, se entiende que si una persona o grupo familiar no cuenta con los recursos económicos suficientes para utilizar el sistema de salud privado, debe estar supeditado a los recursos estatales asignados para salud, a través de la utilización del sistema de salud público, el cual, en muchas ocasiones presenta falencias, especialmente en países en vías de desarrollo como es el Ecuador, y aunque los gobiernos de turno, han ido incrementando paulatinamente el presupuesto en temas de salud, con el objetivo de garantizar los servicios de salud a los habitantes del país, existen varias deficiencias que aún deben solventar.

En segundo lugar, también está el tema de clases sociales, puesto que esta brecha de clases tiene diversas repercusiones en materia de salud, Durán (1983), menciona, que, aunque se dice que al nacer y morir somos iguales, el riesgo de morir y de enfermarse son distintos en cada clase social, ya que, las desigualdades sociales se manifiestan en:

- Distinto conocimiento y actitudes sobre la salud y su cuidado
 - Distinto riesgo de enfermedad
 - Distinto grado de acceso a servicios médicos y eficacia en la utilización de los servicios
 - Distinto tratamiento en caso de enfermedad
 - Distintas probabilidades de curación
 - Distintas probabilidades de rehabilitación y reinserción social
 - Distintas probabilidades de morir antes de la edad media de vida
- (p.138)

Estas diferencias se pueden apreciar dentro de una misma unidad o centro de salud público, ya que, el uso de este tipo de servicios, lo hacen usuarios con distintos niveles socio económicos que se relacionan con los funcionarios del sistema de salud, y que pueden percibir esa distinción o diferencia debido a su clase social.

2.1.5. Discriminación social

Según Balvedere (2002), la discriminación es excluir a una persona en función de su identidad social construida sobre estereotipos basados en dogmas, es decir es una forma de tratar las diferencias de la otra persona, que pueden ser rasgos parciales y que están institucionalizados, y rechazarlas, de acuerdo a nuestro estereotipo mental sobre la misma, en otras palabras, es rechazar y excluir al diferente. Los procesos discriminatorios en América Latina, han sido permanentes desde tiempos de su colonización, y recaen en las épocas actuales generalmente en personas que viven en condiciones de pobreza, este fenómeno muchas veces es negado en la actualidad tanto por las personas discriminadas como por las personas que la generan, sin embargo, existen muchos elementos simbólicos que denotan su presencia, como el lenguaje, las localizaciones espaciales, la comunicación social, la empleabilidad, entre otras (Margulis & Urresti, 1999). En el caso específico de Cotacachi, se estaría hablando sobre la exclusión y el rechazo de los mestizos hacia los indígenas, manifestada de diversas formas.

La discriminación es producida por las jerarquías sociales, las cuales, descalifican a determinados grupos o a personas que pertenecen a los mismos (Margulis & Urresti, 1999), así por ejemplo, expresiones como “ese negro”, “negro ladrón”, “indio sucio”, “esa india”, indican discriminación, y muchas veces, provienen de personas que ni han tratado con las personas a las que se refieren. En la actualidad, las legislaciones de cada país, es la responsable de emitir leyes de protección contra los procesos discriminatorios de cualquier índole y fomentar la pluriculturalidad, la multiculturalidad y la inclusión social.

2.1.6. Niveles de atención médica y atención primaria de la salud

Muchas veces, existe la tendencia de confundir el concepto de atención primaria de la salud con el primer nivel de atención médica, los cuales no son sinónimos, sino que son conceptos distintos.

Los niveles de atención médica, están relacionados al tipo de enfermedad y complejidad del mismo, así como también los recursos con los que se cuenta para su atención, clasificándose en tres niveles:

El primer nivel de atención médica, en donde se da una primera aproximación con el paciente, generalmente a través de una consulta externa, en donde se tratan enfermedades menos complejas a través de atención y procedimientos básicos y donde se promueve la salud y se previenen enfermedades. (Vignolo, Vacarezza, Alvarez, & Sosa, 2011)

En el Ecuador, “el primer nivel de atención constituye la puerta de entrada [al sistema de salud] y debe resolver el 80% de las necesidades de salud de la población y a través de este nivel se referencia o contra referencia para garantizar el acceso a unidades y servicios de mayor complejidad hasta la resolución

de la necesidad o problema.” (Ministerio de Salud Pública, 2012, p.84)

El segundo nivel, “comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización... [en la actualidad], se desarrollan nuevas modalidades de atención ... tales como la cirugía ambulatoria, el hospital del día”, [entre otras.] (Ministerio de Salud Pública, 2012, p.86)

El tercer nivel, en donde se atienden patologías complejas utilizando la tecnología y procedimientos especiales. (Vignolo, Vacarezza, Alvarez, & Sosa, 2011)

Aquí en el Ecuador, se mencionan dos niveles adicionales: El cuarto nivel, que corresponde a la experimentación clínica y preregistros de procedimientos y el nivel de atención pre hospitalario, en donde se comunica un evento potencial, es decir, aquí se encontrarían las ambulancias y transportes relacionados (Ministerio de Salud Pública, 2012). Según manifiestan los eruditos, aquí en el Ecuador, no existen centros de atención de cuarto nivel del sector público.

La presente investigación se enfocará en pacientes que recibieron o reciben atención de primer nivel en el Cantón Cotacachi.

La atención primaria de la salud, en cambio, constituye una estrategia propuesta por la Organización Mundial de la Salud que propende a la igualdad para el acceso a la salud, definida originalmente como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. (Borrel & Godue, 2008, p.8)

En otras palabras, la atención primaria de la salud, es un enfoque que propone que todos los individuos deben tener acceso a la Salud, sea cual sea el nivel de atención requerido, por lo tanto, la atención primaria debe darse en cualquiera de los niveles de atención médica y para todas las personas sin distinción de clase social.

2.1.7. Confianza en los sistemas de salud

La confianza es aquella expectativa positiva que un sujeto o individuo tiene sobre algo o alguien externo que ejecuta alguna acción que lo involucra (Luna & Velasco, 2005), la cual tiene tres características básicas: la interdependencia, la incertidumbre y una expectativa positiva, es decir que se depende de otros y se desconocen los resultados e incluso el desarrollo de las acciones pero que, sin embargo, se mantiene la fe o la esperanza, relacionándose estos términos con eventos futuros.

Las dimensiones de la confianza son tres: de tipo personal/normativa; estratégica/calculada y basada en el prestigio/capacidades.

a) La confianza personal o normativa se da como consecuencia de compartir valores, normas y creencias.

b) La confianza calculada o estratégica surge porque los individuos esperan un beneficio mutuo, que se basa en la reciprocidad y cooperación y que afectan sus intereses individuales.

c) La confianza basada en el prestigio o capacidades surge por los atributos de los involucrados, tales como recursos económicos, recursos de información, recursos de conocimiento, infraestructura, organización, relaciones, recursos jurídicos, etc. (Luna & Velasco, 2005)

Para el caso de la confianza en los sistemas de salud por parte de los usuarios de Cotacachi, se estaría hablando de la tercera dimensión, basada en el prestigio y en las capacidades del sistema de salud de primer nivel ofertadas a la población objeto de estudio, es decir aquella confianza que se genera en base de los atributos que los establecimientos de primer nivel tienen.

