



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**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**

AUTORAS:

Md. Karina Alexandra Ramírez Quingla

Md. Lizbeth Irene Vaca Moreno

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Alexis Rivas Toledo, PHD. Antropología Social

Sede Ibarra, 2019

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
ÍNDICE DE ANEXOS	11
RESUMEN.....	12
ABSTRACT	13
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. Salud, concepto holístico	16
2.1.1. El modelo biopsicosocial.....	18
2.1.2. El modelo salutogénico	18
2.1.3. El modelo de salud positiva.....	18
2.1.4. El modelo holista de salud.....	19
2.1.5. El modelo de elección personal	19
2.1.6. Salud mental	20
2.2. Organización familiar	20
2.3. Cultura	21
2.4. Desigualdad social	23
2.5. Discriminación social.....	24

2.6.	Niveles de atención médica y atención primaria de la salud	25
2.7.	Confianza en los sistemas de salud.....	28
2.8.	Relación médico-paciente.....	30
2.8.1.	Modelo paternalista	32
2.8.2.	Modelo informativo.....	32
2.8.3.	Modelo Interpretativo.....	32
2.8.4.	Modelo deliberativo.....	33
2.9.	Interculturalidad.....	34
2.10.	Ciclo de vida	35
2.10.1.	Embarazo.....	39
2.10.2.	Muerte	40
2.11.	Curso de vida.....	41
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....		45
3.1.	Metodología.....	45
3.2.	Justificación	45
3.3.	Pregunta de investigación	47
3.4.	Objetivos.....	47
3.4.1.	Objetivo general	47
3.4.2.	Objetivos específicos.....	47
3.5.	Hipótesis	48

3.6.	Unidad de investigación.....	48
3.7.	Estrategia metodológica.....	54
3.7.1.	Tipo de Estudio.....	54
3.7.2.	Criterios de inclusión / exclusión	55
3.7.3.	Universo y selección de informantes.....	56
3.7.4.	Selección de informantes.....	56
3.7.5.	Informantes: Descripción sociodemográfica	58
3.7.6.	Informantes: Etnografía sobre experiencias y trayectorias en torno de la salud, la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico paciente.....	62
3.7.7.	Aspectos bioéticos	65
3.7.8.	Recolección de la información etnográfica	66
3.7.9.	Plan de análisis de datos	67
3.7.10.	Identificadores de los sujetos informantes.....	68
3.7.11.	Indicadores cualitativos	69
3.7.12.	Word Salad	71
3.7.13.	Modelo gráfico sistémico de salud/enfermedad de Giddens (2004)	71
3.8.	Limitaciones.....	72
3.9.	Organización de resultados	72
CAPÍTULO IV: RESULTADOS DEL ESTUDIO ETNOGRÁFICO		74
4.1.	Salud	74

4.2.	Organización familiar	81
4.3.	Cultura	84
4.3.1.	Enfermedades culturales.....	85
4.3.2.	Paradigmas alternativos.....	88
4.4.	Desigualdad social	93
4.5.	Discriminación social.....	99
4.6.	Prevención y Promoción de la salud.....	104
4.7.	Servicios de salud	111
4.8.	Relación médico – paciente	117
4.8.1.	Contexto	118
4.8.2.	Aspectos afectivos	120
4.8.3.	Revisión del paciente / Examen físico.....	122
4.8.4.	Conflictos médico-paciente-familiares.....	125
4.8.5.	Recomendaciones del paciente.....	127
4.9.	Interculturalidad.....	132
4.10.	Muerte	137
4.11.	Salud mental.....	143
4.12.	Embarazo.....	148
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		153
5.1.	Conclusiones	153

5.2. Recomendaciones	156
Referencias.....	158
ANEXOS	165
Anexos 1:Consentimiento informado para los participantes mayores de edad de la investigación para entrevista.....	165
Anexos 2: Consentimiento informado para los participantes mayores de edad de la investigación para grupo focal	167
Anexos 3: Cuestionario para entrevista y focus group	169

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Cantidad de funcionarios de la unidad anidada.....	56
Tabla 2: Selección de informantes de parroquias del Cantón Cotacachi para entrevistas ...	57
Tabla 3: Selección de informantes para participar en los grupos focales.....	58
Tabla 4: Perfil sociodemográfico	58
Tabla 5: Temas de la etnografía sobre experiencias y trayectorias en torno a la salud.....	63
Tabla 6: Codificación de los informantes.....	69
Tabla 7: Indicadores cualitativos.....	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Niveles de atención en el sistema de salud del Ecuador. Tomado de Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS	27
Figura 2. Atributos de confianza en los sistemas de salud. Basado en información Luna & Velasco, 2005. Elaboración propia.....	29
Figura 3: Aspectos de la relación médico-paciente	33
Figura 4: Trayectoria de capacidades y funciones biológicas en el ciclo vital.....	35
Figura 5: Trayectoria de capacidades y funciones biológicas en el ciclo vital.....	36
Figura 6: Localización del centro de salud anidado	49
Figura 7: Entrada al Hospital Asdrúbal de la Torre y emergencias del Hospital	50
Figura 8: Entrada al centro de salud Anidado (parte posterior del Hospital y parqueaderos)	51
Figura 9: Entrada a emergencias y parqueadero de ambulancias	52
Figura 10: Distribución étnica de los pacientes atendidos en la unidad anidada	53
Figura 11: Distribución étnica de los pacientes atendidos en la unidad anidada	53
Figura 12: Distribución étnica de los pacientes atendidos en la unidad anidada	54
Figura 13: Parroquia de procedencia de los informantes	59
Figura 14: Edades de los informantes	60
Figura 15: Grupo étnico de los informantes	61
Figura 16: Situación laboral	61
Figura 17: Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud	71
Figura 18: Wordsalad del tema Salud	74
Figura 19: Testimonios principales del tema Salud	79

Figura 20: Análisis del tema salud	80
Figura 21: Wordsalad del tema Organización familiar	81
Figura 22: Análisis de la organización social de los miembros del estudio etnográfico.....	83
Figura 23: Wordsalad del tema Cultura.....	84
Figura 24: Testimonios principales de Enfermedades Culturales	87
Figura 25: Análisis del indicador Enfermedades Culturales	88
Figura 26: Testimonios principales de Paradigmas Alternativos	91
Figura 27: Análisis del indicador cualitativo paradigmas alternativos	92
Figura 28: Wordsalad del tema Desigualdad social	93
Figura 29: Testimonios principales del tema Desigualdad social	97
Figura 30: Análisis del tema Desigualdad social.....	98
Figura 31: Wordsalad del tema Discriminación social.....	99
Figura 32: Testimonios principales del tema Discriminación social.....	102
Figura 33: Análisis del tema Discriminación social.....	103
Figura 34: Wordsalad del tema Prevención y Promoción de la salud.....	104
Figura 35: Testimonios principales del tema Prevención y Promoción de la salud.....	109
Figura 36: Análisis del tema Prevención y Promoción de la Salud.....	110
Figura 37: Wordsalad del tema Servicios de Salud.....	111
Figura 38: Principales testimonios del tema servicios de salud	115
Figura 39: Análisis del tema servicios de salud	116
Figura 40: Wordsalad del tema Relación médico-paciente	117
Figura 41: Principales testimonios del tema Relación Médico-Paciente	130
Figura 42: Análisis del tema Relación Médico-Paciente.....	131
Figura 43: Wordsalad del tema Interculturalidad	132

Figura 44: Principales testimonios del tema Interculturalidad	135
Figura 45: Análisis del tema Interculturalidad	136
Figura 46: Wordsalad del tema Muerte	137
Figura 47: Principales testimonios del tema Muerte	141
Figura 48: Análisis del tema Muerte	142
Figura 49: Wordsalad del tema Salud Mental	143
Figura 50: Principales testimonios del tema Salud Mental	146
Figura 51: Análisis del tema Salud Mental	147
Figura 52: Wordsalad del tema Embarazo	148
Figura 53: Principales testimonios del tema Embarazo	151
Figura 54: Análisis del tema Embarazo.....	152

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexos 1: Consentimiento informado para los participantes mayores de edad de la investigación para entrevista	165
Anexos 2: Consentimiento informado para los participantes mayores de edad de la investigación para grupo focal.....	167
Anexos 3: Cuestionario para entrevista y focus group	169

RESUMEN

El 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.

ABSTRACT

The ethnographic study carried out in the health center nested at the Asdrúbal de la Torre Hospital, 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.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Esta investigación etnográfica pretende describir y analizar 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 conjuga dos elementos importantes: por un lado, la atención sanitaria recibida por los pacientes de la 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.

La presentación de esta investigación se realiza mediante el desarrollo de cinco capítulos que presentan elementos interrelacionados y coadyuvan al logro de los objetivos generales y específicos correspondientes. El primer capítulo narra la introducción del estudio, en donde se expone el objetivo general, su relevancia y la organización general del trabajo. El segundo capítulo lo conforma el marco teórico de los distintos temas e indicadores cualitativos de la investigación y que tienen correspondencia con la presentación de los resultados y los análisis realizados. El tercer capítulo contiene la metodología utilizada en la investigación realizada. El cuarto capítulo, presenta los resultados de la etnografía organizada de acuerdo a cada uno de los temas e indicadores cualitativos. Finalmente, el quinto capítulo expone las conclusiones y recomendaciones de la investigación realizada.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Salud, concepto holístico

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)

Como es evidente, este concepto de salud es relativamente moderno y tiene su origen durante el siglo XX. Resulta difícil hablar del concepto de salud fuera del contexto de la salud pública. Haciendo referencia al concepto “moderno” de salud, debemos remontarnos a los siglos XIX y XX. Durante la segunda revolución industrial, se ahonda el interés y la necesidad por estudiar la epidemiología de las enfermedades, a raíz de múltiples epidemias en los centros urbanos y pandemias que afectan a varios países. El surgimiento de la epidemiología como una ciencia de la salud, permite estudiar al proceso de las enfermedades desde una nueva perspectiva, que permite contextualizar los problemas de salud desde el ámbito social, analizando cómo estas interacciones influyen sobre el proceso de la enfermedad. (Perdiguero, 2001) A partir de la segunda guerra mundial, tras el descubrimiento de los horrores del holocausto y los juicios de Nuremberg, y con la fundación de la Organización de Naciones Unidas, se comienza a ver a la salud como un derecho. Posteriormente, se empieza a trabajar en pro de las graves deficiencias en salud que azotaban al mundo entero, y se origina por vez primera el concepto de atención primaria de salud, como el modelo básico (fundamentado en la prevención de enfermedades) para alcanzar los objetivos de lograr sistemas de salud sostenibles y al alcance de todos.

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, los siguientes:

2.1.1. El modelo biopsicosocial

Fue propuesto por Engel, 1977, se basa en la teoría general de sistemas, asumiendo múltiples causas de salud, en donde se interrelacionan los niveles biológicos, psicológicos y sociales de la persona, no posee dimensiones (Juárez, 2011).

2.1.2. El modelo salutogénico

Propuesto por Antonovsky, 1979 y 1987, este modelo, que es muy bien articulado, integra elementos como personalidad resistente, dureza y resiliencia, recursos de afrontamiento, estresores, sentido de coherencia, comprensibilidad, autosuficiencia y sentido, lo que hace de este modelo muy útil para el tratamiento de comunidades (Juárez, 2011).

2.1.3. El modelo de salud positiva

El modelo de salud positiva es producto de varios estudios teóricos a través del tiempo de: Parson, 1964; Moreno-Altamirano, 2007; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman y Peterson, 2003; Held, 2004; se relaciona con la esperanza, la calidad de vida y el bienestar, propone, que las capacidades de la persona deben estar en un estado óptimo, y que algunas de ellas, son innatas, por lo que, depende del medio, para que sean o no expresadas, el modelo es ajeno a la relación de la salud con la enfermedad, y es criticado por sus contradicciones epistemológicas, así como también por la falta de interrelación de algunos aspectos del individuo (Juárez, 2011).

2.1.4. El modelo holista de salud

Este modelo al igual que el positivo, es resultado de varios estudios teóricos en el tiempo, han intervenido para su concepción estudiosos como: Kolcaba, 1997; Albrecht, 2000; Barrett, 2001; Ventegodt, Andersen, & Merrick, 2003; y, Nordenfelt, 2006. Básicamente señala que la salud o la enfermedad no se relaciona únicamente con el cuerpo o con la mente, sino que es producto de la totalidad de la persona en cuerpo-mente y de su entorno, mencionándose también aspectos como la vitalidad, bienestar, complejidad, resiliencia, balance, armonía, etc. que nada tiene que ver con lo mágico, como se podría pensar, pero si, con lo espiritual, es decir, que la medicina holista se fundamenta en la conciencia de la persona y propende alcanzar el bienestar mental y corporal (Juárez, 2011).

2.1.5. El modelo de elección personal

Este modelo fue creado por Glasser (1998), y se basa en la satisfacción de las necesidades de las personas a través de la toma de decisiones, para alcanzar la supervivencia, el amor, el poder, la libertad y la diversión (Juárez, 2011).

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.

2.1.6. 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.

2.2. 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.

2.3.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.

2.4.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.

2.5.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.

2.6. 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. Para un mejor entendimiento, la siguiente figura muestra los centros de atención en el Ecuador por niveles, a su vez, estos tienen subniveles, por ejemplo, en el caso de los centros de salud, existen tres niveles A, B y C, en donde se atienden diferentes tipologías y a una mayor cantidad de usuarios:

Tipología de las Unidades Operativas del Sistema Nacional de Salud			
NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍA Y NOMBRES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD			
NIVELES DE ATENCIÓN	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	CATEGORÍA DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1er nivel	I-1	Puesto de salud
	2do nivel	I-2	Consultorio general
	3er nivel	I-3	Centro de salud - A
	4to nivel	I-4	Centro de salud - B
	5to nivel	I-5	Centro de salud - C
Segundo nivel de atención	AMBULATORIO		
	1er nivel	II-1	Consultorio de especialidad (es) clínico-quirúrgico médico u odontológico
	2do nivel	II-2	Centro de Especialidad
		II-3	Centro clínico-quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	HOSPITALARIO		
	3er nivel	II-4	Hospital Básico
	4to nivel	II-5	Hospital general
Tercer nivel de atención	AMBULATORIO		
	1er nivel	III-1	Centros especializados
	HOSPITALARIO		
	2do nivel	III-2	Hospital especializado
	III-3	H. de Especialidades	
Cuarto nivel de atención	1er nivel	IV-1	Centro de experimentación por registro clínico
	2do nivel	IV-2	Centro de alta Subespecialidad
Quinto nivel	1er nivel	APH-1	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital básico
	2do nivel	APH-2	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital avanzado
	3er nivel	APH-3	Unidad de atención Prehospitalaria de transporte y soporte vital especializado

Figura 1. Niveles de atención en el sistema de salud del Ecuador. Tomado de Ministerio de Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

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.

2.7.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 tales como:



Figura 2. Atributos de confianza en los sistemas de salud. Basado en información Luna & Velasco, 2005. Elaboración propia.