2.1.8. Relación médico-paciente

De manera muy simple, se define la relación médico-paciente como la relación interpersonal que se da en la gestión de la salud que conlleva elementos éticos, filosóficos, sociológicos y profesionales (Rodríguez Silva, 2006), pero justamente, estos elementos, son los que la dificultan, ya que intervenciones como las expectativas de los pacientes y de los médicos, los códigos éticos, la mala práctica médica, el consentimiento informado, la satisfacción del paciente, entre otras, hacen que esta interrelación sea objeto de una continua investigación para alcanzar la relación ideal (Emanuel & Emanuel, 1999), debido a la gran importancia de la misma, ya que estudios han demostrado, que una buena relación médico-paciente incide en el desarrollo de la enfermedad, en la aplicación de los tratamientos terapéuticos por parte de los pacientes, y hasta en su eficacia (Gómez Esteban, 2002), es por eso que una de las habilidades que debe tener el médico, es entender los sentimientos de los pacientes durante la enfermedad, pero, no resulta novedoso que en las escuelas de medicina no se dedique tiempo a mejorar esta habilidad y que incluso los niveles de empatía disminuyan conforme se avanza en la carrera (Esquerda, Yuguero, Viñas, & Pifarré, 2016). Una revisión sistemática sobre estudios en el tema, revela que una buena relación médico-paciente influye positivamente sobre los desenlaces de salud, y aunque la estadística demuestre una correlación discreta pero significativa, se necesitan de más estudios sobre esta temática (Kelley et al., 2014).

Existen cuatro modelos de la relación médico-paciente, propuestos por Emanuel & Emanuel (1999), que son los siguientes: el *modelo paternalista*; el *modelo informativo*; el *modelo interpretativo* y el *modelo deliberativo*, lo cuales, hacen referencia a la forma en que el médico aborda una enfermedad y una alternativa de tratamiento para el paciente, es decir, se habla de una relación clínica o médico-enfermo (Mendoza F., 2017), que implica una toma de decisión, en todo caso, como mencionan los autores, el médico debe ser humanista, lo que se enmarca dentro del modelo deliberativo (Emanuel & Emanuel, 1999), ya que ante todo, hay que propender a la autonomía en la toma de decisiones, pero hay veces, en los que el paciente, aún no está diagnosticado, de hecho, la primera relación médico-paciente se da en la Atención Primaria (Gómez Esteban, 2002), es ahí, donde el médico debe abordar los factores emocionales y sociales que influyen en su estado de salud y enfermedad, lo cual puede lograr mediante una comunicación adecuada, la amabilidad, la confianza y el respeto hacia el paciente (Mendoza F., 2017). Se puede adicionar, que, cualquiera sea la circunstancia en el que esta relación se dé, se debe tomar en cuenta, que existen

cinco elementos básicos en dicha relación: Aspectos de conocimiento; aspectos afectivos; aspectos operativos; aspectos éticos; y, aspecto histórico-social.

Por lo tanto, el médico, debe cubrir todos esos aspectos de la mejor manera, recordando los principios éticos que le fueron enseñados como trabajador, como investigador y como profesional, y por supuesto, los derechos de los pacientes, tomando en cuenta, que en cualquier circunstancia, se debe velar por la dignidad humana, y ajustando todos los aspectos de la relación médico-paciente -conocimiento, afectivos, operativos, éticos e histórico-social- hacia una situación de equilibrio profesional-humano.

2.1.9. Interculturalidad

El sistema de salud es eminentemente social, en donde confluyen varias personas de diversas culturas, cada una con sus creencias, por lo cual se producen muchas veces divergencias, que surgen de dos fuentes: por la cultura propia de usuarios del sistema de salud y de los prestadores de salud y por la dominación de una cultura sobre otra (Alarcón M., Vidal H., & Neira Rozas, 2003), lo que implica que, en este caso, el sistema de salud occidental, tienda a dominar otros sistemas de salud culturales, debido a los procesos de colonización, y de revolución científica-médica experimentada, sin embargo, dicha dominación, no siempre es bien recibida, ocasionando varios problemas como el “rechazo y falta de adhesión a las prácticas médicas occidentales, conflictos de poder entre agentes tradicionales y médicos, desarticulación de la estructura social de la comunidad” (Alarcón M., Vidal H., & Neira Rozas, 2003, p.1064), por lo que, es necesario que la cultura médica occidental, proponga estrategias adecuadas para fomentar la interacción entre los diferentes sistemas de salud.

De forma general, la interculturalidad presupone la interacción entre distintas culturas, pero también que estas culturas estén previamente identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento. De allí la importancia de la determinación de los pueblos indígenas, lo cual a su vez implica el reconocer un grupo humano diferenciado de los demás y luego acceder a su identidad... la interculturalidad en salud se incorpora en los países con población indígena en los últimos años, no como una expresión del desarrollo natural de la medicina sino como respuesta a las presiones sobre el sistema de salud para que atienda a las demandas sobre el derecho de los pueblos indígenas a recibir una atención médica acorde con sus patrones culturales (Salaverry, 2010, p.92).

2.1.10. Ciclo de vida

El ciclo de vida, es aquella trayectoria de todo ser humano que está ligado a capacidades y funciones de tipo biológico, según Villar & Triadó, (2006), esta trayectoria tiene una forma de U invertida, en donde, en la primera etapa que comprende la infancia y la adolescencia se da el mayor desarrollo y crecimiento de las capacidades y funciones biológicas, en la segunda fase, se da estabilidad de las mismas, y en la fase tres que comprende la vejez, se da el declive de dichas funciones y capacidades.

Existen cuatro etapas básicas en el ciclo vital del ser humano, que están relacionadas con la edad: la infancia, la juventud, la adultez y la vejez (Cechini, Filgueira, Martínez, & Rossel, 2015), dándose en este ciclo, tres crisis vitales: el nacimiento,

la reproducción y la muerte (Santa María, 2017). Cada una de estas etapas tiene sus propias características, que van a diferir de acuerdo al grupo social y al país en el que se encuentre la persona, pero de manera general se puede atribuir a cada etapa lo siguiente (Cechini, Filgueira, Martínez, & Rossel, 2015):

- Infancia: alta dependencia, relaciones a través de la familia y daños con efectos duraderos que influye en el futuro de la persona.
- Juventud: transición hacia la adultez, adquiere roles y estatus de adulto.
- Adultez: autonomía, independencia y desarrollo de vínculos con la sociedad.
- Vejez: disminución del trabajo, más necesidades de salud y dependencia de otras personas.

Cada una de esas etapas tiene varias subetapas, y en cada una de estas etapas, el ser humano se desarrolla, en las dimensiones física, emocional, social y cognoscitiva, que a su vez pueden estar interrelacionadas, y que, continúan durante toda su vida. La dimensión física, se refiere a temas de salud, sueño, funcionamiento de sistemas del cuerpo humano, crecimiento físico, etc., la dimensión emocional se relaciona a los sentimientos y conductas, la dimensión social, se refiere a las relaciones con pares, familia, procesos de socialización, etc., y la dimensión cognoscitiva, toman en cuenta todos los cambios de procesos intelectuales, aprendizaje, juicios, problemas, etc. (Rice, 1997), de los aspectos psicológicos y dimensiones distintas a la física, se encarga la Psicología Evolutiva o Psicología del Desarrollo y la Psicología del ciclo vital.

Dentro del ciclo de vida una de las funciones de la mujer es el embarazo, ya que, a través de ella, se propaga la vida, muchas veces independientemente de su estado civil. Algunas características de este proceso se mencionan a continuación.

Embarazo

El embarazo es un proceso de reproducción humana que implica varios cambios fisiológicos para la mujer, entre los principales son: a) Cambios en el peso y composición corporal; b) cambios en su sistema cardiovascular, debido al incremento del gasto cardíaco; c) cambios en el aparato urinario, consecuencia del incremento del espacio muerto urinario, al crecimiento de la vascularización renal y al aumento del volumen intersticial; d) cambios en el tracto gastrointestinal; por el incremento hormonal y al volumen uterino; e) cambios en sus sistema nervioso por la disminución del riego sanguíneo en cierta etapa del embarazo; f) cambios en su sistema respiratorio; g) cambios en la piel; h) cambios en la farmacocinética de medicamentos y drogas (Purizaca, 2010); e, i) cambios en su estado emocional, por lo tanto, la mujer gestante requiere de varios cuidados que salvaguarden su estado de salud, así como la del feto que lleva dentro de su vientre.

Los cuidados que toman las mujeres en este proceso van a depender también de la cultura en la que se encuentra, ya que cada grupo, tiene sus propias costumbres en relación al embarazo, tanto para cuidados durante el proceso como aquellos cuidados post parto. Es importante saber que un embarazo normal tiene una duración de 38 a 40 semanas, en el cual la mujer, debe incrementar su peso entre 11 a 16 kilos, y que, uno de los principales cuidados a las mujeres embarazadas, que en todo grupo social se da, es su alimentación, con el objeto de prevenir un posible estado de

desnutrición o la prevención de deficiencias de diversos nutrientes, por lo que, los médicos recomiendan el uso de suplementos nutritivos para ingerir elementos como el ácido fólico y el hierro y la toma de vitaminas, en especial la A y la D (Maldonado-Durán, Saucedo-García, & Lartigue, 2008). Durante el proceso del embarazo, la mujer recibe atenciones médicas mensuales, en donde normalmente, los médicos revisan que este proceso esté dentro de la normalidad, realizando exámenes periódicos de sangre y ecografías.

Muerte

Según Franco (1993), la vida misma implica un final, que es la muerte, es decir, que constituye una condición inherente e inevitable de la existencia de todo ser vivo, y todo ser vivo está en continuo proceso de cambio y descomposición, con la posibilidad a través de todo este proceso, que pueda morir.

Ante esta realidad de muerte, la cual es muy dolorosa cuando se trata de un allegado, en cualquier estrato social, las personas del mundo tienen diversas costumbres para enfrentar una muerte cercana, en el caso del Ecuador, normalmente se compone de dos partes esenciales, el velorio y el entierro. El velorio como su nombre lo indica, es la velación del cadáver del fallecido, realizada normalmente en una sala funeraria o en ciertos lugares, en la casa del fallecido, allí acude la gente para dar el último adiós al occiso y acompañar a la familia en su dolor, transcurrido algún tiempo, se procede al entierro, en la actualidad también algunas personas prefieren la cremación.

2.1.11. Curso de vida

El curso de vida es un enfoque propuesto por Glen Elder, a partir de su obra *Children of the Great Depression* de 1974, en donde investiga la relación entre la vida individual y la historia de la sociedad (Lalive d'Épinay, Bickel, Cavalli, & Spini, 2011), definiéndolo, el curso de vida es el estudio interdisciplinario del desarrollo de la vida humana (ontogénesis humana) mediante el establecimiento de puentes conceptuales entre: a) los procesos de desarrollo biológicos y psicológicos; b) el curso de la vida como institución social, desde el doble punto de vista: el de las regulaciones sociales y culturales de la cual es objeto y de su construcción por los individuos en función de sus recursos y el de sus perspectivas biográficas; c) el contexto socio histórico y los cambios que este experimenta (Lalive d'Épinay, Bickel, Cavalli, & Spini, 2011, p.20).

Este enfoque del curso de vida, también se aplica en la salud individual y poblacional, definiéndose como “el resultado de la interacción dinámica entre las exposiciones y eventos a lo largo de la vida condicionados por mecanismos que integran las influencias positivas o negativas que dan forma a las trayectorias de las personas y al desarrollo social” (Organización Panamericana de la Salud, 2018, p.1), lo que implica que la salud es parte del desarrollo individual y de un grupo a lo largo de su curso de vida, incluso desde su concepción o más allá de la muerte, por la trascendencia que puede alcanzar, lo que indica, que la salud se puede construir y no únicamente, es antónimo de enfermedad.

El concepto del curso de la vida incorpora la influencia de los determinantes de la salud en los individuos y las poblaciones, los cuales, son decisivos para construir la salud; entender esto puede aportar mayor claridad acerca de la influencia de la salud en el modelo de las trayectorias de vida y en el desarrollo

humano, y del impacto real de las inversiones en la salud a corto, mediano y largo plazos. Además, demuestra que en la salud hay un impacto no solo del hacer sino también del no hacer. Esta visión de la salud pública brinda una perspectiva más real de los problemas y mejora la capacidad para enfocarse en las prioridades y las necesidades de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2018, p.2), justamente, es aquí donde se enlaza el concepto de promoción de la salud.

De ahí que, la prevención de la salud, tenga como objetivo la reducción de los riesgos de enfermedades y del avance de las mismas, mientras que, la promoción de la salud, crea estrategias centradas en la salud de la comunidad y su mejora (Vignolo, Vacarezza, Alvarez, & Sosa, 2011).

2.2. Metodología

2.2.2. Unidad de investigación

La unidad de investigación fue el Centro de Salud Anidado Asdrúbal de la Torre, debido a tres motivos esenciales: a) porque se trata de una institución pública, prestadora de servicios de salud primarios esenciales para los ciudadanos del Ecuador; b) porque es un centro de salud donde confluye gran diversidad cultural; y, c) porque como postgradistas de la especialidad de Medicina Familiar, formamos parte de este centro de salud. Esta unidad de salud, se encuentra ubicado en Cotacachi, en las Calles Pedro Moncayo y Segundo Luis Moreno. La cantidad de pacientes atendidos anualmente en el centro de salud supera los 17.000 habitantes.

El centro de salud funciona en el mismo edificio o casa del Hospital Asdrúbal de la Torre, de ahí su nombre anidado, que significa incorporado. Sus instalaciones se encuentran en la parte posterior de dicha edificación (detrás de emergencias del hospital).



Figura 1: Entrada al Hospital Asdrúbal de la Torre y emergencias del Hospital

Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

El centro de salud tiene autonomía, es decir, tiene su propio personal, jefaturas y partidas presupuestarias gubernamentales. El horario de trabajo es de 8h00 a 17h00 de manera ininterrumpida, sin embargo, dentro de sus instalaciones, también funciona ciertas áreas de consulta externa del Hospital Asdrúbal de la Torre, tales como Pediatría, por lo que, muchos de los pacientes confunden los servicios de las dos dependencias.

La distribución étnica de los pacientes atendidos en el centro de salud anidado en el año 2018 y en el primer semestre del 2016, fue bastante similar, los porcentajes señalan, que los pacientes son en un 53.33% de etnia indígena, seguidos por los mestizos con un 42.69%, con el 2.43% se tienen pacientes de etnia blanca, y con porcentajes inferiores al 1% se atienden pacientes afro ecuatorianos, negros, mulatos, montubios y otros.

El total de pacientes atendidos en el 2018 fue de 17084 y para el 2019 se proyecta un total de 17168 pacientes, en los cuadros del análisis situacional redactados por el Gobierno, se incluye la atención de niños menores a un año, sin embargo, las sumatorias, se encuentran a partir de un año o doce meses de edad. Aproximadamente, el 50% de las atenciones del centro de salud, la dan a pacientes que tienen una edad que va desde los 20 a los 64 años de edad. Los niños desde los dos años de edad hasta los adolescentes de 19 años, también representan un grupo importante de atención de esta unidad de salud. Según las estadísticas realizadas, tanto en el 2018 como en el 2019, el 84% de los pacientes adultos del centro de salud saben leer y escribir, mientras que el 16% no saben ni leer ni escribir, lo cual, es un indicador del nivel de educación de la zona.

En la tabla inferior se puede apreciar los servicios que presta esta unidad y la cantidad de médicos y personal por cada una de las áreas y puestos de trabajo. La unidad trabaja con un total de 35 funcionarios.