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

Es importante tomar en cuenta, que Latinoamérica es uno de los continentes más diversos tanto cultural como socio económicamente, tal es así, que la Organización Panamericana de la

Salud, reconoce que es necesario que los Estados y sus unidades técnicas de salud, hagan frente a las diversidades étnicas, sociales y culturales existentes. La evidencia de la discriminación que hombres y en especial mujeres experimentan en la recepción de los servicios de salud, y de las fallas del sistema en el reconocimiento de las necesidades y características de este tipo de grupos, no permite una mejora en este tipo de servicios. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

Por otro lado, el enfoque Intercultural promueve la paridad de trato entre los diferentes grupos culturales; considera la Salud como un derecho fundamental y entiende como implícita la capacidad de los profesionales de la salud de poder integrar el conocimiento con las creencias y la practicas tradicionales al momento de enfrentar una enfermedad. Las políticas, programas y proyectos en salud son adaptables y transferibles al momento de confrontar la inequidad étnica mediante la inclusión de las poblaciones afectadas por la misma, dentro del marco de sus actividades. Se consideran inclusivas y tradicionalmente sensibles aquellas políticas, programas y proyectos que consideran dentro de sí la medicina y prácticas tradicionales. La carencia de esta consideración implica políticas, programas y proyectos culturalmente insensibles. (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

Es decir que, otro de los puntos álgidos que los receptores de los servicios de salud de Cotacachi deben evaluar, es justamente, el enfoque intercultural percibido por dichos usuarios.

2.8.Relación médico-paciente

“Uno de los grandes retos de la medicina moderna es preservar los elementos más finos del cuidado del enfermo, en un ambiente cada vez más dominado por las fuerzas del mercado y la rutina de la práctica diaria” (Kelley, Kraft-Todd, Schapira, Kossowsky, & Riess, 2014), desde las

primeras ocasiones en las que un médico entra en contacto con sus pacientes, se evidencia la brecha entre la teoría y la práctica; es allí que entra en juego la 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:

2.8.1. Modelo paternalista

También llamado paternal o sacerdotal, aquí el médico actúa de tutor del paciente y decide que es lo mejor para el paciente, a lo cual, el paciente únicamente tiene que asentir en el momento de decidir o posteriormente, aquí el médico debe anteponer sus intereses a los del paciente y realizar consultas a otros profesionales si no sabe del tema (Emanuel & Emanuel, 1999).

2.8.2. Modelo informativo

También llamado científico, técnico o del consumidor, el médico actúa como experto profesional y da toda la información posible y veraz sobre la enfermedad, tratamientos y consecuencias, para que el paciente tome su decisión conforme a sus valores o juicios, por lo que, el médico no puede juzgar los juicios del paciente, de igual manera que consultar a otros profesionales cuando no posea la información suficiente, y ser competentes técnicamente (Emanuel & Emanuel, 1999).

2.8.3. Modelo Interpretativo

En este modelo, el médico actúa como consultor, consejero o asesor del paciente, ya que proporciona toda la información y datos de la enfermedad, tratamientos y consecuencias al paciente, pero a diferencia del anterior modelo, sugiere o recomienda el tratamiento o intervención que mejor se ajuste a los valores del paciente, para lo cual necesita realizar un análisis del paciente, y determinar de manera conjunta los juicios y valores del mismo, en el caso de que no los tuviere, para llegar a la autocomprensión del paciente, y la mejor opción para él, pero, en última instancia, es el paciente quien decide (Emanuel & Emanuel, 1999).

2.8.4. Modelo deliberativo

A diferencia del modelo interpretativo, el médico actúa como amigo y maestro, le indica al paciente qué sería lo mejor para él, y según su caso puntual, en este modelo, tanto paciente como médico deliberan sobre los juicios o valores de salud y deciden cuál debería ser prioritaria para seleccionar el tratamiento que mejor se ajuste, para llegar a un autodesarrollo moral del paciente (Emanuel & Emanuel, 1999).

Se observa que los modelos anteriores, 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:

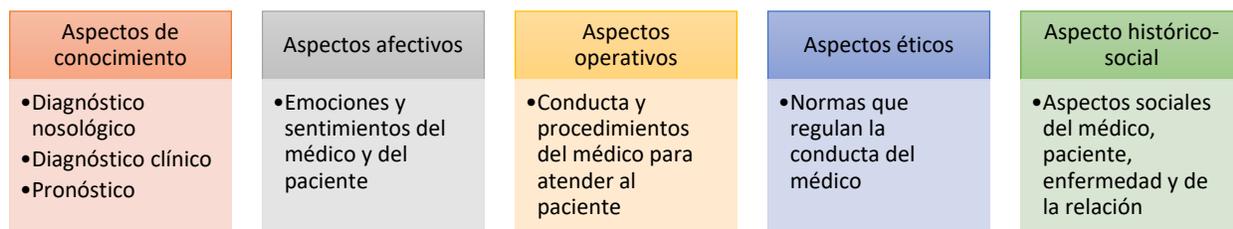


Figura 3: Aspectos de la relación médico-paciente

Fuente: Mendoza F., 2017

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

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.

2.9. 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).

2.10. 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.

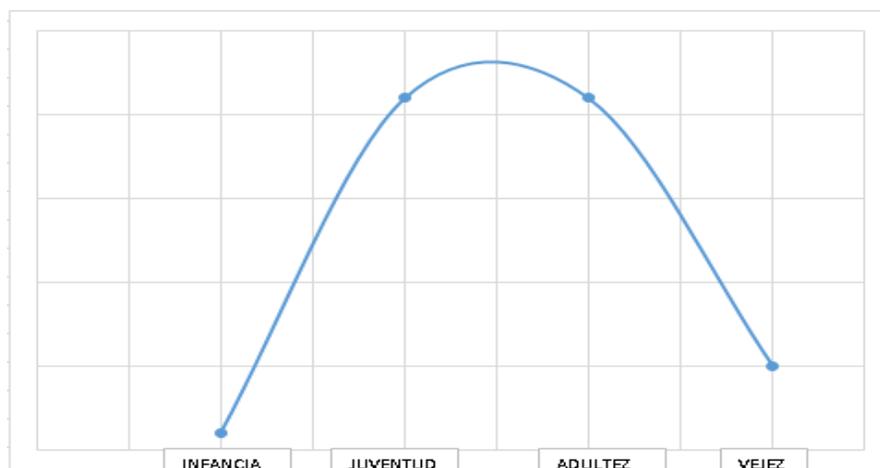


Figura 4: Trayectoria de capacidades y funciones biológicas en el ciclo vital

Fuente: (Villar & Triadó, 2006)

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

Se observa entonces que 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.

Las edades y sub etapas relacionadas a las etapas mencionadas anteriormente son las siguientes:

Desarrollo infantil	Desarrollo adolescente	Desarrollo adulto	Vejez
<ul style="list-style-type: none"> •Periodo prenatal: de la concepción al nacimiento •Infancia: los dos primeros años •Niñez temprana: 3 a 5 años •Niñez intermedia: 6 a 11 años 	<ul style="list-style-type: none"> •12 a 19 años 	<ul style="list-style-type: none"> •Juventud o adultez temprana: 20 a 40 años •Edad madura: 40 a 50 años 	<ul style="list-style-type: none"> •De 60 años en adelante

Figura 5: Trayectoria de capacidades y funciones biológicas en el ciclo vital

Fuente: Rice, 1997, p.6

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

Detallando cada una de las subetapas, se puede mencionar lo siguiente:

Periodo prenatal

Como su nombre lo indica, es el proceso que todo ser humano tiene desde su concepción hasta su nacimiento, partiendo desde la célula fertilizada por el espermatozoide, y convirtiéndose en un ser vivo con órganos, una estructura y su herencia genética. En los primeros meses, existe más vulnerabilidad del organismo al ambiente externo y su desarrollo se ve influenciado por éste (Rice, 1997).

Infancia

En este periodo se desarrolla la capacidad y coordinación motora, la capacidad sensorial y la capacidad de lenguaje en el ser humano. El niño se identifica y se apega a su familia, siente confianza hacia ciertas personas y expresa amor o lo reprime. En esta etapa, ya se reconoce el temperamento y la personalidad de un niño/niña (Rice, 1997).

Niñez temprana

En la niñez temprana continua el desarrollo cognoscitivo, físico y lingüístico, se adquieren roles de género, y los niños/niñas empiezan a relacionarse con otros, la influencia de la relación con el padre juega un papel importante en los procesos de socialización (Rice, 1997).

Niñez intermedia

En esta etapa tiene mucha relevancia los aspectos académicos, así como el desarrollo psicosocial y moral, la familia sigue influyendo en el desarrollo de la persona (Rice, 1997).

Adolescencia

En este proceso se da la maduración sexual, la búsqueda de pertenencia y de compañía con sus pares adolescentes, e independencia de los padres (Rice, 1997).

Adulthood temprana

En esta etapa, se resuelven aspectos como la intimidad y aspectos vocacionales, también se decide sobre el matrimonio, la pareja y la paternidad (Rice, 1997).

Edad madura

En esta edad se alcanza el máximo éxito profesional, y responsabilidad personal y social (Rice, 1997).

Vejez

Aquí se dan varios cambios en las capacidades físicas, ya que el vigor y el bienestar, empieza a decaer. Se dan nuevas situaciones personales, sociales y familiares, ya que se desarrollan otras relaciones con parientes, nietos e hijos (Rice, 1997).

Las descripciones anteriores, se refiere a aspectos tanto físicos, biológicos y psicológicos evolutivos, por lo que, es indudable, que, 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.

2.10.1. 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 cardiaco; 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.

2.10.2. 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.

Cuando hablamos de proceso humano queremos también decir que, si en un extremo tenemos la vida, en el extremo contrario tenemos necesariamente incluida la temática de la muerte. Esto quiere decir que, el territorio sanitario tiene también que pensar en la muerte, que trabajar la muerte; no podemos seguir huyéndole a la muerte, o simplemente aceptándola cuando acontece, sino que debemos darle una presencia distinta en la sociedad y en el territorio sanitario, si es que realmente aceptamos esta dimensión del proceso vital humano en su totalidad. Porque cuando nos referimos al proceso vital humano no podemos excluir, ni la realidad, ni la muerte. La muerte hace parte fundamental como límite “lógico”, como límite natural de la vida (Franco, 1993, p.4).

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.

2.11. 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), el curso de vida, como enfoque tiene tres ejes organizadores o básicos que son:

1. **Trayectoria:** es el camino de la vida o el proceso de envejecimiento, es decir, es la trayectoria de la persona a largo plazo, la cual puede cambiar de dirección, grado y proporción, y abarca varios ámbitos interdependientes, como, por ejemplo, la escolaridad, el trabajo, la vida reproductiva, etc., a su vez, se debe analizar también, el entrelazamiento de la trayectoria individual con las trayectorias de otros individuos o conglomerados (Blanco, 2011).
2. **Transición:** Cambios de estado, posición o situación no predeterminados y que incluso pueden ser simultáneos que se encuentra dentro de la trayectoria, en donde la persona, entra a nuevos roles y facetas (Blanco, 2011).
3. **Turning point:** Son cambios fuertes favorecedores o no, que modifican la dirección del curso de vida o discontinúan una o más de las trayectorias de vida, los cuales, puede ser determinados solo de forma retrospectiva y en relación a vidas individuales (Blanco, 2011).

A su vez, este enfoque une a los tres ejes organizadores, cinco principios para su funcionamiento:

- Desarrollo a lo largo del tiempo, es decir, que la perspectiva debe ser de largo plazo, y debe conocerse los momentos relevantes previos o precedentes, cuando esto es posible, con el propósito de mejorar el análisis del cambio social interrelacionado con el desarrollo individual (Blanco, 2011).
- Tiempo y lugar, que significa que el curso de vida se encuentra en un tiempo histórico y en los lugares o contextos correspondientes a cada persona, y que es moldeado por estos elementos, en donde, la cohorte, también comparte características fundamentales, pero no homogéneas (Blanco, 2011).
- Timing, es el momento en que se da un evento o cambio y la comparación del tiempo en que sucede con respecto a otras personas y a las expectativas normales, ya que, un suceso repercute de distinta manera en una persona de acuerdo a su edad y a las circunstancias que rodea al suceso o evento, así como también a en otras personas. Evidentemente, también existen otros factores que van a influir en esta repercusión, tales como el género, clase social o estrato socioeconómico y etnia o raza (Blanco, 2011).
- Vidas interconectadas” (linked lives), se refiere a la interdependencia de las vidas humanas, individual y grupos (familia, amigos, vecinos, etc.), en donde se expresa la influencia histórico-social (Blanco, 2011).
- Libre albedrío, es decir, que las personas eligen dentro de una estructura limitante y con su propio contexto histórico y social, construyendo su propio curso de vida (Blanco, 2011).

Entonces, el curso de vida se define como:

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 sociohistórico y los cambios que este experimenta (Lalive d'Épinay, Bickel, Cavalli, & Spini, 2011, p.20).

Otro autor, menciona que el curso de vida o trayectoria de vida es el estudio multi e interdisciplinario, en donde interviene la Biología, la Antropología, la Historia, la Psicología, la Sociología o la Demografía, del transcurso de la vida de las personas (Lombardo & Krzemien, 2008), el cual involucra la explicación de los procesos de desarrollos biológicos y psicológicos, el contexto socio-histórico y las dinámicas que lo afectan, así como sus mediaciones institucionales y, dentro de ellas, particularmente los modelos de trayecto de vida como formas de regulación social; y, los trayectos de vida individuales que se desarrollan en el marco de las obligaciones y de las restricciones originadas en a) y en b) (Lombardo & Krzemien, 2008, p.116).

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. Según este enfoque, estos determinantes no solo son capaces de llevar a la enfermedad y a la muerte, sino que 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, ya que mediante, las acciones propuestas, se influye en la trayectoria de vida de las personas, incrementándose la esperanza de vida y mejorando los indicadores sanitarios (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Metodología

La metodología se refiere a los procedimientos aplicados en una investigación para alcanzar los objetivos planteados, su descripción se realiza con base de los lineamientos y estructura propuesta por Rivas (2019), la cual, se divide en siete aspectos: justificación, pregunta de investigación, objetivos, hipótesis, unidad de investigación, estrategia metodológica y limitaciones del estudio. A continuación se va a detallar cada uno de estos aspectos.

3.2. Justificación

La palabra salud, 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, así mismo diferentes son las aspiraciones de salud, ya que depende del punto de vista de cada persona, comunidad o grupo, y de la visión de cada uno de éstos en relación a este tema (Gavidia & Talavera, 2012).

La cultura es en cambio “el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales, materiales y afectivos que caracterizan una sociedad o grupo social” (UNESCO, 1982), de este concepto nace la pluriculturalidad, la cual es bastante palpable en ciertas regiones del Ecuador. Cotacachi justamente, constituye una región en donde coexisten diversas culturas, en especial la indígena y la mestiza, y a pesar de que, algunos estudios científicos revelan que la media de la población ecuatoriana tiene orígenes cruzados, es decir genes indígenas, afros, amerindios y europeos, existe aún una discriminación sentida contra personas de etnias distintas a la mestiza (Redacción Sociedad El Telégrafo, 2016) (Novo, 2018) (Botello Peñaloza, 2015), lo que incluye también una

discriminación hacia personas que quieren acceder a varios servicios ofertados en nuestro país, entre los cuales se encuentran los servicios de salud.

Otro tema importante, también lo es la desigualdad social, producto de la diferencia de clases sociales, y que, de igual manera, tiene diversas repercusiones en materia de salud, Durán (1983), ya que, a pesar de que se dice que al nacer y morir somos iguales, el riesgo de morir y de enfermarse son distintos en cada clase social (Durán, 1983), y un análisis de este aspecto desde el enfoque del paciente es bastante enriquecedor para el sistema de salud nacional.

La asistencia sanitaria esencial o primaria es puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país (Borrel & Godue, 2008, p.8), pero las distintas experiencias por parte de los grupos étnicos que hacen uso de los servicios del centro de salud anidado del Hospital Asdrúbal de la Torre, presenta diversos criterios en relación a la confianza de sus usuarios en esta unidad de salud, la calidad del servicio recibido, el tipo de servicio, y sobre su relación con los médicos que la conforman, ya que, como se sabe, la relación social médico – paciente, implica un cruce de perspectivas y de dominación por parte de sus participantes, y es, en donde se desarrollan diversos aspectos éticos, afectivos, políticos, subjetivos y profesionales, así como también la presencia de conflictos y acciones (Pazos Garcíandía , 2005), entre el médico y el paciente. Por lo tanto, tener pleno conocimiento de la forma en cómo se da dicha relación en una sociedad específica es muy importante, ya que los servicios médicos no se componen únicamente de la aplicación de conocimientos técnicos y de la recepción de los mismos por parte de los pacientes.

Así mismo, existen temas que engrandecen este estudio etnográfico relacionados a la pluriculturalidad, tales como las enfermedades culturales, los paradigmas alternativos de curación, aspectos biológicos inherentes al ciclo de la vida, como la muerte y el embarazo, y el

tema de salud mental, que fueron tratados por los informantes del estudio, y que permite reflexionar sobre las distintas percepciones, acepciones y procesos que las personas de la comunidad de Cotacachi atendidas en el centro de salud anidado tienen al respecto.

3.3.Pregunta de investigación

La pregunta de investigación que se respondió a través del desarrollo de esta investigación etnográfica fue:

¿Cómo se construye la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico – paciente en 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?

3.4.Objetivos

3.4.1. Objetivo general

Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico-paciente en 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.

3.4.2. Objetivos específicos

4. Describir y analizar la interculturalidad en los pacientes que acuden al sistema de salud en el Cantón Cotacachi.
5. Describir y analizar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con respecto al servicio que reciben en el sistema de salud en el Cantón Cotacachi.
6. Describir y analizar la relación Médico-Paciente del sistema de salud en el Cantón Cotacachi.

3.5.Hipótesis

Esta investigación aporta con nueva información para contribuir en el campo médico del Ecuador, debido a que profundizó el conocimiento en relación a la interculturalidad, atención sanitaria y relación médico paciente de comunidades multiétnicas del país, lo que indica que los sistemas de salud del Ecuador cubren las necesidades de salud de los diversos grupos culturales existentes.

3.6.Unidad de investigación

La unidad de investigación fue el Centro de Salud Anidado Asdrúbal de la Torre, debido a tres motivos esenciales, algunos de los cuales, ya fueron mencionados en la justificación del presente estudio, pero que caben mencionarlos: 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 anidada ofrece servicios como: Medicina General, Obstetricia, Odontología, Medicina Familiar, Psicología, Trabajo Social y la Calificación de Discapacidades. 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.



Figura 6: Localización del centro de salud anidado

Fuente: Google Maps

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 7: Entrada al Hospital Asdrúbal de la Torre y emergencias del Hospital Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)



Figura 8: Entrada al centro de salud Anidado (parte posterior del Hospital y parqueaderos)
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

En la figura 8 se observa el Hospital Asdrúbal de la Torre, el cual es de una sola planta, pero en la parte de atrás del hospital, donde están los parqueaderos, funciona el centro de salud anidado. El círculo amarillo, señala la entrada al centro de salud, es decir, por donde ingresan pacientes y personal.



Figura 9: Entrada a emergencias y parqueadero de ambulancias
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.

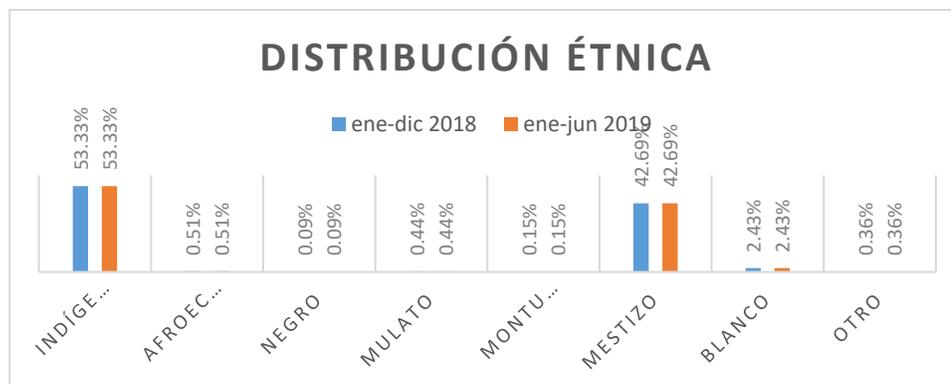


Figura 10: Distribución étnica de los pacientes atendidos en la unidad anidada

Fuente: Ministerio de Salud Pública , 2018 y 2019

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

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.

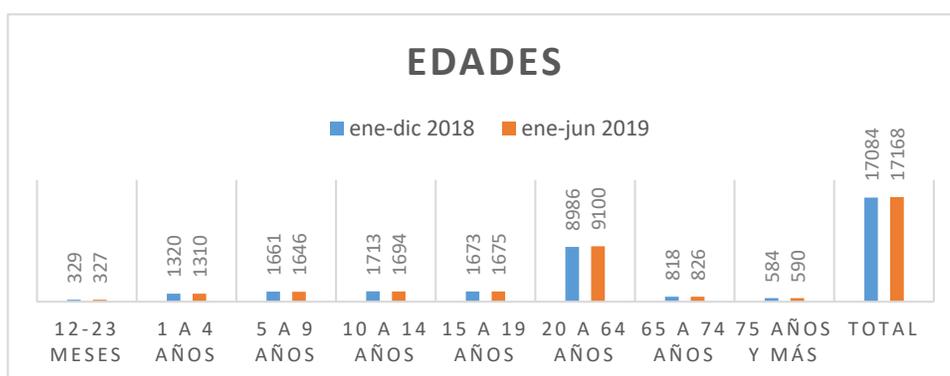


Figura 11: Distribución étnica de los pacientes atendidos en la unidad anidada

Fuente: Ministerio de Salud Pública , 2018 y 2019

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

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.



Figura 12: Distribución étnica de los pacientes atendidos en la unidad anidada
Fuente: Ministerio de Salud Pública , 2018 y 2019
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

3.7. Estrategia metodológica

3.7.1. Tipo de Estudio

Corresponde a 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).

3.7.2. Criterios de inclusión / exclusión

Los siguientes son elementos de inclusión o exclusión del grupo de estudio al cual se aplicó la entrevista individual o grupal:

Criterios de inclusión

- 1 Haber recibido de forma personal atención médica de primer nivel o al menos su familia más cercana sanguínea o por afinidad en el centro de salud anidado del Hospital Asdrúbal de la Torre al menos 2 veces en el último año porque esta cantidad de atenciones recibidas, lo configura como un paciente de dicha unidad.
- 2 Hablar el idioma español y/o quichua
- 3 Estar en un rango de edad de 18 a 65 años, debido a que la mayor afluencia de pacientes está dentro de este rango.

Criterios de exclusión

- 1 Discapacidad intelectual que no le permita entender las preguntas

3.7.3. Universo y selección de informantes

Para el 2019, el total de pacientes estimados es de 17.170; y, como ya se mencionó anteriormente, el centro de salud anidado presta servicios de atención primaria, por lo tanto, no es una casa de salud que posea camas, ya que los servicios no involucran ese tipo de atención. 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)

3.7.4. 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.

En la tabla 2 se puede apreciar que se seleccionaron un total de 35 informantes del Cantón Cotacachi para la realización de las entrevistas individuales, en las parroquias del Cantón aledañas al centro de salud y por etnia, es decir mestizos e indígenas, y que cumplieran con los criterios de inclusión/selección propuestos.

Tabla 2: Selección de informantes de parroquias del Cantón Cotacachi para entrevistas

Parroquias de Cantón Cotacachi	Auto identificación étnica	
	Muestra mestizos	Muestra indígenas
Quiroga	8	4
San Francisco	7	5
Sagrario	6	5
Total	21	14
<i>Total de informantes</i>	35	

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

Entre los criterios de inclusión se puede mencionar, que los informantes escogidos recibieron atención médica en el centro de salud anidado del Hospital Asdrúbal de la Torre o al menos uno de sus familiares más cercanos, por lo tanto, no en todos los casos, los informantes eran pacientes directos de la unidad anidada.

La selección de los informantes para la realización de los grupos focales, fue hecha de igual manera, tomando en cuenta el tema de pluralidad étnica, la cercanía de las parroquias al centro de salud anidado y la aceptación de las personas para participar de esta entrevista grupal, así como el cumplimiento con los diferentes aspectos de inclusión y exclusión de los informantes. El total de informantes de los grupos focales fue de 29 personas, provenientes de las parroquias de Sagrario, San Francisco y Quiroga.

Tabla 3: Selección de informantes para participar en los grupos focales

Parroquias de Cantón Cotacachi	Auto identificación étnica	
	Muestra mestizos	Muestra indígenas
Quiroga	9	1
San Francisco	5	6
Sagrario	5	3
Total	19	10
Total de informantes	29	

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

3.7.5. 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.

Tabla 4: Perfil sociodemográfico

Variable	Definición	Indicador	Instrumento
Parroquia de Procedencia	Parroquia del Cantón Cotacachi en la que vive	3 parroquias del cantón	Entrevistas estructuradas (primer momento)/Grupos focales (tercer momento)
Edad	Edad cronológica del entrevistado	Años	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento)
Grupo étnico	Grupo étnico según clasificación del INEC Ecuador	Blanco / Mestizo / Indígena / Negro / Otro	Entrevistas estructuradas (primer momento) /Grupos focales (tercer momento)
Situación laboral	Actividad realizada por el entrevistado a cambio de un salario	Actividad física / Actividad intelectual	Entrevistas estructuradas (primer momento) /Grupos focales (tercer momento)

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

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.

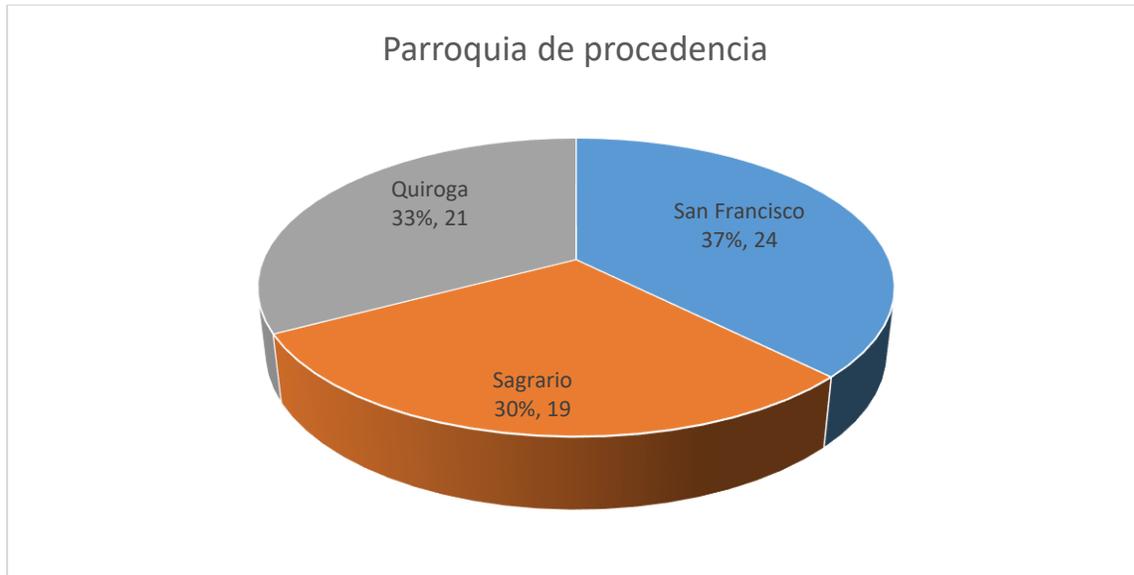


Figura 13: Parroquia de procedencia de los informantes
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

En la figura 13 se aprecia que 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. La figura 14 muestra las edades de los informantes agrupadas por intervalos, 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.

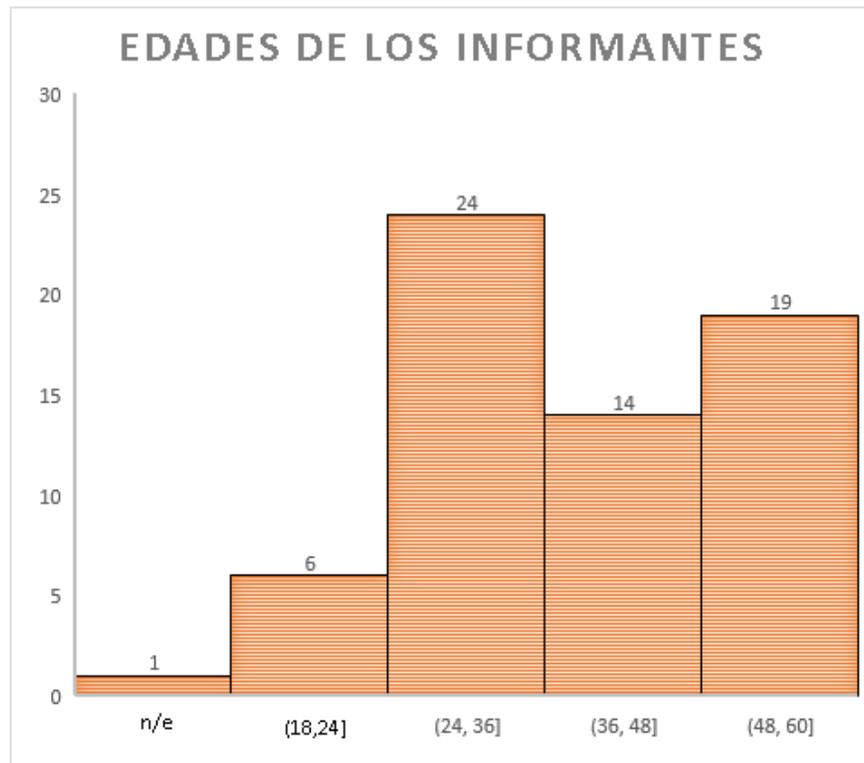


Figura 14: Edades de los informantes
 Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

En relación al grupo étnico, en el estudio participaron tanto indígenas como mestizos, la siguiente figura presenta la distribución étnica de los informantes, compuesta de 41 mestizos y 23 indígenas, que representan el 64% y 36% respectivamente.

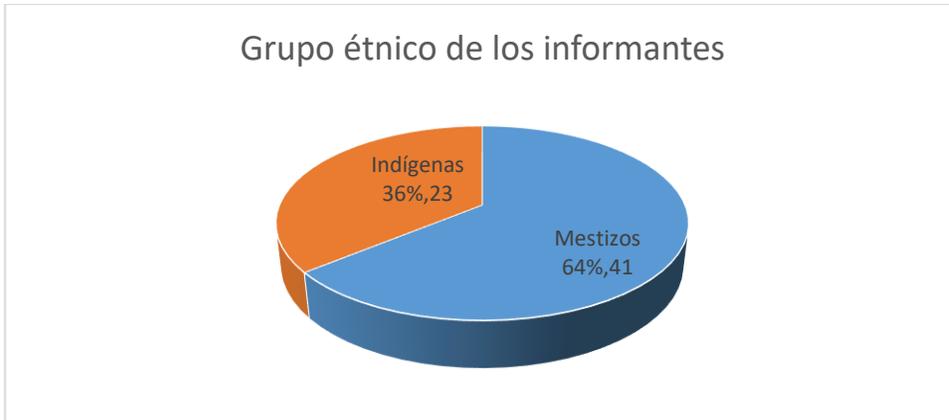


Figura 15: Grupo étnico de los informantes
 Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

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.