Tabla 1: Cantidad de funcionarios de la unidad anidada

| Servicios | Cantidad |
|--------------------------|-----------|
| Medicina General | 2 |
| Odontología | 2 |
| Medicina Familiar | 2 |
| Obstetricia | 1 |
| Nutrición | 1 |
| Farmacia | 2 |
| Auxiliares /enfermeras | 3 |
| Encargada de Estadística | 3 |
| TAPS | 18 |
| Información | 1 |
| Total de personal | 35 |

Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

2.2.3. Tipo de investigación

Es un estudio cualitativo etnográfico, en donde se levantó información etnográfica – cualitativa hasta saturar información y cuyas estrategias metodológicas fueron tres momentos de investigación sucesivos:

1. Primer momento: Entrevista estructurada. La entrevista estructurada es aquella que se basa en preguntas específicas previamente establecidas o un formato establecido. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)
2. Segundo momento: Re entrevistas realizadas, las cuales se utilizaron para completar información sobre diversos temas analizados.
3. Tercer momento: Grupos focales. Los grupos focales también llamados grupos de enfoque o focus group, son entrevistas grupales realizadas a grupos pequeños de hasta de diez personas, a través de los cuales se realizó la comprobación, contraste y saturación de la información. Esta técnica profundiza sobre algún tema particular mediante la interacción, y está dirigido por un especialista en dinámicas grupales, que debe estar empapado del tema a investigar (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

2.2.4. Selección de informantes

La selección de informantes se realizó mediante el ejercicio racional y representativo de los sujetos, conforme a la diversidad cultural de la zona o pluralidad étnica y a la predisposición y aceptación de los usuarios del centro de salud para la realización de las entrevistas sobre sus experiencias en el centro de salud anidado. Los informantes pertenecían a tres parroquias del Cantón Cotacachi como son Quiroga, San Francisco y Sagrario, las cuales, están ubicadas cerca del centro de salud anidado y que son de competencia de esa unidad de salud. El estudio se realizó a personas mayores de edad, que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión hasta saturar la información, cuyo total fue de 64 personas.

2.2.5. Informantes: Descripción sociodemográfica

Se escogieron cuatro elementos que permitieron describir socio demográficamente a los 64 informantes del estudio, dichos elementos son: a) la parroquia a la que pertenecen o donde están domiciliados, b) la edad de los informantes, c) el grupo étnico con el que se identifican; y, d) la situación laboral u ocupación con la que sustentan económicamente, los cuales, fueron recabados a través de la hoja base de las entrevistas estructuradas y de los grupos focales realizados a todos los informantes.

Los resultados muestran que los informantes pertenecen a las parroquias de Quiroga, San Francisco y Sagrario, las cuales son aledañas al centro de salud anidado y que son asignadas a esa unidad de salud, 24 informantes pertenecen a la parroquia San Francisco, que representa el 37% del total; 21 informante pertenecen a la parroquia Quiroga representando el 33% del total y 19 informantes son de la parroquia Sagrario, que representa el 30%. La edad, constituía uno de los criterios de inclusión, por lo que, las personas a las que se realizó el estudio etnográfico tienen edades entre los 18 a 65 años de edad; 24 informantes tienen edades entre los 24 y 36 años, 19 informantes tienen edades entre 48 y 60 años, 14 informantes tienen edades entre 36 y 48 años, seis informantes tienen edades entre los 18 y 24 años y un informante no indica su edad. En relación al grupo étnico, en el estudio participaron tanto indígenas como mestizos, de 41 mestizos y 23 indígenas, que representan el 64% y 36% respectivamente.

La situación laboral de los informantes era bastante dispareja, ya que había personas que no trabajaban, así como amas de casa, artesanos, empleados, entre otros.

2.2.6. Informantes: Etnografía sobre experiencias y trayectorias en torno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente

El estudio etnográfico va a indagar en varios temas que formar parte de las experiencias y trayectorias de salud de los informantes dentro del centro de salud anidado del Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi, algunos de ellos, son aspectos relacionados a la cultura, desigualdad y discriminación, relación con los médicos, y aspectos esenciales del ciclo de vida como el embarazo y la muerte, entre otros. Las distintas experiencias, trayectorias e incluso puntos de vista, fueron obtenidos a través de los tres momentos del estudio: la entrevista, la re entrevista y los grupos focales. Se desglosó cada variable cualitativa en distintos indicadores cualitativos, los cuales son llamados así debido a la naturaleza del estudio (López Baena, Valcárce Cases, & Barbancho

Medina, 2000), que es de carácter social cualitativa, y que permitieron analizar, organizar y resaltar todas las experiencias de los relatos y testimonios de los informantes relacionadas con cada una de las variables cualitativas de la investigación etnográfica.

Tabla 2: Variables e indicadores cualitativos del estudio

| Variable cualitativa | Indicador cualitativo |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Salud | Definición de salud |
| Organización Familiar | Familia |
| Cultura | Enfermedades culturales |
| | Paradigmas alternativos |
| Desigualdad | Desigualdad social |
| Discriminación social | Discriminación social |
| Atención de salud primaria | Prevención de salud |
| | Promoción de la salud |
| | Calidad de los servicios de salud |
| Relación médico - paciente | Contexto |
| | Aspectos afectivos |
| | Revisión médica |
| | Conflictos |
| | Recomendaciones |
| Interculturalidad | Integración |
| Muerte | Significado |
| Salud mental | Comportamiento |
| Embarazo | Creencias |

Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

2.2.7. Aspectos bioéticos

Toda la recopilación de los diferentes testimonios se realizó previa explicación, aceptación y firma del consentimiento informado patrón de la Organización Mundial de la Salud, sin ninguna coerción por parte de los investigadores y sin ningún incentivo monetario que sesgue la participación voluntaria en el estudio. Otro aspecto fundamental bioético, es el resguardo de las identidades de los sujetos que participaron en el estudio por parte de las investigadoras, mediante el establecimiento de códigos para cada uno de ellos con el fin de proteger su identidad.

Cabe resaltar, que la investigación desarrollada, no causó ningún daño de tipo ético ni biológico en los informantes o en el centro de salud anidado objeto de la investigación.

3. RESULTADOS

3.1. Salud



Figura 21: Wordsalad del tema Salud
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

Tanto el proceso de salud-enfermedad como su percepción, son construcciones personales y sociales, ya que, cada persona tiene sus creencias, valores y comportamientos que por supuesto están relacionados con su entorno, y con sus condiciones económicas (Sacchi, Hausberger, & Pereyra, 2007), por lo tanto, es imposible pretender que un grupo tenga una concepción generalizada sobre lo que significa salud y enfermedad. Sin embargo, se puede notar claramente, que personas de diferentes estratos sociales tienen acepciones más cercanas a la definición de salud de la OMS, ya que, integran elementos físicos, mentales y sociales, lo que no sucede con personas de condiciones económicas más bajas, ya que, aunque, todos los informantes eran mestizos, aquellos que mantenían una ocupación más básica, contribuyeron con definiciones más simples, mientras que aquellas, que tenían un mejor empleo o una mejor posición económica, contribuyeron con definiciones más integrales y holísticas.

La salud también implica aspiraciones de lo que se pretende alcanzar a través de la misma, y se relacionan a distintos componentes indispensables según cada punto de vista, los cuales, pueden perseguir un estado físico ideal, estado psíquico, estado social o con un estado ideal (Gavidia & Talavera, 2012), lo cual también se puede apreciar en los relatos obtenidos de los informantes, al mencionar palabras como bienestar, tranquilidad, satisfacción, o simplemente carecer de dolor. Se puede observar también que, dentro de las distintas acepciones de salud, la salud mental forma parte del concepto general, es decir, algunos pacientes están muy conscientes de que la salud mental es tan importante como la salud física y constituye un elemento de la salud

3.2. Organización familiar

La organización familiar de las personas que son atendidas en el centro de salud anidado de Cotacachi, es eminentemente tradicional, ya que, prevalece la forma nuclear: esposo-esposas-hijos con independencia de su lugar de vivienda, también existen casos reducidos de familias monoparentales, en donde, en todos los casos, las cabezas de familia son mujeres. Se observa además que, en algunos casos de madres solteras o inclusive en familias nucleares, la familia se extiende a familiares cercanos.