Figura 16: Situación laboral
 Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

La figura 16 muestra que 22 personas del total de informantes (64) son amas de casa, siete informantes son empleados públicos, seis informantes son artesanos, cuatro son comerciantes, tres son empleados privados, otros tres informantes no señalan su ocupación o situación laboral, los demás informantes son tienen diversas ocupaciones como empleada doméstica, desempleados, dama de compañía, jubilados, partera, policía, profesora y no trabajan.

3.7.6. 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 5: Temas de la etnografía sobre experiencias y trayectorias en torno a la salud

Variable cualitativa	Definición	Indicador cualitativo	Instrumento
Salud	La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2018)	Definición de salud	Entrevistas estructuradas (primer momento)
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)	Familia	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Re entrevista (segundo momento)/ Grupos focales (tercer momento)
Cultura	La cultura es el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales, materiales y afectivos que caracterizan una sociedad o grupo social (UNESCO, 1982)	Enfermedades culturales	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento)
		Paradigmas alternativos	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento)
Desigualdad	El riesgo de morir y de enfermarse son distintos en cada clase social (Durán, 1983)	Desigualdad social	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento)
Discriminación social	La discriminación es excluir a una persona en función de su identidad social construida sobre estereotipos basados en dogmas (Belvedere, 2002)	Discriminación social	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento)
Atención de salud primaria	La asistencia sanitaria esencial basada en	Prevención de salud	Entrevistas estructuradas (primer momento) /

	<p>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)</p>		Grupos focales (tercer momento)
		Promoción de la salud	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento)
		Calidad de los servicios de salud	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento)
Relación médico - paciente	<p>Relación interpersonal que se da en la gestión de la salud que conlleva elementos éticos, filosóficos, sociológicos y profesionales (Rodríguez Silva, 2006)</p>	Contexto	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento)
		Aspectos afectivos	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento) Entrevista semiestructurada
		Revisión médica	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento)
		Conflictos	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento)
		Recomendaciones	Entrevistas estructuradas (primer momento) / Grupos focales (tercer momento)
Interculturalidad	Interacción entre distintas culturas, previamente	Integración	Entrevistas estructuradas (primer momento) /

	identificadas, como condición necesaria para que exista un reconocimiento (Salaverry, 2010, p.92). .		Grupos focales (tercer momento)
Muerte	La muerte hace parte fundamental como límite “lógico”, como límite natural de la vida (Franco, 1993, p.4)	Significado	Re entrevista (segundo momento)/ Grupos focales (segundo momento)
Salud mental	Parte de la salud holística que coadyuva a que la persona se desarrolle físicamente y psicológicamente en concomitancia con el desarrollo de las demás personas (Bertolote, 2008).	Comportamiento	Re entrevista (segundo momento) / Grupos focales (segundo momento)
Embarazo	El embarazo es un proceso de reproducción humana que implica varios cambios fisiológicos para la mujer en proceso de gestación (Purizaca, 2010)	Creencias	Re entrevista (segundo momento) / Grupos focales (segundo momento)

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

3.7.7. 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.

3.7.8. Recolección de la información etnográfica

El procedimiento para la recolección de la información fue el siguiente:

- a. Revisión del formulario de entrevista.
- b. Firma de autorización del entrevistado.
- c. Reunión con los entrevistados para aplicación de la entrevista
- d. Archivo de información recopilada

3.7.8.1. Entrevista estructurada

Previo a la realización de la entrevista, se organizaba los documentos necesarios para la misma, como el consentimiento informado, la hoja base de la entrevista y de elementos de inclusión/exclusión, así como el formulario de la entrevista a realizar (Anexo 1). Posteriormente, se abordaba a los informantes, explicándoles sobre el estudio y luego de su aceptación, se procedía a recopilar las firmas respectivas, y luego se entablaba la entrevista respectiva en forma de diálogo, se evitaba que el informante vea el formulario guía, con el objetivo de que la respuesta sea libre y tenga confianza en expresarse. Todas las entrevistas fueron grabadas utilizando el celular y tuvieron una duración de 20 a 30 minutos.

3.7.8.2. Re entrevista

Las re entrevistas fueron realizadas a personas que ya habían sido entrevistadas en el primer momento, pero que al analizar la información, faltaba sustentar algunos temas de sus experiencias de salud, por lo que, el abordaje de los temas en un segundo momento fue menos

complejo, ya que existía confianza mutua, de igual manera, se utilizó la grabadora del celular para recopilar los distintos testimonios. Cada entrevista tuvo una duración de 15 a 20 minutos.

3.7.8.3. Grupos focales

Se preparó la documentación necesaria para la realización del grupo focal, tal como el consentimiento informado y el formulario guía del grupo focal, que contenía preguntas similares al de las entrevistas individuales (Anexo 2), también se preparó un pequeño refrigerio que sería repartido luego de finalizar el grupo focal. Se utilizó la cámara del celular, un pedestal de cámara y una grabadora de mano para grabar la entrevista grupal. Se inició con la presentación de la/s moderadora/s y se explicó el objetivo de la actividad, posteriormente se abordó los elementos sociodemográficos y luego los temas de salud. Los grupos focales tuvieron una duración aproximada de una hora o más.

3.7.9. Plan de análisis de datos

Es necesario señalar que los resultados obtenidos mediante entrevistas son de tipo descriptivo y el análisis de las entrevistas es de tipo interpretativo. De manera general, el análisis de datos conlleva el siguiente proceso:

1. Grabación de las entrevistas realizadas.
2. Transcripción de los resultados en hojas de datos Word.
3. Ordenamiento de la información transcrita en Word conforme a los indicadores cualitativos definidos.
4. Análisis de la información desde el marco teórico.

Lectura y transcripción de los datos: Luego de haber realizado las entrevistas, las cuales fueron debidamente grabadas, se realizó la transcripción de su contenido en un archivo de Word,

primero de las entrevistas individuales, luego de los grupos focales, y en última instancia, se incluyeron las entrevistas complementarias sobre el tema de la muerte y el embarazo.

Análisis de los datos: Los resultados de las entrevistas y grupos focales, fueron analizados posteriormente, tomando en cuenta las definiciones desarrolladas en el marco teórico, para cada variable cualitativa e indicador de estudio; también, se realizaron tablas con los resultados más relevantes de cada tema o indicador y un gráfico de síntesis del análisis realizado.

Organización de los capítulos: El documento se encuentra organizado en cuatro capítulos, el primero corresponde al desarrollo del marco teórico debidamente sustentado. En el segundo capítulo se exponen las cuestiones metodológicas para el desarrollo del trabajo de investigación. En el tercer capítulo se exponen los resultados del estudio etnográfico, que a su vez se divide en diez subtítulos, en donde se explican los resultados para cada uno de los temas de estudio: 1. Organización familiar, 2. Enfermedades culturales, 3. Discriminación, 4. Prevención y promoción de la salud, 5. Servicios de salud, 6. Relación médico – paciente, 7. Interculturalidad, 8. Muerte, 9. Salud mental y, 10. Embarazo. El capítulo IV contiene las conclusiones y recomendaciones del trabajo de investigación.

3.7.10. Identificadores de los sujetos informantes

La información de las entrevistas y grupos focales compilada en el archivo Word fue codificada. A cada individuo se le asignó un código, dando lugar a distintos elementos de identificación, con el objetivo de proteger la identidad de cada uno de los informantes del estudio. La tabla inferior muestra, la conformación del código y las iniciales utilizadas para cada identificador. El tamaño del código depende de la información que se posee de cada uno de los individuos entrevistados individual o grupalmente.

Tabla 6: Codificación de los informantes

Orden de código:	GÉNERO - EDAD - ETNIA - ESTADO CIVIL - OCUPACIÓN – PARROQUIA
Ejemplo:	M41MCPROJP = Mujer de 41 años, mestiza, profesional, parroquia Jipijapa.
Significados:	
Género	M Mujer
	H Hombre
Edad	Número
Etnia	M Mestizo
	I Indígena
Estado civil	C Casado
	S Soltero
	V Viudo
	D Divorciado
Ocupación	Iniciales de ocupación
	COS Costurera
	QD Quehaceres domésticos
	ART Artesana
Parroquia	SF San Francisco
	SG Sagrario
	QU Quiroga
Se desconoce	X

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

3.7.11. Indicadores cualitativos

Con base de los temas desglosados sobre los informantes en el numeral 3.7.6., los indicadores cualitativos del estudio son quince, sin embargo, cabe resaltar que algunos de ellos son parte de un solo tema, como, por ejemplo, las enfermedades culturales y paradigmas alternativos que conforman el tema de la Cultura.

Tabla 7: Indicadores cualitativos

1	ORGANIZACIONFAMILIAR	Grupo de personas que se vincula entre sí como conjunto de referencia inmediato del paciente.
2	ENFERMECULTURALES	Se reconoce como una enfermedad que afecta a una sociedad o cultura específica. Por lo general no existe una alteración bioquímica, orgánica o funcional de los pacientes.
3	PARADIGALTERNATIVO	Modelo de tratamiento de la salud diferente al convencional.
4	DESIGUALDADSOCIAL	Desigualdad percibida en la recepción de los servicios médicos por diferencias económicas, sociales y étnicas.
5	DISCRIMINACIONSOCIAL	Trato negativo y diferente por parte de los funcionarios del sistema de salud a una persona o grupo de personas.
6	PREVENCIONPROMOCIONSALUD	Capacitación sobre aspectos de prevención de la salud o de promoción de salud ofrecidos en determinada casa de salud a sus pacientes como valor agregado y de manera adicional a los servicios principales por los que acudieron a la casa de salud.
7	SERVICIOSSALUD	Portafolio de servicios ofertados por la casa de salud o el sistema de salud objeto de estudio a sus usuarios o pacientes.
8	RMPCONTEXTOS	Desarrollo de la relación médico paciente de manera general e integral en determinada casa de salud o sistema de salud objeto de estudio.
9	RMPASPECTOSAFECTIVOS	Desarrollo de aspectos afectivos y de apego derivados de la relación del médico con su paciente en la consulta.
10	RMPVISIONPACIENTE	Percepción general e integral del paciente sobre su relación con el médico que le atendió en consulta.
11	RMPCONFLICTOS	Percepción del paciente sobre los conflictos derivados de la relación con su médico en la consulta sobre distintos aspectos desarrollados en la misma, sean humanos o profesionales.
12	RMPRECOMENDACIONES	Recomendaciones de los pacientes para mejorar su relación con el médico.
13	INTERCULTURALIDADVISIONPACIENTE	Percepción del paciente sobre la relación de una cultura con otra en el sistema de salud y los intercambios y aceptación de diferentes aspectos culturales, como el idioma, las costumbres, la organización, etc.
14	MUERTE	Fin del ciclo de la vida por diversas causas, de manera indistinta, a cualquier edad, y que afecta de manera negativa a los parientes cercanos del fallecido.
15	SALUDMENTALVISIONPACIENTE	Conocimientos del paciente sobre la importancia, los elementos y el estado de su salud mental, así como la posibilidad de acudir a terapias para su sanación.

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

3.7.12. Word Salad

La aplicación Word Salad permite discriminar las palabras más importantes de un texto, lo que ayuda a una mejor comprensión, memorización y presentación de un tema, es por eso que, en cada uno de los temas, se utilizó esta herramienta.

3.7.13. Modelo gráfico sistémico de salud/enfermedad de Giddens (2004)

Al final de cada tema de salud desarrollado, se plasmó un gráfico utilizando el modelo sistémico de salud/enfermedad de Giddens (2004), que refuerza la comprensión de los distintos testimonios y experiencias de los informantes con respecto a cada uno de los temas de salud investigados. Este gráfico consiste en el desglose de las principales influencias culturales y materiales en torno al tema o dimensiones desarrolladas, producto de los relatos de los informantes, los cuales, son colocados en forma circular y enlazados al tema central mediante flechas.



Figura 17: Influencias culturales y materiales que inciden sobre la salud

Fuente: Giddens, 2000, p.203

3.8.Limitaciones

La primera limitación del estudio estuvo relacionada con el hecho, de que el centro de salud se encuentra anidado al Hospital, esto quiere decir, que se encuentra en la misma estructura física, por lo tanto, muchas de las personas entrevistadas, a pesar, de que inicialmente, se verificó que cumplan con los criterios de inclusión/exclusión, dentro de los cuales, se mencionaba, que haya sido atendido en el centro de salud, tendían a confundir los servicios de emergencia del hospital con los servicios del centro de salud, lo cual resultaba en que muchas veces las personas se referían a problemas relacionados a emergencias al referirse al centro de salud.

La segunda limitación se refiere a que unas pocas personas de los grupos focales uno y dos, se retiraron de las entrevistas debido a la falta de tiempo por asuntos personales o de trabajo, por lo que no concluyeron este proceso e interrumpían la entrevista grupal que se llevaba a cabo, distraiendo de cierta forma a los demás participantes.

La tercera limitación se dio por el tipo de respuesta de los entrevistados, en el sentido de que, no les gustaba extender sus razones o explicaciones, limitándose a responder un “sí o no”, aunque se utilizaba toda clase de estímulo o técnica para seguir la conversación.

3.9.Organización de resultados

Los resultados de la investigación etnográfica son presentados en el capítulo cuatro del documento de investigación, dividido en doce ítems o títulos que enmarcan cada una de las variables cualitativas e indicadores cualitativos correspondientes.

El numeral 4.1. contiene el desarrollo del tema de salud, en donde los informantes expresan las diferentes acepciones de este término. El numeral 4.2. analiza la organización familiar de los informantes del estudio de forma descriptiva. El numeral 4.3. desarrolla el tema de cultura a través de sus dos indicadores cualitativos que son las enfermedades culturales y los

paradigmas alternativos de curación. En el numeral 4.4. se muestran y analizan los testimonios de los informantes en relación a la desigualdad social que han experimentado. El numeral 4.5. contiene el análisis del tema de discriminación social vivida por los informantes. El numeral 4.6. se centra en los servicios de salud en relación a la prevención y promoción de salud; y, en el numeral 4.7. los informantes califican los servicios de salud recibidos en la unidad anidada. El numeral 4.8. contiene el tema de la relación médico-paciente dividida en cuatro indicadores cualitativos básicos como son el contexto general de dicha relación, los aspectos afectivos desarrollados entre médico y paciente, la revisión del paciente de manera técnica y las recomendaciones de los pacientes con respecto al médico. En el numeral 4.9. se desarrolla el tema de interculturalidad de las comunidades indígenas con la medicina occidental. El numeral 4.10. contiene las perspectivas, costumbres y temores de los informantes en relación a la muerte. En el numeral 4.11. se analiza los testimonios de las personas sobre la salud mental y en el numeral 4.12. se desarrolla el tema del embarazo, como costumbres pre y post parto de las mujeres informantes que han pasado por dicho proceso.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS DEL ESTUDIO ETNOGRÁFICO

4.1. Salud



Figura 18: Wordsalad del tema Salud
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

El concepto de salud es amplio, y ha sufrido constantes cambios en su concepción a través del tiempo, de manera inicial, tan solo se refería a la ausencia de enfermedad, sin embargo, se adicionaron nuevos elementos y criterios tanto psicológicos y sociales, que conformaron una definición integral y holística, que como su nombre lo indica, implica el todo del ser humano y su entorno. En este título, se va a analizar la percepción que tienen los informantes sobre la salud, sobre lo que significa para ellos el estar sanos y el estar enfermos, lo cual, puede ayudar a

entender de cierta manera, las costumbres que tienen los individuos con respecto a su propia salud y de sus familiares más cercanos.

Sobre la salud:

“salud es un estado de satisfacción para las personas donde nos sentimos conformes aliviados y tranquilos en nuestra condición física y mental”

(hombre mestizo de 56 años)

“salud es el bienestar biopsicosocial de la persona, tener un buen trabajo, tener alimentación, vivienda, servicios básicos, para de esa manera tener salud”

(mujer mestiza de 44 años)

“es el bienestar del ser humano, yo creo que, del cuerpo, del alma y de la mente”

(hombre mestizo de 40 años)

Las opiniones anteriores señalan que la salud es un estado no solamente físico, sino integral, y relacionan la palabra salud con bienestar, sin embargo, también existen percepciones más simples, que involucran tan solo un significado físico.

“Salud para mi es estar sana por dentro, por fuera, eso”

(mujer mestiza de 52 años)

“Salud es ir al centro de salud a hacernos un chequeo y todo eso”

(mujer mestiza de 47 años)

Sobre estar sanos:

“estar sanos significa no tener ninguna molestia, ninguna alteración de carácter orgánica, igual entiendo yo también de carácter mental”

(hombre mestizo de 56 años)

“estar sana es no tener ninguna dolencia, entonces es importante pues venir al centro de salud para prevenir las enfermedades...para mi salud es prevenir más no estar medicándonos para curarnos”

(mujer mestiza de 44 años)

“Estar sano es no tener molestias, no tener dolor”

(mujer mestiza de 47 años)

“Estar sano es estar relativamente bien con una mismo, tanto mantenerse físicamente bien y sentimentalmente y anímicamente bien”

(mujer mestiza de 31 años)

Las opiniones sobre estar sano mencionan la ausencia de dolor, molestias, dolencias de ningún tipo, tanto físicas como mentales, hablan también de prevención de enfermedades.

Veamos las acepciones sobre la enfermedad que los informantes facilitaron para el estudio.

Sobre estar enfermos:

“estar enfermo para mi criterio significa tener alguna molestia dolencia o alteración de carácter orgánica”

(hombre mestizo de 56 años)

“la enfermedad le puede dar cuando uno se queda sin empleo, se deprime, no tiene las ganas para trabajar, la enfermedad también le puede venir por malos hábitos alimenticios, malos hábitos de no hacer ejercicios, de no alimentarnos bien, de no hacer también un poco de sano esparcimiento, entonces ahí se enferma, y también por mala calidad en el agua, en no lavar las verduras o andar sin abrigo en estos vientos de verano, entonces ahí también nos podemos enfermar, contagiarnos por virus”

(mujer mestiza de 44 años)

“enfermo es cuando ya se siente el cuerpo adolorido, la cabeza, o sea todo el cuerpo”

(mujer mestiza de 47 años)

“estar enfermo significa que nuestro cuerpo va un poco desvaneciéndose, va poniéndose un poco mal, tal vez la mente también ya va un poco decayendo, eso, nuestro cuerpo ya va, poco a poco nuestro cuerpo va dejando de funcionar”

(mujer mestiza de 52 años)

Las percepciones sobre enfermedad señalan diferentes puntos de vista, algunos de ellos, simplemente dijeron lo contrario a lo que consideraban como sano, otros en cambio, indican inclusive las causas de la enfermedad, y también indican que la enfermedad es consecuencia del tiempo, que afecta a la funcionalidad del cuerpo humano.

Análisis

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 integral de una persona.

“salud es un estado de satisfacción para las personas donde nos sentimos conformes aliviados y tranquilos en nuestra condición física y mental”

“Salud es ir al centro de salud a hacernos un chequeo y todo eso”

“Estar sano es no tener molestias, no tener dolor”

“estar enfermo significa que nuestro cuerpo va un poco desvaneciéndose, va poniéndose un poco mal, tal vez la mente también ya va un poco decayendo, eso, nuestro cuerpo ya va, poco a poco nuestro cuerpo va dejando de funcionar”

Figura 19: Testimonios principales del tema Salud
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

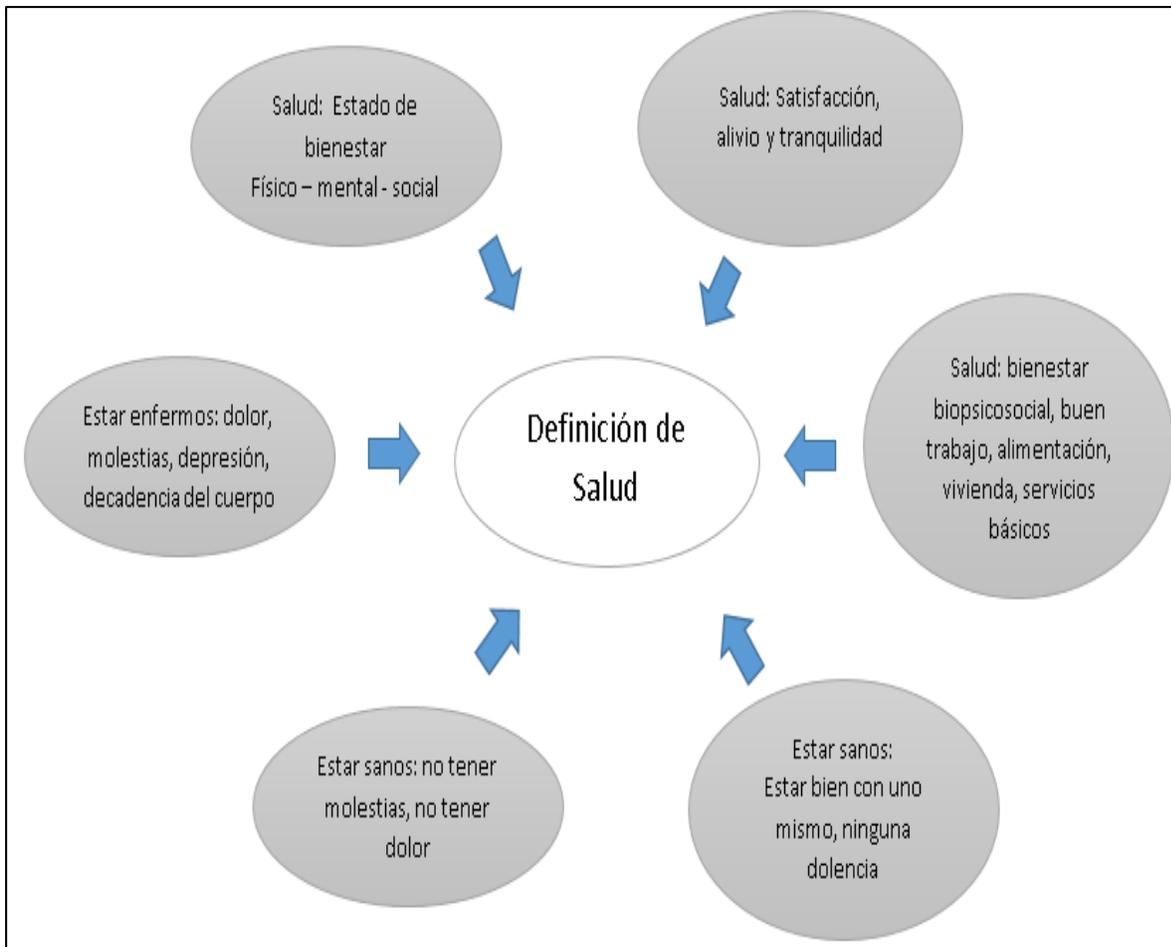


Figura 20: Análisis del tema salud
 Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

4.2. Organización familiar



Figura 21: Wordsalad del tema Organización familiar
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

Este indicador cualitativo describe como los individuos que formaron parte del estudio se agrupan o viven, específicamente nos referimos a su forma de organización familiar, cuyos datos fueron obtenidos a través de las entrevistas individuales y de los grupos focales, conjuntamente con otros datos sociodemográficos. La oportunidad para indagar sobre su organización familiar se dio, cuando se preguntó a los individuos sus datos generales, como lugar de domicilio, edad, ocupación y por supuesto, la pregunta correspondiente fue: ¿Con quién vive?, en ese momento, los informantes señalaban su forma de organización familiar. Las respuestas eran bastante sencillas, sin una mayor explicación.

Vivo con mi esposo y mis cuatro hijos

(Mujer mestiza de 38 años)

Vivo con mi esposa, mis hijas y mi cuñada

(Hombre mestizo de 56 años)

Vivo con mis dos hijos y mis dos nietos

(Mujer indígena de 59 años)

Vivo solo

(Hombre mestizo de 60 años)

Análisis:

La gran mayoría de las personas con las que se conversó de forma individual mencionó que vivía con su esposa/esposo e hijos, hubo dos casos de mujeres que vivían cerca de su suegra, los demás lo hacían de forma independiente, lejos de sus allegados, existían también algunas familiares nucleares extendidas, ya que vivían con sus padres, suegros, tíos, nietos o cuñados. Había casos de madres solteras y una viuda que vivían con sus hijos y en ciertos casos, junto con otro familiar. De todo el grupo, solo hubo una persona divorciada que vivía sola y que mencionó que le visita a su hermana de manera constante.

Conociendo que la familia nuclear, se origina con el matrimonio y la conforma los cónyuges y sus hijos solteros (Alberdi, 1999), de los 64 informantes, 43 de ellos tenían una estructura familiar nuclear, en donde, 40 de ellos vivían con su esposo/a e hijos o sin hijos, ya que no los tenían, sin embargo estaban casados; y, tres informantes eran hijos de una familia nuclear.

En situación de familia monoparental, en donde, un solo adulto hombre o mujer vive con uno o más hijos a su cargo o hijos dependientes menores a 24 años (Perondi, Rodríguez Lupiáñez, Molpeceres Álvarez, & Ongil López, 2010-2011), existieron seis casos, dentro de los cuales, en tres casos los informantes vivían con otros familiares como padres o hermanos.

Diez informantes vivían en una familia extendida o extensa, constituida por la familia nuclear más uno o más miembros familiares o no familiares (Alberdi, 1999), que para todos los casos, se trataba de familiares.

Tres personas vivían solas, es decir, no tenían una familia con la que compartían su vivienda; y, dos de los informantes no dieron información sobre su organización familiar.

Por lo tanto, 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-esposa-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.

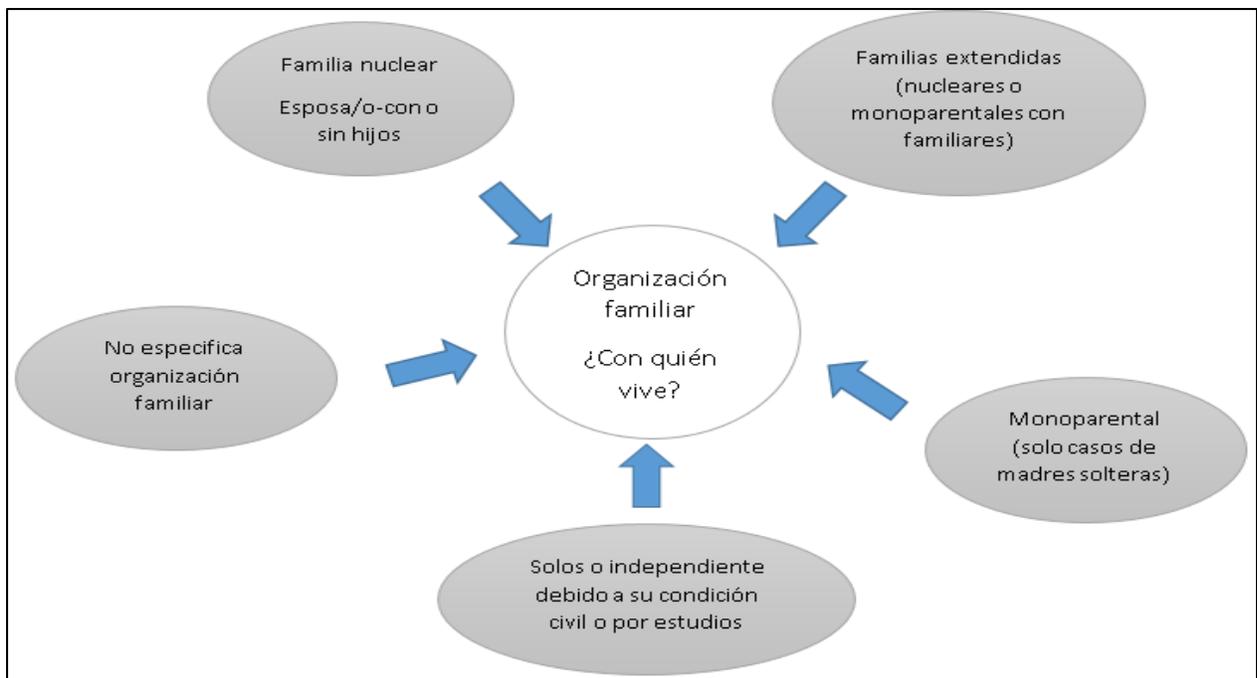


Figura 22: Análisis de la organización social de los miembros del estudio etnográfico
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

4.3. Cultura



Figura 23: Wordsalad del tema Cultura
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

En este apartado, se va a analizar las costumbres y comportamientos que tienen las personas que se atienden en el centro de salud anidado de Cotacachi con respecto a la salud. Se van a desglosar dos indicadores cualitativos: a) las enfermedades culturales y b) los paradigmas alternativos. Las enfermedades culturales se refieren a las enfermedades propias de la comunidad objeto de estudio, es decir, aquellas diferentes a las convencionales, y que han sido adoptadas como enfermedades de la cultura de mestizos e indígenas de Cotacachi; los paradigmas alternativos, se relacionan, en cambio, con algún tipo de tratamiento alternativo al convencional, que las personas involucradas estiman conveniente aplicar para la cura de sus dolencias.

4.3.1. Enfermedades culturales

Los hallazgos mencionan dos enfermedades culturales principales, que son el espanto y el mal aire, pero también existen otras enfermedades sobrenaturales, algunos testimonios mencionan, que son enfermedades que producen síntomas sin explicación en las personas, adultos y niños, como mareos, dolor de cabeza, llanto de niños, insomnio, dolores del cuerpo, la curación consiste en una limpieza, ya sea con huevo, agua bendita, y rezos, normalmente, realizada por una tercera persona.

“fue el anterior año, pero, que le llevé a hacerle curar el espanto...fue por mi chiquita, que, o sea, se hacía popó en el pantalón, entonces le llevé allá y me dijeron que estaba pasada de frío, entonces me mandaron manteca de cacao con manzanilla, que le puse en estas partecitas, igual estaba espantada también...”

(mujer indígena de 29 años).

Cree en el “mal aire” porque “a veces la dolencia es sin motivo”, y coge el agua bendita y el rosario, “se friega y se alivia”, por lo que no necesita atención médica...