3.3. Cultura



Figura 32: Wordsalad del tema Cultura
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

3.3.1. Enfermedades culturales

Las enfermedades culturales no son algo nuevo en los estudios antropológicos, de hecho, existen varias enfermedades de este tipo detectadas a través de estos estudios, las cuales son de

origen sobrenatural, extra-humana o mágicas, identificadas en distintas partes de Latinoamérica como el “mal de ojo”, “susto”, “espanto”, “nervios” o “ataque de nervios”, “caída de la mollera”, “aires” o “malos vientos”, etc., y que son obviamente, opuestas a las enfermedades naturales, no interpretadas por la medicina occidental, y cuyo tratamiento lo realizan los indígenas (Peretti, 2010), sin embargo, se observa también, que en el estudio realizado, este tipo de enfermedades no solo involucran a los indígenas otavaleños, sino también son identificados en las experiencias de salud de los mestizos del campo de estudio, lo que puede traducirse, como un intercambio cultural entre las costumbres respecto de la salud, al igual que la medicina occidental es acogida, cada vez con más fuerza por la cultura indígena, también ha ocurrido que, la cultura occidental ha acogido ciertas enfermedades culturales indígenas.

El tipo de enfermedades culturales a las que hacen alusión los informantes, son aquellos que no tienen explicación médica, sin razón o motivo, los malestares se hacen presentes, y requieren de tratamientos especiales, tales como limpiezas y friegas con elementos naturales, que son realizadas por personas dedicadas a este tipo de sanación y con habilidades especiales para hacerlo, inclusive la misma persona puede hacerlo siempre y cuando, sea realizado con un elemento místico como el agua bendita.

3.3.2. Paradigmas alternativos

El indicador cualitativo *paradigmas alternativos* se define como un conjunto de prácticas, sistemas, productos y atención que no forma parte de la medicina convencional (Nogales-Gaete, 2004), entre las cuales, se encuentran los sistemas de salud naturista, nativo, homeopático, quiropraxia, entre otras. La cultura de los individuos del estudio, demuestra una preferencia por la medicina naturista, por el uso de aguas medicinales, que alivian los síntomas que presentan los pacientes, de enfermedades convencionales, y cuya urgencia no amerita la visita al médico en el centro de salud, tanto de mestizos como de indígenas. En este sentido, las enfermedades culturales, tienen su propio tratamiento, que es también bastante cercana a la medicina naturista, por el uso de elementos naturales para su curación. Se observó también en algunos individuos mestizos, tendencias hacia la automedicación y consultas a dependientes de farmacias, lo cual dista de ser parte de un sistema de medicina alternativa.

3.4. Desigualdad social



Figura 43: Wordsalad del tema Desigualdad social
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

La desigual forma de vivir, enfermar y morir, afecta a todos los seres humanos a nivel mundial, y, en las sociedades capitalistas, constituye una de sus crudas verdades. La gran mayoría de personas del mundo, no poseen un mínimo de bienestar material y social, por lo que no disponen de una buena atención sanitaria y tienen factores de riesgo más elevado, ensanchando la brecha de la desigualdad social (Benach & Muntaner, 2005), ciertamente, el gobierno anterior, “trabajó” para que esas brechas aminoren, y algo logró, al menos, más acceso a medicinas, mejor atención al público y una evaluación de desempeño a los funcionarios, pero muy a pesar, de los esfuerzos, la desigualdad es un hecho, con lo que las personas lidian día a día.

No deja de sorprender, sin embargo, que algunas personas consideren normal, una atención médica llena de deficiencias, lamentablemente, las personas nos acostumbramos a la desigualdad y a sus consecuencias, lo cual, va más allá del buen o mal trato, sino que repercute hacia los tratamientos médicos y en la vida o muerte del paciente, ya que, muchos testimonios, apuntaban a los malos diagnósticos y la superficialidad con la que se revisa al paciente, que no solo es un problema de la capacidad del personal de salud, sino que son desde nuestro punto de vista, deficiencias del Estado, en relación a la asignación de los recursos hacia las pequeñas ciudades y pueblos en comparación a las grandes ciudades y al pobre seguimiento en estas dependencias. Existieron testimonios que señalaban que, frente a la inexistencia de turnos, simplemente, las personas, no podían atenderse en otro sitio por falta de dinero o recursos, tan solo tres personas de más de sesenta testimonios, indicaron que podían acceder a un médico particular, lo que, permite apreciar la realidad de nuestro país, en temas de desigualdad social y el acceso a la salud.

3.5. Discriminación social



Figura 54: Wordsalad del tema Discriminación social
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

El gobierno y la sociedad deben propender a alcanzar la equidad en salud, que involucra varios aspectos como la distribución igualitaria de la atención sanitaria, alcanzar un buen nivel de salud y justicia en sus procesos, por lo que debe estar en todo sentido, ausente de discriminación (Sen, 2002), que no es otra cosa, que una actitud cultural condicionada y negativa de un grupo dominante hacia un grupo dominado, expresada a través de comportamientos hostiles y tratos desiguales de los primeros hacia los segundos (Gall, 2007), y que ha afectado a la población indígena del país desde hace siglos. Los testimonios reflejan aún la existencia de actitudes discriminatorias, de funcionarios mestizos hacia personas

indígenas usuarias del centro de salud, algunas de esas personas, manifestaban, que depende de la persona de turno, o del área, pero, ciertamente, es una situación inaceptable, ya que, en este caso, el grupo dominante, está compuesto por personas profesionales, que “supuestamente” están dispuestas ciento por ciento hacia el servicio y la salvación de otras, sea cual sea la condición económica, social, étnica, de género, de religión, de preferencias sexuales, entre otras, del paciente, y una actitud discriminatoria, dista en gran medida del propósito de carreras relacionadas a la salud.

Se insta, a realizar otros estudios relacionados con este tema, ya que, existe la posibilidad, de que podría confundirse un tema de mala atención y servicio al cliente, con un tema discriminatorio, ya que al revisar los registros de las entrevistas, algunos mestizos también se quejaban de malos tratos por parte del área de estadística y de ciertas enfermeras, lo que amerita una profundización del tema discriminatorio y un estudio pormenorizado de los malos tratos que experimentan tanto mestizos como indígenas en el centro de salud.

3.6. Prevención y Promoción de la salud

Las experiencias de los usuarios reflejan un mayor énfasis por parte del Gobierno Nacional hacia la prevención de la salud, mediante las charlas, consejos dentro de la consulta, y la labor de los/las TAPS, sin embargo, se aprecian pocas estrategias enfocadas en la promoción de la salud, lo cual debe ser trabajado con mayor ahínco por parte de las autoridades y funcionarios del Centro de Salud, por ejemplo, se puede promover un estilo de vida más saludable a través del ejercicio físico, establecer programas de entorno saludable, en escuelas, en empresas públicas y privadas, entre otros, sin embargo, existen temas de las charlas y tratados por los TAPS, que podrían ser considerados dentro del marco de promoción de salud, como por ejemplo, la nutrición y el peso de los niños. También es necesario, dar a conocer a los usuarios del centro de salud y a la comunidad, las competencias de los/las TAPS, ya que, muchas personas desconocen su labor, y por ende, la utilización de sus servicios, se restringe a problemas de trámites varios dentro de la Institución, y no a la multiplicidad de funciones para lo cual están contratados.



Figura 65: Wordsalad del tema Prevención y Promoción de la salud
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

Lo más adecuado, es que las charlas sean planificadas y debidamente informadas a la comunidad, para que, puedan escuchar la que sea de su interés, y realmente se haga una campaña de comunicación organizada en temas de prevención y promoción de salud, para que todos, sin excepción, puedan

aprovechar de la información impartida en el centro de salud y de alguna forma, mejoren los estándares de la comunidad de Cotacachi.