(mujer mestiza de 60 años)

“tenía un dolor de cuello bastante doloroso que cada vez me iba afectando ahí había 15 días que yo tomaba ibuprofeno y inyecciones del complejo B, 2 cm cada día, pero no me pasó y cómo vive a lado mío, somos vecinitas, acudí donde ella y efectivamente ella limpia con el cuy, entonces me

*hice la limpia y al otro día amanecí buena la verdad me quito automáticamente después de 15 a
casi 3 semanas de dolor”*

(mujer mestiza de 50 años)

“según la enfermedad que dé, entonces yo si utilizo las agüitas...”, dijo que cuando está flojo el estómago toma agua de orégano, no se toma ninguna pastilla, también cree en el *“mal aire”* porque *“a veces la dolencia es sin motivo”*, y coge el agua bendita y el rosario y *“se friega”* y se alivia

(mujer mestiza de 60 años)

Análisis:

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 limpias 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.

fue el anterior año, pero, que le llevé a hacerle curar el espanto...fue por mi chiquita, que o sea, se hacía popó en el pantalón, entonces le llevé allá y me dijeron que estaba pasada de frío, entonces me mandaron manteca de cacao con manzanilla, que le puse en estas partecitas, igual estaba espantada también..."

"a veces la dolencia es sin motivo", y coge el agua bendita y el rosario, "se friega y se alivia"

"la dolencia es sin motivo"

"tenía un dolor de cuello bastante doloroso que cada vez me iba afectando ahí había 15 días que yo tomaba ibuprofeno y inyecciones del complejo B, 2 cm cada día, pero no me pasó y cómo vive a lado mío, somos vecinitas, acudí donde ella y efectivamente ella limpia con el cuy, entonces me hice la limpia y al otro día amanecí buena ..."

Figura 24: Testimonios principales de Enfermedades Culturales
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

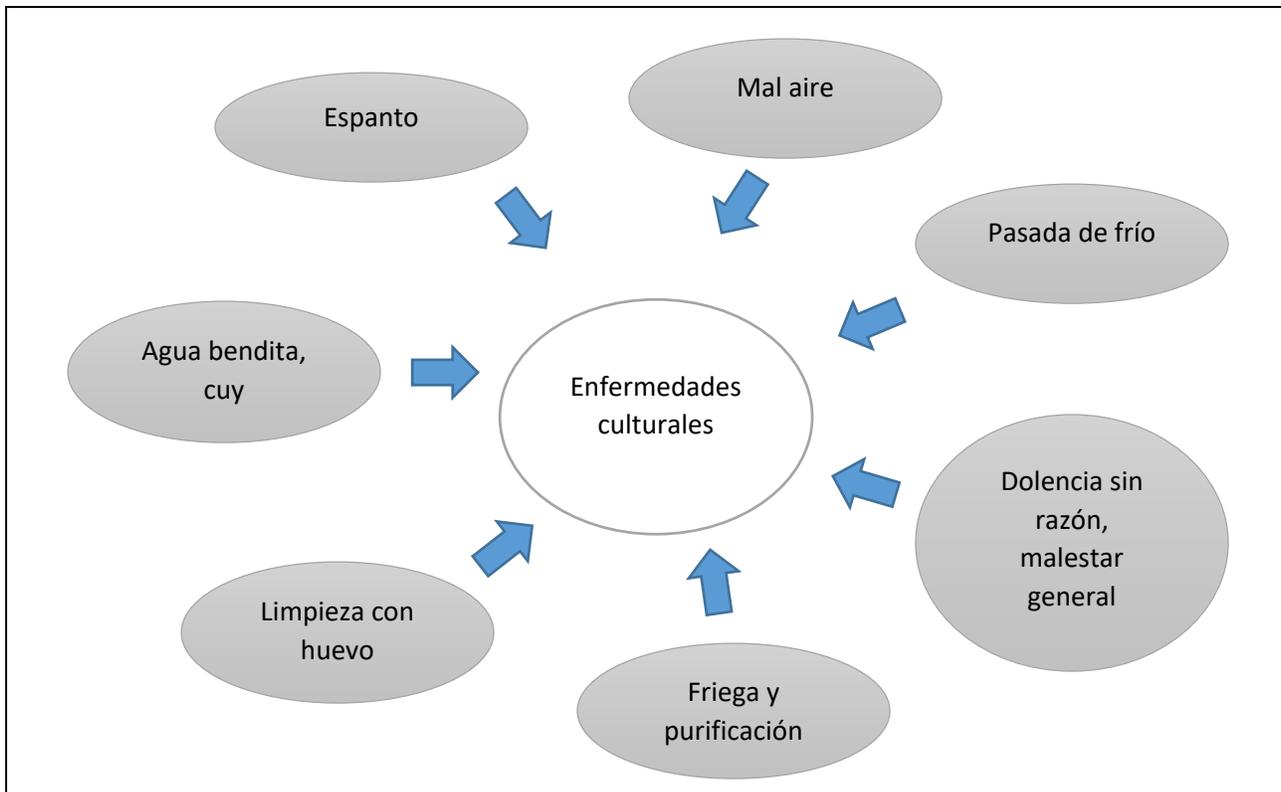


Figura 25: Análisis del indicador Enfermedades Culturales
 Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

4.3.2. Paradigmas alternativos

Algunas personas mencionan, que cuando se trata de síntomas y enfermedades manejables, como tos, gripe (sin fiebre), dolor de estómago, utilizan hierbas medicinales para aliviarse, con las llamadas “aguas medicinales”, si siente alivio o se cura, entonces no necesitan acudir al centro de salud.

“directamente acudo, cuando ya le siento que está como queriendo ya enfermarse, ahí me voy directamente, porque en verdad me da miedo darle alguna cosa sin consultar al médico...en mi caso si me tomo un montón de cosas a veces, por ejemplo, cuando me quiere agarrar la gripe, me compro una lemon flu, eso o alguna pastilla porque a mi si me coge fuerte... porque las citas salen para un mes casi, y no me sé ir”

(mujer mestiza de 21 años)

“yo en mí, es que cuando le duele la barriga de un ratito al otro, yo también le doy hierbas medicinales... cuando ya es un poquito más grave, por ejemplo, ya pasa con tos dos o tres días con mucha temperatura, sino...yo misma le doy agüita con linaza y ahí le pasa”

(mujer indígena)

“bueno agüita, si alguna agüita de repente, pero de ahí no... porque yo pienso que no puedo entreverar las medicinas por el problema que tengo, solo al centro de salud...solo que tenga una gripe fuerte que no pueda solucionar en la casa, entonces toca acudir al centro de salud”

(mujer mestiza de 51 años)

Algunos informantes mencionaron que cuando se siente mal de las amígdalas, se acercan a la farmacia a preguntar a la señorita qué es lo que puede tomar, sin necesidad de ir al médico. En algunos casos no únicamente acuden a la farmacia por molestias a la garganta o gripe, sino cuando tienen otro tipo de dolores como dolores de cabeza, dolor de estómago.

Mencionaron: *“La chica de la farmacia tiende a saber mucho más que las enfermeras”*.

(grupo focal 2)

También existen personas que no creen en ningún tipo de curación alternativa, sino únicamente ven como válida la atención médica en el centro de salud, su confianza está en el sistema de salud y en los doctores responsables generales o especialistas.

“la doctorita que está cerca nos ayuda”

(mujer de grupo focal 2)

“yo nunca me he ido a ningún curandero ni nada, primero que primero es que me digan algo los doctores”

(mujer indígena)

“cuando le duele algo a mis hijos acudo rápidamente al hospital, directamente, tengo tanta fe en los médicos...yo digo por algo los médicos estudiaron, se prepararon, entonces...y así ha sido hasta para uno dar a luz, yo no me arriesgo a quedarme en la casa, porque si muero, muero en las manos del médico”

(mujer de grupo focal 1)

Análisis

La relación del indicador cualitativo *paradigmas alternativos* con la medicina alternativa y complementaria es directa, la cual 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 observa 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.

“yo en mí, es que cuando le duele la barriga de un ratito al otro, yo también le doy hierbas medicinales... cuando ya es un poquito más grave, por ejemplo, ya pasa con tos dos o tres días con mucha temperatura, sino...yo misma le doy agüita con linaza y ahí le pasa”

“La chica de la farmacia tiende a saber mucho más que las enfermeras”

“yo nunca me he ido a ningún curandero ni nada, primero que primero es que me digan algo los doctores”

“cuando le duele algo a mis hijos acudo rápidamente al hospital, directamente, tengo tanta fe en los médicos...yo digo por algo los médicos estudiaron, se prepararon, entonces...y así ha sido hasta para uno dar a luz, yo no me arriesgo a quedarme en la casa, porque si muero, muero en las manos del médico”

Figura 26: Testimonios principales de Paradigmas Alternativos
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

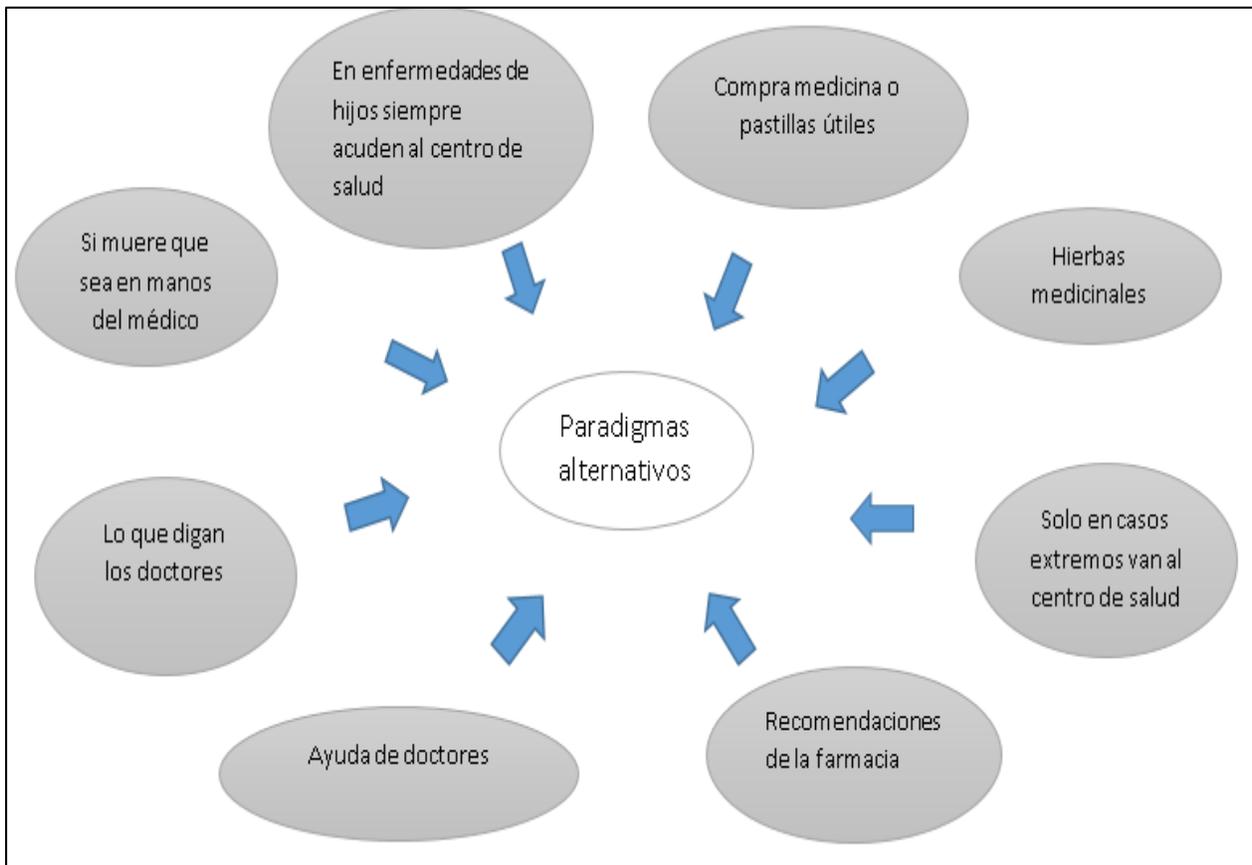


Figura 27: Análisis del indicador cualitativo paradigmas alternativos
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

4.4. Desigualdad social



Figura 28: Wordsalad del tema Desigualdad social
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

Este tema se refiere al trato desigual debido a las condiciones socio-económicas de los usuarios del centro de salud, que se da por parte de los funcionarios del centro de salud anidado hacia los usuarios o pacientes. Se consideró dentro de este punto, situaciones en las que, por razones diferentes a las raciales, las personas experimentaron un trato desigual, entre las que se halla, que los funcionarios del centro tienen preferencia de atención para sus amistades, lo cual, fue experimentado por algunos de los entrevistados, también situaciones de trato desigual por el hecho de no saber hablar español o porque son personas ancianas.

la señora de los turnos, no tiene paciencia, y los turnos van a ciertas personas, las personas si nos damos cuenta...

(hombre grupo focal 3)

“en estadística, si, como ya se leer algo algo para leer y escribir, ya explico ya me atienden más rápido, hay algunas personas que no entienden, o sea no pueden hablar español, hay algunas indígenas que trabajan como promotoras de salud, y ellas se comportan como que ya saben y no quieren ayudar hablando en quichua...”

(mujer indígena)

“cuando las mayorcitas están en las filas... no les ayudan”

(mujer indígena de grupo focal 1)

“yo pienso que, bueno si hay a ratitos, pero tal vez porque la gente misma a veces también quiere exigir cosas que no se puede, entonces... le pueden tratar mal, pero si uno se va con sencillez, entonces, yo creo que, no le van a tratar mal”

(mujer mestiza de 51 años)

En las opiniones anteriores, se observa desigualdad por diversos motivos, incluso hasta dan a entender, que los usuarios no deben exigir o reclamar en el centro de salud para no ser

maltratados. Sin embargo, hay personas que opinan que el trato es igual para todos, ya que, no han experimentado ningún tipo de desigualdad, ni tampoco han evidenciado algún caso de ese tipo. Cabe anotar, que la desigualdad social, no implica solamente factores de buen o mal trato, sino aspectos más amplios, como el acceso a la atención médica, acceso a medicinas, etc.

Más bien nos ayudan con las medicinas que no podemos comprar porque no tenemos...

(mujer grupo focal 3)

“bien me han atendido a mí”

(mujer indígena de 41 años)

¿Usted cree que, si estuviera en otro grupo económico-social, sería mejor atendido ahí o siente que la atención es igual para todos?... Si, la atención es igual para todos, porque, igual he visto que los indígenas van y les atienden igual, no están escogiendo caras...”

(mujer mestiza de 21 años)

Análisis

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.

“yo pienso que, bueno si hay a ratitos, pero tal vez porque la gente misma a veces también quiere exigir cosas que no se puede, entonces... le pueden tratar mal, pero si uno se va con sencillez, entonces, yo creo que, no le van a tratar mal”

la señora de los turnos, no tiene paciencia, y los turnos van a ciertas personas, las personas si nos damos cuenta...

Más bien nos ayudan con las medicinas que no podemos comprar porque no tenemos...

“bien me han atendido a mí”

Figura 29: Testimonios principales del tema Desigualdad social
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

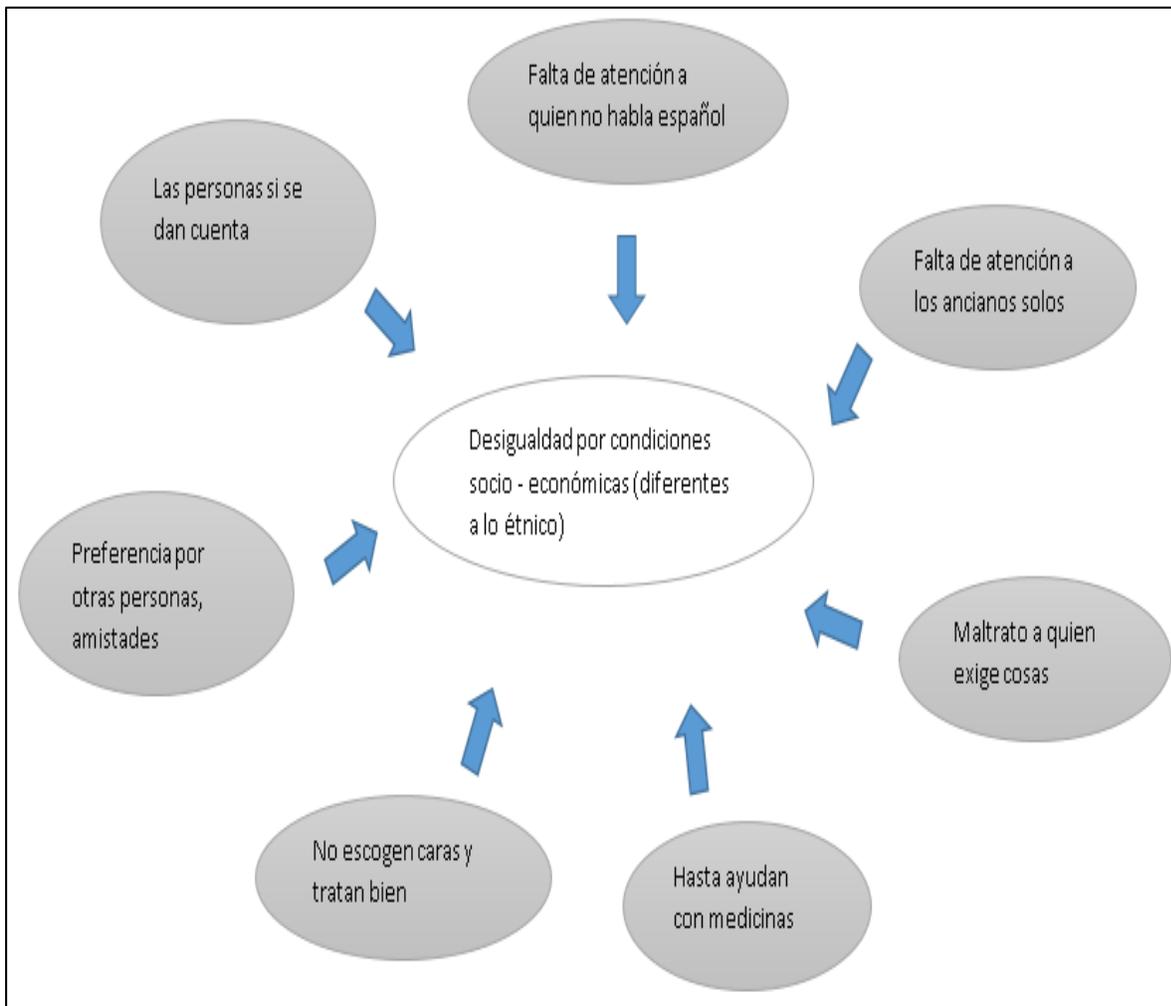


Figura 30: Análisis del tema Desigualdad social
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

4.5. Discriminación social



Figura 31: Wordsalad del tema Discriminación social
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

El análisis de la discriminación social está enfocado en el tema étnico, es decir, se ha tomado como experiencia de discriminación, aquella exclusión sentida por la/ las personas del área de estudio, debido a cuestiones de su raza o su etnia. Existen diversos puntos de vista al respecto, algunos se sienten discriminados y otros no perciben ningún tipo de discriminación, durante todo el proceso de atención en el centro de salud.

“nosotros estábamos ahí, y dijo que espere, que espere... y llegaba una persona mestiza y les atendía”

(hombre indígena de 36 años)

“Me parece que a todos tratan así mismo no...pero si hay algunas personitas indígenas que se quejan, que van y que al menos cuando es sábado, que no les atienden...”

(mujer mestiza de 60 años)

“Eso si, no han tratado bien... la misma sangre tenemos, pero no trata bien” tanto médicos como enfermeras, tratan de “*indias*” y siempre han tratado así, las indígenas “*no decimos a nadie y quedamos callada*”

(mujer indígena de 36 años)

El trato es diferente, porque a los indígenas “*les gritan o les tutean*”, mientras que a los mestizos les tratan de “*usted*”, también existe maltrato a los ancianos indígenas por parte de las enfermeras

(grupo focal 2)

Se observó en los testimonios anteriores la discriminación que las personas del centro de salud de Cotacachi, han sufrido en esa dependencia, es importante, resaltar el hecho, que mestizos evidencian este fenómeno no sobre su propia etnia, sino sobre personas de etnia indígena. Como es normal, existen también testimonios contrarios a estos puntos de vista.

“en este tiempo discriminación ya no hay...”

(mujer grupo focal 1)

“claro que a veces hay demasiado tiempo de espera, pero discrimen nunca va a haber”

(mujer mestiza de 50 años)

“siempre me han atendido bien a mí”

(mujer indígena de 30 años)

“bueno aquí en este lado, no están tan, digamos, no son tan malas”

(mujer de 38 años)

Análisis

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.

El trato es diferente, porque a los indígenas *“les gritan o les tutean”*, mientras que a los mestizos les tratan de *“usted”*

“Eso sí, no han tratado bien... la misma sangre tenemos, pero no trata bien”

“claro que a veces hay demasiado tiempo de espera, pero discrimen nunca va a haber”

“bueno aquí en este lado, no están tan, digamos, no son tan malas”

Figura 32: Testimonios principales del tema Discriminación social
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

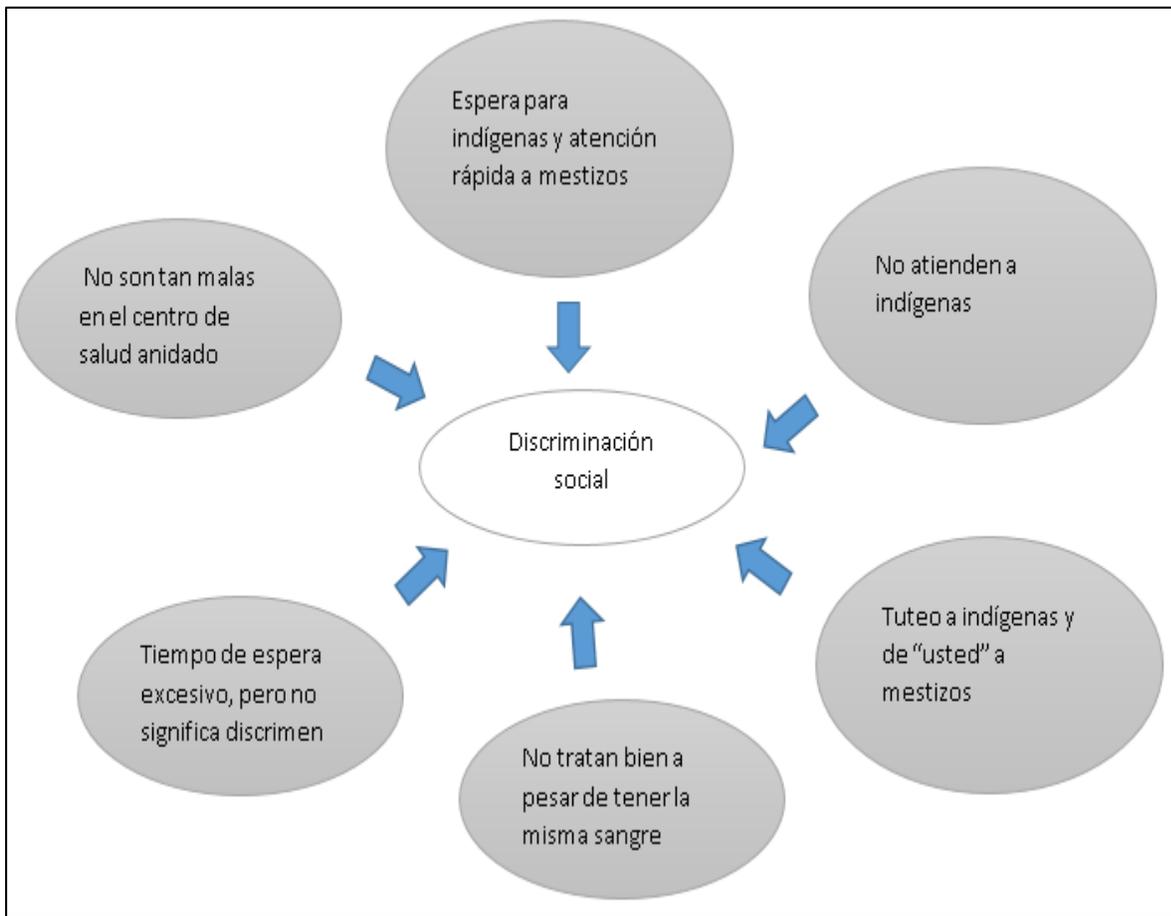


Figura 33: Análisis del tema Discriminación social
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

4.6. Prevención y Promoción de la salud

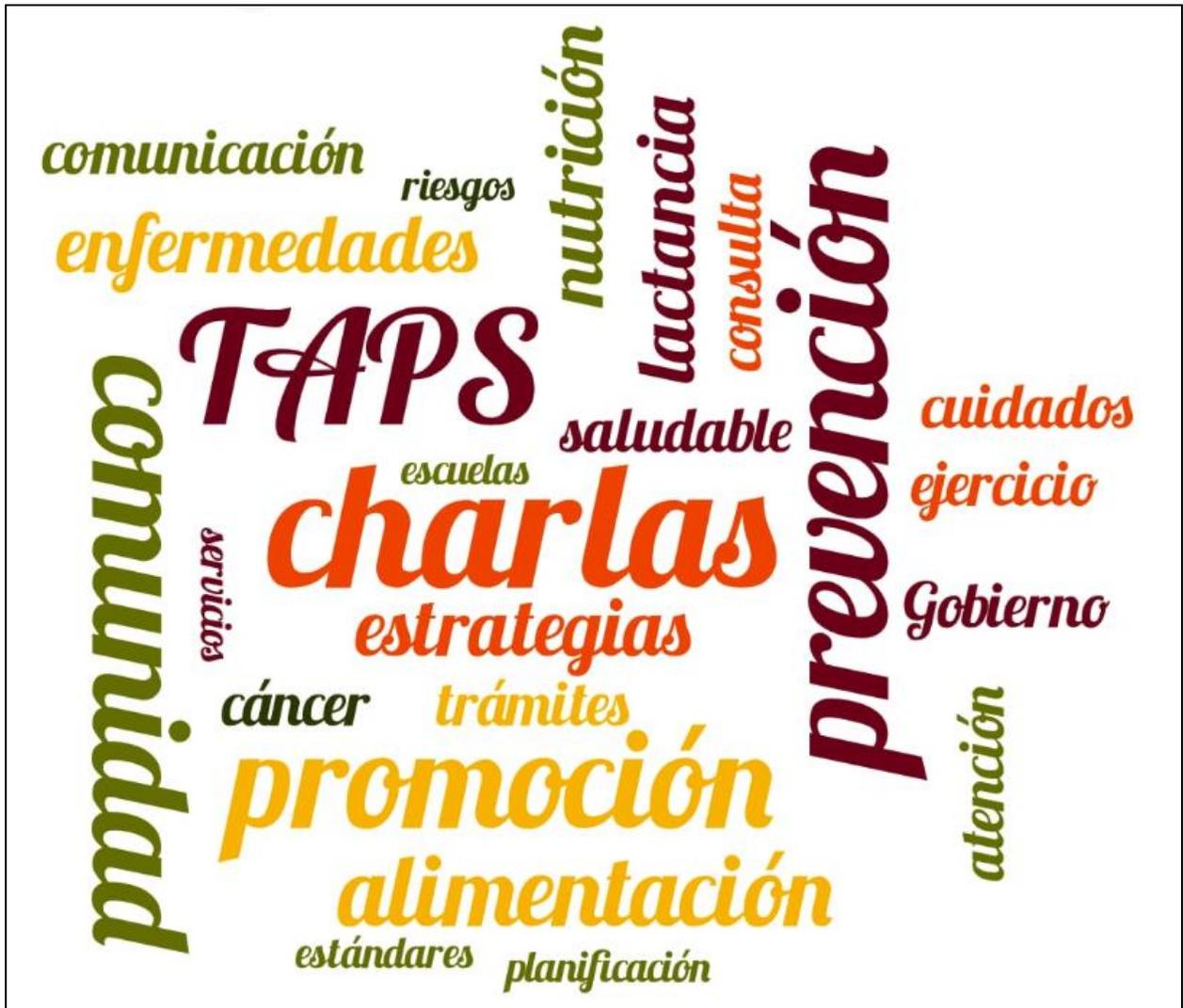


Figura 34: Wordsalad del tema Prevención y Promoción de la salud
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

Aunque se encuentra enmarcado en un solo título, este tema involucra dos conceptos diferentes, como son, la prevención de la salud y la promoción de la salud, es por eso, que el análisis se ha realizado, tomando en cuenta esta división, ya que, mientras la prevención de la salud, tiene como objetivo la reducción de los riesgos de enfermedades y del avance de las mismas, la promoción de la salud, crea estrategias centradas en la salud de la comunidad y su mejora (Vignolo, Vacarezza, Alvarez, & Sosa, 2011).

Sobre la Prevención de la salud

Algunos usuarios del centro de salud mencionaron que tanto médicos como enfermeras, dentro del centro de salud o en la misma consulta, dan recomendaciones a los pacientes sobre alimentación, cuidados, vacunación para evitar enfermedades posteriores o posibles complicaciones con la enfermedad ya diagnosticada. Algunos indígenas, también mencionaron la intervención de los TAPS, los cuales, se acercan a las comunidades y les ayudan en los asuntos relacionados con su salud.

“conferencias en cuanto a la alimentación, al ejercicio que se debe tener, a los cuidados que se debe tener ... incluso me mandaron donde la nutricionista para que me ayuden como se puede llevar a cabo la alimentación...y todo lo necesario”

(mujer mestiza de 51 años)

“Si para lactancia, generalmente, las enfermeras, ahí sí son las enfermeras, cuando mi hijo recién nació, me decía que tenía que ir a los cursos para aprender a dar de lactar y todas esas cosas”

(mujer de grupo focal 2)

“Charlas, charlas, si dan las charlas, estamos ahí en los asientos, las personas que dan las charlas, se han parado de frente, y nos han explicado de nutrición, de planificación, de lactancia, sobre los embarazos”

(mujer indígena de 38 años)

*“Sobre cómo prevenir el cáncer de mama, se nos acercó, estábamos esperando que nos atienda,
y se acercó, tenía un seno hecho de tela, y nos enseñaba cómo tocarnos, y todo eso”*

(mujer mestiza de grupo focal 2)

Las respuestas fueron variadas en relación a temas de prevención de salud, algunas personas indicaron que recibieron charlas en la sala de espera o dentro del consultorio en temas de embarazo, lactancia, nutrición, cáncer, etc., de igual forma en el grupo focal 1 los participantes afirmaron que recibían indicaciones y educación sobre distintos temas, mientras que en el grupo focal 2, tan solo tres personas mencionaron haber recibido información de esa índole, y en el grupo focal 3, solo una persona hizo alusión al tema. En las entrevistas individuales también se pudo evidenciar que no todas las personas receptan temas de prevención de salud, algunas manifestaron de forma tajante un simple “no” o “nunca” a ese cuestionamiento.

“no he recibido ningún servicio adicional”

(mujer mestiza de 21 años)

“casi no saben dar charlas...”