3.7. Servicios de salud



Figura 76: Wordsalad del tema Servicios de salud
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

Los servicios de salud pueden ser preventivos, curativos y de rehabilitación, la calidad de los mismos, pueden ser medidos a través de dos enfoques: 1) por su propósito, el cual sería alcanzar el estado de salud deseado; y, 2) por la percepción del paciente sobre su nivel de calidad (Losada Otálora & Rodríguez Orejuela, 2007), desde nuestro punto de vista, los dos enfoques deben integrarse en un solo, ya que la calidad debe involucrar la efectividad de los procedimientos de salud así como una buena atención hacia el paciente. Por otro lado, ligado al tema de calidad, está el concepto de confianza del paciente hacia el centro o la unidad de salud, que no es otra cosa, que la expectativa positiva que un sujeto o individuo tiene sobre algo o alguien externo que ejecuta alguna acción que lo involucra (Luna & Velasco, 2005), tomando en cuenta esos dos puntales; y, las diferentes novedades como las descritas por sus usuarios, tales como las demoras, la falta de médicos, las equivocaciones en los turnos, etc., que responden a las continuas deficiencias del sistema de salud lo que genera pobres expectativas en sus usuarios y que es transmitido a otras personas, tal es así, que hubieron personas que tenían una mala percepción del centro de salud y al recibir los servicios se llevaron una impresión positiva de sus servicios, se acuerda, en que sea cual sea la expectativa del paciente, los servicios de salud deben ser de excelencia y efectivos, y las acciones que se lleven a cabo en la unidad anidada, deben propender al logro de la calidad y la confianza del usuario hacia la dependencia y evidentemente, hacia sus funcionarios, en cualquiera de sus áreas.

También es necesario, que las personas tengan muy claro, los servicios de salud primarios que un centro como el de Cotacachi ofrece, y que las políticas gubernamentales en cuestiones de salud, fija parámetros y lineamientos en relación a la capacidad de la unidad anidada y a sus competencias en cuestiones de salud.

3.8. Relación médico – paciente

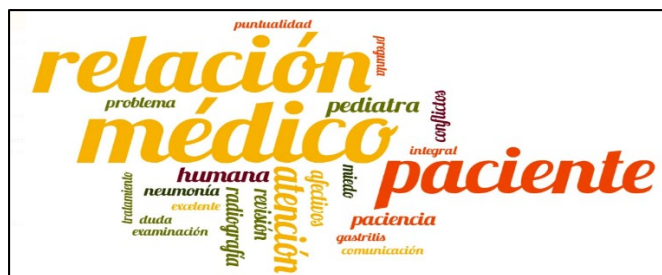


Figura 87: Wordsalad del tema Relación médico-paciente
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

La relación médico-paciente debe tener varios elementos cualitativos como la confianza, la libertad, la intimidad y la comunicación. La comunicación involucra la forma de hablar del médico, la mirada, las palabras adecuadas, la escucha al paciente, lo que significa prestarle atención y entenderle, así como la exploración manual e instrumental, todo esto, forja o no una buena relación entre las dos partes, lo que puede afectar su relación de amistad, así como el diagnóstico y el tratamiento a seguir (Dörr A, 2004), son justamente, algunos de los elementos mencionados, en los que los médicos del centro de salud anidado de Cotacachi deben trabajar, como la falta de examinación o revisión, las muecas que hacen a los pacientes, su falta de paciencia ante inquietudes de los pacientes, entre otros, que son factores emocionales o técnicos, sin duda, los aspectos técnicos son los más preocupantes.

Los médicos, deben propender a una atención integral, nuestro criterio, es que, de ninguna forma, el paciente tiene responsabilidad de una mala relación, ya que, como profesionales es nuestro deber buscar los modos acertados para llegar al paciente y establecer los mejores vínculos con el mismo, de tal forma que, reciba la mejor atención sanitaria tanto técnica como humana, por lo tanto, es necesario fomentar el respeto entre las dos partes, y cuidar la dignidad humana del paciente, sin menospreciarlo por sus condiciones socio-económicas, ni discriminarlo por su etnia, pero también nos corresponde, de cierta manera, educar a los funcionarios del centro de salud, ya que como se conoce, la relación con el paciente se da, desde diversas áreas y niveles en el centro de salud, y al igual, que, con el médico, esta involucra elementos profesionales y humanos. Hay que entender, que, estamos en una época globalizada y de inclusión, y que los prejuicios deben ser removidos a través de programas de educación y de contacto con los sectores vulnerables de nuestra sociedad ecuatoriana.

3.9. Interculturalidad



Figura 98: Wordsalad del tema Interculturalidad
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

Es importante comprender que la interculturalidad es la relación de culturas distintas, es negativa si se destruye o disminuye lo culturalmente distinto y es positiva, cuando se acepta la otra cultura y se enriquece de lo distinto sin perder lo propio. Para el caso de la interculturalidad en salud, existe la perspectiva del médico y del paciente, el médico por su parte, debe aceptar la cultura de cada uno de sus pacientes, pero, cuando dicha relación, posee tintes discriminatorios lo que indica es el desprecio que sienten los responsables de la salud hacia determinadas culturas (Fernández Juárez, 2004), que, desde nuestro punto de vista, también involucra a otros funcionarios del centro de salud. El paciente, por otro lado, debe insertarse o integrarse al sistema de salud de la cultura, en este caso, la occidental o convencional, lo que muchas veces le cuesta, debido, a la desconfianza generada por los funcionarios, los costos, y el miedo al rechazo y a la discriminación (Fernández Juárez, 2004), por lo tanto, es muy importante una buena educación en los médicos y funcionarios de la dependencia de salud así como también, le corresponde al Estado, mantener instituciones que faciliten esta relación cultural. Las experiencias relatadas por las personas objeto del estudio etnográfico revelan varios aspectos negativos de interculturalidad, ya que, por parte de ciertos médicos y funcionarios del centro de salud, aún existen manifestaciones de discriminación y de rechazo, lo cual deriva en el temor que algunos indígenas tienen en acudir al centro de salud, en especial por parte de las personas mayores que no hablan español, a pesar de que conocen, que el centro de salud tiene los TAPS que son de la comunidad y que puede ayudarlos, por supuesto, existe también el otro polo, en donde las personas dan testimonio de una interculturalidad positiva, pero es fundamental, que se trabaje en mejorar los elementos negativos determinados a través de este estudio, ya que, Cotacachi cuenta con un alto porcentaje de indígenas, que merecen y tienen derecho a recibir atención sanitaria de calidad, lo que involucra aspectos técnicos, humanos y sociales excelentes.

3.10. Muerte



Figura 109: Wordsalad del tema Muerte
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

El miedo a la muerte es una de las realidades de la vida, sea propia o ajena –de allegados-, con enfermedad o sin ella, la muerte, es un factor que desequilibra de alguna manera a los seres humanos, haciéndolos actuar a veces de manera extrema o lo contrario, haciéndolos más responsables y conscientes (Carmona Berrios & Bracho de López, 2008), sin embargo, se

aprecia que las personas que conversaron sobre el tema, no sentía ningún dolor o evento traumático, relacionado con la muerte, tan solo una mujer mencionó la muerte de su padre, pero jamás relacionó ese hecho con tristeza o temor a la muerte. Al parecer también es importante, la forma de morir, ya que, una persona relacionó la muerte con la causa, mencionando que no le gustaría que sea por enfermedad, y se preocupó por su familia. El velorio es el periodo entre el fallecimiento y el entierro, en donde familiares velan al fallecido, junto con sus amigos y personas que quieran acompañarlos en su dolor, existen distintas manifestaciones para expresar la tristeza en este acto social, por ejemplo, la vestimenta, las flores, los rezos, etc., se constatan distintas costumbres al respecto, de una ciudad a otra, entre regiones costa-sierra e inclusive según la etapa del ciclo vital del fallecido, niño-adulto, pero de cualquier forma, es una expresión del dolor por la partida de la persona, pero que, no es sinónimo de duelo, ya que el duelo implica una experiencia de sufrimiento por la separación definitiva de una persona querida, que desequilibra a la persona, y que necesita de tiempo para su recuperación (Carmona Berrios & Bracho de López, 2008), por lo tanto, el velorio es tan solo una expresión temporal de despedida.

3.11. Salud mental



Figura 1110: Wordsalad del tema Salud mental
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

Los testimonios claramente dejan ver el estereotipo que las personas manejan en relación a los enfermos mentales y mencionan dos palabras clave: peligrosos y de cuidado, se puede ver también el miedo o el recelo que se produce en las personas, cuando hablan de que solo los médicos preparados deben acercarse a los enfermitos, enmarcando, a su vez, a los enfermos mentales, en esa palabra, lo cual, no se produce con otro tipo de enfermedad física y biológica, aunque dentro del significado de salud, muchas personas enmarcan la salud mental. Es interesante, también que una persona haya dicho que la discriminación se da también con otras personas y no solo con los enfermos mentales, sin embargo, se observa poca acción de parte del centro de salud y autoridades competentes para reducir la estigmatización por este tipo de enfermedades, hay que mencionar, que la educación y el contacto con el grupo afectado (Arnaiz & Uriarte, 2006), pueden ser buenas opciones para este propósito.

Por otro lado, de las entrevistas realizadas a los distintos usuarios del centro de salud, ningún adulto mencionó haber ido para atención psicológica propia, tan solo un hombre

mencionó ir a psicología porque le pedían este requisito del colegio de su hijo y una mujer del grupo focal dos, de igual forma asistió por su hija, y a pesar, de que la salud mental forma parte del plan de salud integral a nivel primario (Minotelli, Rojas, & Horvitz-Lenon, 2012), los pacientes omiten las visitas al psicólogo, quizá justamente, porque se trata de un tema que genera prejuicios o ven a la salud mental como un tema irrelevante, por ello, es muy importante que se fomente este tema en el centro de salud, ya que, muchas veces las personas, asocian únicamente la locura con la salud mental y el estado de enfermedad, sin conocer que existen, muchos otros factores involucrados, como los vicios –alcohol, tabaquismo, drogas-, la depresión, el estrés, entre otros, lo cual, dejan como aspectos secundarios de su salud o de sus familiares.

3.12. Embarazo



Figura 1211: Wordsalad del tema Embarazo
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

La desigualdad y la inequidad también se da en los niveles de atención del embarazo, lo que desemboca en mortalidad materna. La pobreza y la desigualdad étnica, son dos de los factores que acrecientan el índice de mortalidad en Latinoamérica y el Caribe, debido a la falta de atención o la mala calidad en la misma, en especial a mujeres vulnerables como las indígenas (Armenta Paulino, Sandín Vásquez, & Bolívar, 2019). En el Ecuador, desde el año 2015, se inició la campaña Ecuador sin muertes maternas, apreciándose una disminución de la muerte materna de 73 Muertes Maternas en el 2015 a 55 Muertes Maternas a junio del 2019, este índice se calcula sobre 100.000 embarazos, en la provincia de Imbabura se registra solo un caso (Ministerio de Salud Pública, 2019). Los testimonios señalan la participación de las parteras para acomodar al bebé, pero finalmente, la atención del parto y la atención sanitaria en ese proceso fue recibido en el centro de salud o en el hospital, también se observan cuidados propios de la cultura, como la comida suave siendo el principal protagonista, el pollo, y las aguas medicinales para purgar. Sobre el encaderamiento, las mujeres, indican no haber seguido esta tradición debido a la incomodidad, al igual, que la falta de baño que personas antiguas sugerían para los cuidados postparto, en todo caso, se aprecia una buena gestión del gobierno por tener como objetivo a largo plazo la disminución de la muerte materna y de la muerte de los recién nacidos, a través de la atención a personas vulnerables que muchas veces no tienen acceso a una atención de salud adecuada en su embarazo.

4. CONCLUSIONES

Salud: La concepción de salud depende de las condiciones socio-económicas de los ciudadanos, así como de las relaciones de éstos con su entorno, por lo que existen distintas acepciones al respecto, denotando definiciones más integrales en personas con mejor niveles sociales y económicos que acuden al centro de salud anidado.

Organización familiar: La organización familiar nuclear prevalece entre los informantes del centro de salud anidado, sin embargo, hay casos también de familias monoparentales, familias extendidas y pocos casos de personas que viven solas.

Cultura: Existen enfermedades culturales dentro de la comunidad indígena otavaleña que es usuario del centro de salud y que ha sido transmitida también a los mestizos, tales como el espanto y el mal aire, los cuales son tratadas mediante limpias con huevos, aguas especiales, cuyes, entre otros. Algunas personas utilizan la medicina alternativa, principalmente las hierbas medicinales como tratamiento a ciertas dolencias como dolor de garganta y dolor de estómago, pero cuando no existe mejora o hay fiebre, entonces las personas acuden al centro de salud para ser tratadas. Se observó entre mestizos y pocos indígenas, las visitas a la farmacia en busca de remedios para aliviar síntomas de enfermedades, saltándose la visita al médico del centro de salud y también la automedicación en algunos casos.

Desigualdad social: Se observó la existencia de ciertas preferencias por parte de funcionarios del centro de salud hacia amigos personales para la atención médica, acomodando los turnos a conveniencia, sin embargo, algunas personas mencionaron que no sienten ningún tipo de desigualdad por su nivel socio económico en relación a otras personas con mejor posición.

Discriminación social: Los mestizos mencionaron que, si existe discriminación racial por parte de funcionarios hacia los indígenas, mientras que algunos indígenas negaron tal discriminación, sin embargo, se trata de un tema álgido que debe ser analizado con mayor profundidad.

Prevención y promoción de la salud: El centro de salud realiza varias acciones para la prevención de la salud, mediante charlas, recomendaciones dentro de la consulta, visitas de los TAPS y médicos rurales, pero se observa escasas actividades con respecto a la promoción de salud, que es un tema que debe ser trabajado de mejor manera en la comunidad.

Relación médico-paciente: Uno de los principales factores que afecta la relación médico paciente de los informantes del centro de salud anidado con los médicos es el tipo de revisión que realizan los médicos a sus pacientes, se encontraron varios testimonios de exámenes mal realizados y diagnósticos mal dados, por lo que, una de las recomendaciones de los usuarios enfatiza una mejor revisión, así como también solicitan a los médicos, tener paciencia y mejor carácter, lo que ablandaría este tipo de relación.

Interculturalidad: La gente joven y adulta de las comunidades indígenas no tienen reparos en integrarse al sistema de salud occidental, sin embargo, no sucede lo mismo con los indígenas ancianos de las comunidades, ya que mencionaron que algunos de ellos tienen miedo acercarse a dicho sistema de salud, especialmente por las dificultades de lenguaje y entendimiento.

Muerte: Las informantes presentan testimonios de conformidad hacia la muerte y de miedo ante la forma de

morir, las costumbres relacionadas al velorio y entierro difieren entre mestizos e indígenas, así como también entre regiones del Ecuador, y según las edades del occiso.

Salud mental: Los informantes reflejan recelo y temor ante los enfermos mentales, mencionando que son personas que requieren de cuidados especiales y que muchas veces pueden salir de control sino son tratados, lo que señala la estigmatización de este tipo de enfermedad en la sociedad.

Embarazo: El embarazo es visto como un proceso natural, las mujeres mestizas e indígenas frecuentan mes a mes los controles en el centro de salud, y pedían ayuda de la partera en el caso de mala postura del bebé, los cuidados postparto, se enfocan en una dieta a base de pollo y algunas de ellas habían sido encaderadas para que su útero vuelva al lugar, según las costumbres de la región de Cotacachi.

REFERENCIAS

Referencias

- Alarcón M., A. M., Vidal H., A., & Neira Rozas, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista médica de Chile, 131*, 1061-1065.
- Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.
- Armenta Paulino, N., Sandín Vásquez, M., & Bolúmar, F. (2019). Indigenous language and inequitable maternal health care, Guatemala, Mexico, Peru and the Plurinational State of Bolivia. *Bull World Health Organ, 97*, 59-67.
- Arnaiz, A., & Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental, 26*.
- Barsotti, C. A. (1981). LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DE LA REPRODUCCIÓN DE LOS AGENTES SOCIALES, LAS UNIDADES FAMILIARES Y SUS ESTRATEGIAS. *Demografía y economía, 15*(2), 164-189.
- Belvedere, C. (2002). *De sapos y cocodrilos: la lógica elusiva de la discriminación social*. Biblos.
- Benach, J., & Muntaner, C. (2005). *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. España: Ediciones de Intervención Cultural. El Viejo topo.
- Bertolote, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry, 6*(2), 113-6.
- Blanco, M. (enero/junio de 2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población, 5*(8).
- Botello Peñaloza, H. A. (jul-dic de 2015). Determinantes de la discriminación racial en el mercado laboral en Ecuador, 2010-2012. *Equidad y Desarrollo*(24), 9-30.
- Carmona Berrios, Z. E., & Bracho de López, C. E. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública, 2*(2), 14-23.
- Cechini, S., Filgueira, F., Martínez, R., & Rossel, C. (2015). *Instrumentos de protección social. Caminos latinoamericanos hacia la universalización*. CEPAL Naciones Unidas.
- Cerri, C. (2010). La importancia de la metodología etnográfica para la investigación antropológica. El caso de las relaciones de valores en un espacio asociativo juvenil. *Perifèria: revista de recerca i formació en antropologia*(13), 1-32.
- Dörr A, A. (2004). Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Rev Méd Chile, 132*, 1431-1436.
- Durán, M. (1983). *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos S.A.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética para clínicos, 13*.
- Fernández Juárez, G. (2004). *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (Primera ed.). Quito: Abya-yala.
- Franco, S. (1993). *PROCESO VITAL HUMANO PROCESO SALUD/ENFERMEDAD: UNA NUEVA PERSPECTIVA*. Universidad de Antioquía.
- Freire, W. B., Ramirez - Luzuriaga, M. J., Belmont, P., Mendieta, M. J., Silva - Jaramillo, M. K., Romero, N., . . . Monge, R. (2012). *Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años*. Quito: ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- Fuentes Fernández, R., Oporto Venegas, G., Bustos Medina, L., Prieto Gómez, R., & Rico Williams, H. (mayo-junio de 2009). Opiniones y creencias de embarazadas en control prenatal relacionadas con salud oral y embarazo. *Avances en Odontostomatología, 25*(3).
- Gall, O. (2007). *Racismo, mestizaje y modernidad: visiones desde latitudes diversas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gavidia, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *DIDÁCTICA DE LAS CIENCIAS EXPERIMENTALES Y SOCIALES*(26), 161-175.
- Giddens, A. (2000). *La Sociología* (Tercera ed.). Madrid: Alianza.
- Gómez Esteban, R. (2002). *El médico como persona en la relación médico-paciente* (Primera ed.). Madrid: Editorial Fundamentos.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la Investigación* (Quinta ed.). México: McGraw-Hill.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research, 4*(1), 70-79.
- Lalive d'Épinay, C., Bickel, J.-F., Cavalli, S., & Spini, D. (2011). *El curso de la vida emergencia de un paradigma interdisciplinario*. Encuentro.
- Lombardo, E., & Krzemien, D. (2008). La Psicología del curso de vida en el marco de la Psicología del Desarrollo. *Revista Argentina de Sociología, 6*(10), 111-120.
- López Baena, A. J., Valcárce Cases, M., & Barbancho Medina, M. (2000). Indicadores Cuantitativos y Cualitativos para la Evaluación de la Actividad Investigadora: ¿Complementarios? ¿Contradictorios? ¿Excluyentes? *Cuadernos IRC*.
- Losada Otálora, M., & Rodríguez Orejuela, A. (julio-diciembre de 2007). Calidad del servicio de salud:

- una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuad. Adm. Bogotá*, 20(34), 237-258.
- Luna, M., & Velasco, J. L. (ene-mar de 2005). Confianza y desempeño en las redes sociales. *Revista mexicana de Sociología*, 67(1).
- Madel T., L. (2005). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15, 145-176.
- Maldonado-Durán, M., Saucedo-García, J., & Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinatol Reprod Hum*, 22, 5-14.
- Margulis, M., & Urresti, M. (1999). *La segregación negada: cultura y discriminación social*. Biblos.
- Mendoza F., A. (oct-dic de 2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4).
- Ministerio de Salud Pública. (2012). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS*. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Gaceta de Muerte Materna SE 25*. Subsecretaría de Vigilancia de Salud Pública. Obtenido de https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/gaceta_muerteevitabile_SE_25.pdf
- Minotelli, A., Rojas, G., & Horvitz-Lenon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cad. Saúde Colet.*, 20(4), 440-447.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Molano, O. L. (nov de 2007). Identidad cultural un concepto que evoluciona. *OPERA*, 7(7), 69-84.
- Nogales-Gaete, J. (2004). Medicina alternativa y complementaria. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 42(4).
- Novo, C. (2018). Discriminación y colonialidad en el Ecuador de Rafael Correa (2007-2017). *Alteridades*, 28(55), 49-60.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/about/mission/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas+*. Resumen, Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (09 de 05 de 2018). *Construyendo la salud en el curso de la vida*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/CursoDeVida.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (octubre de 2018). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/hq/index.php?Itemid=4016&lang=es>
- Pazos Garciandía, Á. (2005). *Conceptos clave de Antropología Médica en Terapia Ocupacional*. Madrid: Síntesis.
- Peretti, L. (2010). Las “Enfermedades Culturales”, la etnopsiquiatría y los terapeutas tradicionales de Guatemala. *Scripta Ethnologica*, XXXII, 17-28.
- Perondi, A. C., Rodríguez Lupiáñez, M., Molpeceres Álvarez, L., & Ongil López, M. (2010-2011). *FAMILIAS FORMADAS POR UNA SOLA PERSONA ADULTA CON HIJO(S) Y/O HIJA(S) A SU CARGO: DIAGNÓSTICO Y PROPUESTAS*. Madrid: Centro de Estudios Económicos Tomillo S.L / Gobierno de España.
- Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 56(1), 57-69.
- Redacción Sociedad El Telégrafo. (04 de julio de 2016). La discriminación racial persiste, a pesar de que todos tenemos genes afros e indígenas. *El Telégrafo*.
- Rice, F. P. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital* (Segunda ed.). México: Prentice-Hall Hispanoamérica S.A.
- Rivas, A. (2019). Esquema metodológico mínimo para Trabajos de Titulación Etnográficos, Proyecto experiencias y trayectorias en torno de la salud. Interculturalidad, Atención Sanitaria y Relación Médico Paciente, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. *Equema*. PUCE.
- Rodríguez Silva, H. (oct-dic de 2006). La relación médico-paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4).
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (2007). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salud Colectiva*, 3, 271-283.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(1), 80-93.
- Santa María, L. A. (2017). Salud Intercultural: El ciclo vital en los Andes. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 293-298.
- Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6).
- Significados. (2018). Obtenido de www.significados.com
- UNESCO. (1982). *Conferencia Mundial sobre las Políticas Culturales*. Conferencia, México.
- Veletanga, J. (08 de febrero de 2017). 1.516 TAPS se han incorporado al Sistema Nacional de Salud. *Sanitaria 2000 Redacción Médica*.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C., & Sosa, A. (abril de 2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *sciELO Uruguay*, 31(1). Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003
- Villar, F., & Triadó, C. (2006). *EL ESTUDIO DEL CICLO VITAL A PARTIR DE LAS HISTORIAS DE VIDA: UNA PROPUESTA PRÁCTICA*. Barcelona: Departament de Psicologia Evolutiva i de l'Educació Universitat de Barcelona.