(mujer grupo focal 1)

Sobre la Promoción de la salud

La promoción de la salud corresponde a todas aquellas estrategias que promueven la salud y su mejora dentro de la comunidad, en este caso, aquellas propuestas de salud por parte del

Gobierno a través de su sistema. Las tendencias actuales, utilizan, por ejemplo, los entornos o ambientes saludables, es decir aquellos, lugares en donde se promueve cero tabacos, no sedentarismo, alimentación sana, entre otros. Dentro de las políticas del gobierno ecuatoriano, el impulso se dio mediante la contratación de los TAPS o Técnicos de Atención Primaria, los cuales, "...hacen comunicación, prevención y promoción de Salud en las casas de las personas. Además, son parte de los equipos de atención integral en Salud" (Guerrero C. citado por Veletanga, 2017). Algunos testimonios hacen alusión a los TAPS, felicitan su labor y especialmente los mencionan como ayuda en los trámites dentro del centro de salud, otras personas no mencionan que los TAPS les visitan en su domicilio, mientras que otros dos testimonios indicaron que los "médicos" era quienes les visitaban.

"a nosotros nos visitan en la casa una señorita, una señorita de lentes...yo debo felicitar eso... nos visitan, o sea les ven a los niños, están preguntando sobre las vacunas, el pesaje, las enfermedades, o sea uno se siente bien, se siente bien que ellas llamen a la puerta y digan que ... o sea es como que nos obligan a cuidar a nuestros hijos, es excelente..."

(hombre mestizo de 36 años)

"porque en lo que es la comunidad en la que vivo, nos visitan lo que es el médico rural, entonces yo creo que ellos van allá ... y el trato que ellos dan, es muy bueno"

(mujer indígena de grupo focal 2)

"cuando están las señoritas taps, ellas saben ayudar"

(mujer grupo focal 1)

“a veces cuando hay, bueno no he visto, no, no me ha pasado a mí, pero a veces cuando se está en la fila, a veces hay mayorcitas, que no atinan a hacer eso, y a ellas es lo que casi no les prestan atención, algunos, algunos si, para que están esas chicas, esas chicas que están ahí, les ayudan, les ayudan a ver...”

(mujer grupo focal 1)

Análisis

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.

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.

“Charlas, charlas, si dan las charlas, estamos ahí en los asientos, las personas que dan las charlas, se han parado de frente, y nos han explicado de nutrición, de planificación, de lactancia, sobre los embarazos”

“casi no saben dar charlas...”

“cuando están las señoritas tabs, ellas saben ayudar”

“a nosotros nos visitan en la casa una señorita, una señorita de lentes...yo debo felicitar eso... nos visitan, o sea les ven a los niños, están preguntando sobre las vacunas, el pesaje, las enfermedades, o sea uno se siente bien, se siente bien que ellas llamen a la puerta y digan que ... o sea es como que nos obligan a cuidar a nuestros hijos, es excelente...”

Figura 35: Testimonios principales del tema Prevención y Promoción de la salud
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

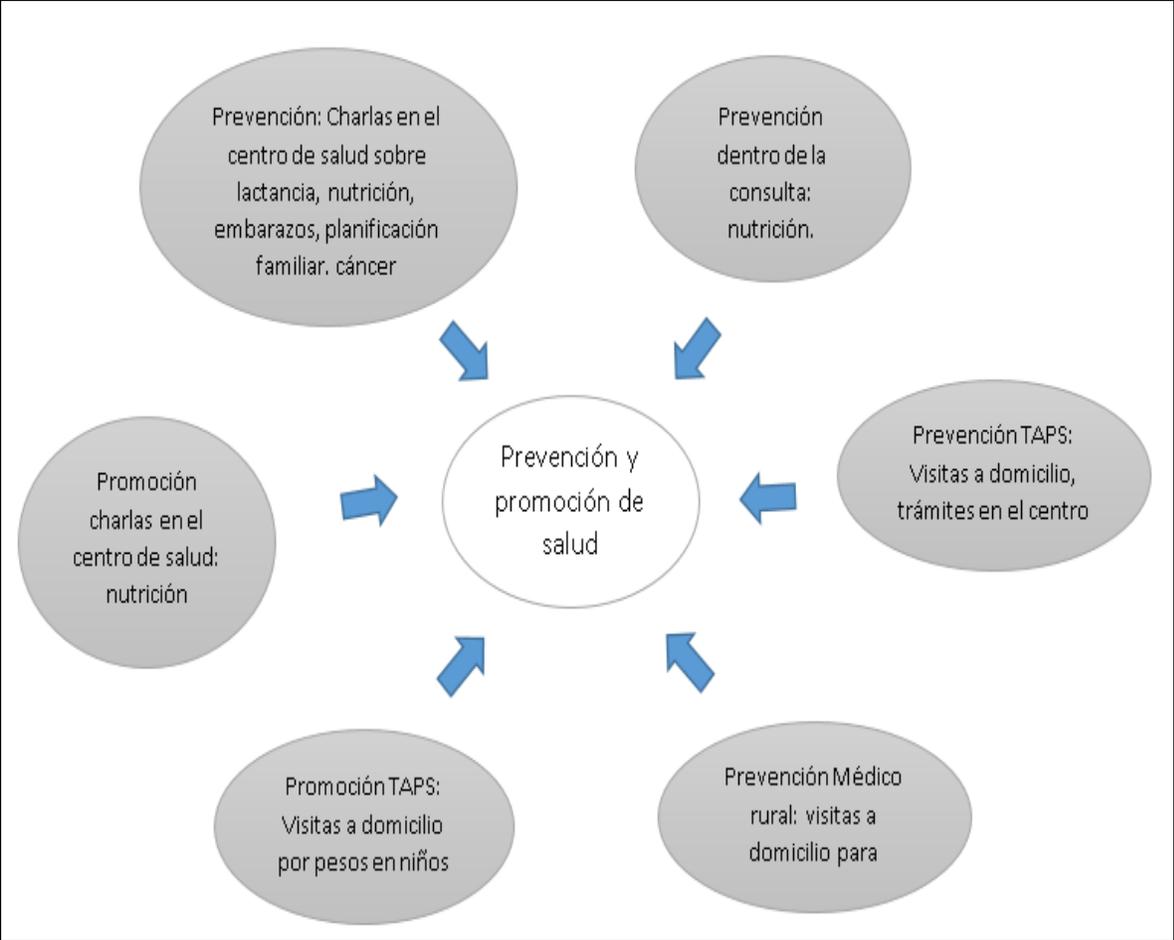


Figura 36: Análisis del tema Prevención y Promoción de la Salud
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

4.7. Servicios de salud



Figura 37: Wordsalad del tema Servicios de Salud
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

El centro de salud anidado al hospital de Cotacachi, es de primer nivel, de tipo urbano, por lo que, su equipo de profesionales está conformado por un médico (general), un psicólogo, enfermeras, un odontólogo, una “obstetriz” y los técnicos de atención primaria en salud o TAPS, sin embargo, dentro del centro de salud, también se encuentran los consultorios de consulta de Pediatría, por lo que, los informantes al referirse a los servicios del centro de salud, muchas veces, también toma en cuenta la atención médica de esa área.

Los entrevistados indicaron que se acercan al centro de salud para recibir los diversos servicios de medicina general, odontología, obstetricia, pediatría y psicología, para lo cual, debían realizar previamente, la cita médica vía telefónica, que muchas veces demora días o incluso semanas para lograr la atención pertinente. Los servicios odontológicos son una

excepción, ya que mencionaron, que, para utilizar esos servicios, se acercaban directamente al centro de salud a coger la cita y eran atendidos el mismo día. El análisis de este tema se enfoca en las opiniones de las personas en relación a los servicios de salud recibidos, es decir, a la percepción sobre la calidad de los servicios que recibieron.

“A ver le explico, yo tengo un trabajador, aparte de todo, tengo una, me dedico a otras cosas, a tengo otras actividades, dentro de esas, tengo un trabajador, inclusive le doy el nombre, se llama Juan Yacelga, tiene una hija que tiene 21 año, el otro día yo le traje en mi carro por el área de emergencia, acá al hospital, por área de emergencia, y le atendieron, pero ella presentaba fuertes dolores de estómago, o sea fuertes dolores de estómago, le viraron y le dijeron que no, le pusieron una inyección en la vena y le llevamos otra vez a la casa, pero le dijeron que al siguiente día venga acá, al subcentro, entonces le agendaron un turno, pero le agendan un turno para cuatro días, y ella al siguiente día volvió a tener el mismo dolor de estómago, o sea volvió a tener eso, o sea fuerte, muy fuerte, entonces el padre, en este caso, mi trabajador, vino acá y le dijo que le atiendan, que si habrá la posibilidad, y le dijeron que no, que le de no más los medicamentos que le han dado, pero cuando esos medicamentos ya no surtían efecto...entonces yo tomé la iniciativa, le dije ve discúlpame, pero inclusive yo te hago un crédito, no importa, pero llevémosle a un clínica porque no se puede dar esto... hace tres semanas que le operaron... fue una negligencia total, él es de etnia indígena, entonces tal vez por eso, no porque tal vez no manejan una preparación, o sea no saben de sus derechos, o siguen inmiscuidos en eso de que porque es gratis debe ser de mala calidad, o por ser un derecho, debe ser de mala calidad...”

(hombre de 36 años)

“necesitamos que un doctor que haga una radiografía bien hecha, que haiga un especialista que, aunque sea dos veces en el mes esté atendiendo aquí en el hospital, para nosotros no estar pidiendo turno, por ejemplo, me dan para dos meses para un traumatólogo”

(mujer indígena)

“como agendamos el turno por llamadas, entonces siempre cuando nos llama nos dicen que vayamos con treinta minutos de anticipación, es porque supuestamente nos tiene que atender a la hora exacta que tenemos el turno, uno sería respetando el horario que uno tenemos”

(mujer mestiza de 28 años)

“esperar... a veces las enfermeras creo que se equivocan...llego más antes que las otras, y la carpeta creo que le ponen al último, y ya me toca al último”

(mujer indígena de 29 años)

Los testimonios anteriores expresaban inconformidades en relación a los servicios recibidos, especialmente, respecto a la demora de la atención médica y el problema constante con los turnos. También existen criterios contrarios al respecto.

“estas dos últimas si me atendieron bien, llegué a estadística y pregunté si tenían turno para la odontóloga, y me dijo sí, y era ya tarde, porque normalmente doce y media en punto, los turnos ya mueren... llegué a las dos y media... entonces les atendieron igual rápido, rápido...normalmente ahí siempre he cogido turno”

(mujer indígena de 29 años)

“me fui con temor de que han hablado tanta cosa, pero comprobé que era mentira”

(mujer indígena de 30 años)

“para el rato de un apuro si es aceptable...pienso que tal vez no me han de sanar”

(mujer mestiza de 60 años)

“o sea todo lo que he necesito he recibido, o sea me voy por alguna cosa y ya me manda así, aunque sea para comprar, si no hay ahí, aunque sea ya para comprarme, pero ya me dan la receta si...”

(mujer de 29 años)

Análisis

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 concuerda, 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.

“necesitamos que un doctor que haga una radiografía bien hecha, que haiga un especialista que, aunque sea dos veces en el mes esté atendiendo aquí en el hospital, para nosotros no estar pidiendo turno, por ejemplo, me dan para dos meses para un traumatólogo”

“esperar... a veces las enfermeras creo que se equivocan...llego más antes que las otras, y la carpeta creo que le ponen al último, y ya me toca al último”

“me fui con temor de que han hablado tanta cosa, pero comprobé que era mentira”

“o sea todo lo que he necesito he recibido, o sea me voy por alguna cosa y ya me manda así, aunque sea para comprar, si no hay ahí, aunque sea ya para comprarme, pero ya me dan la receta si...”

Figura 38: Principales testimonios del tema servicios de salud
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

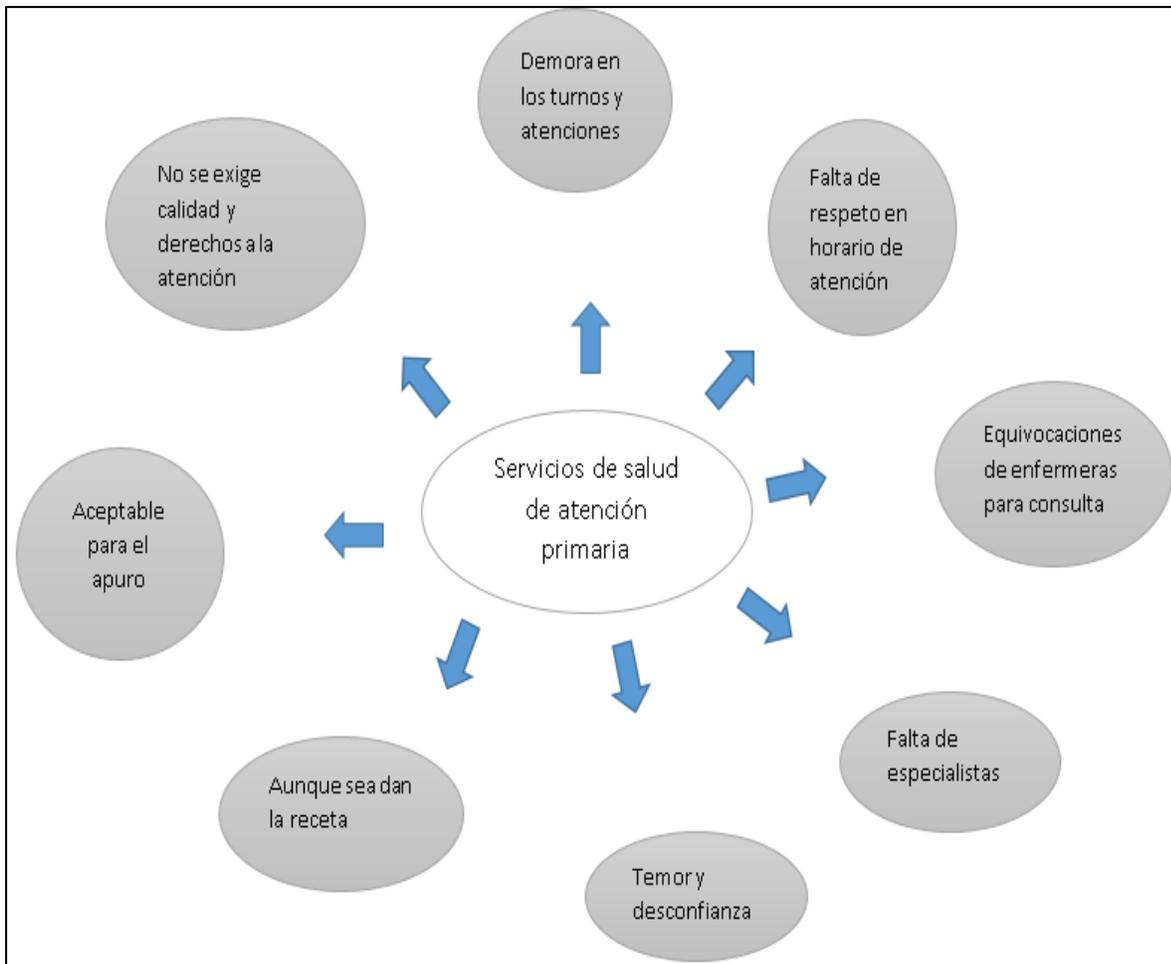


Figura 39: Análisis del tema servicios de salud
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

4.8. Relación médico – paciente

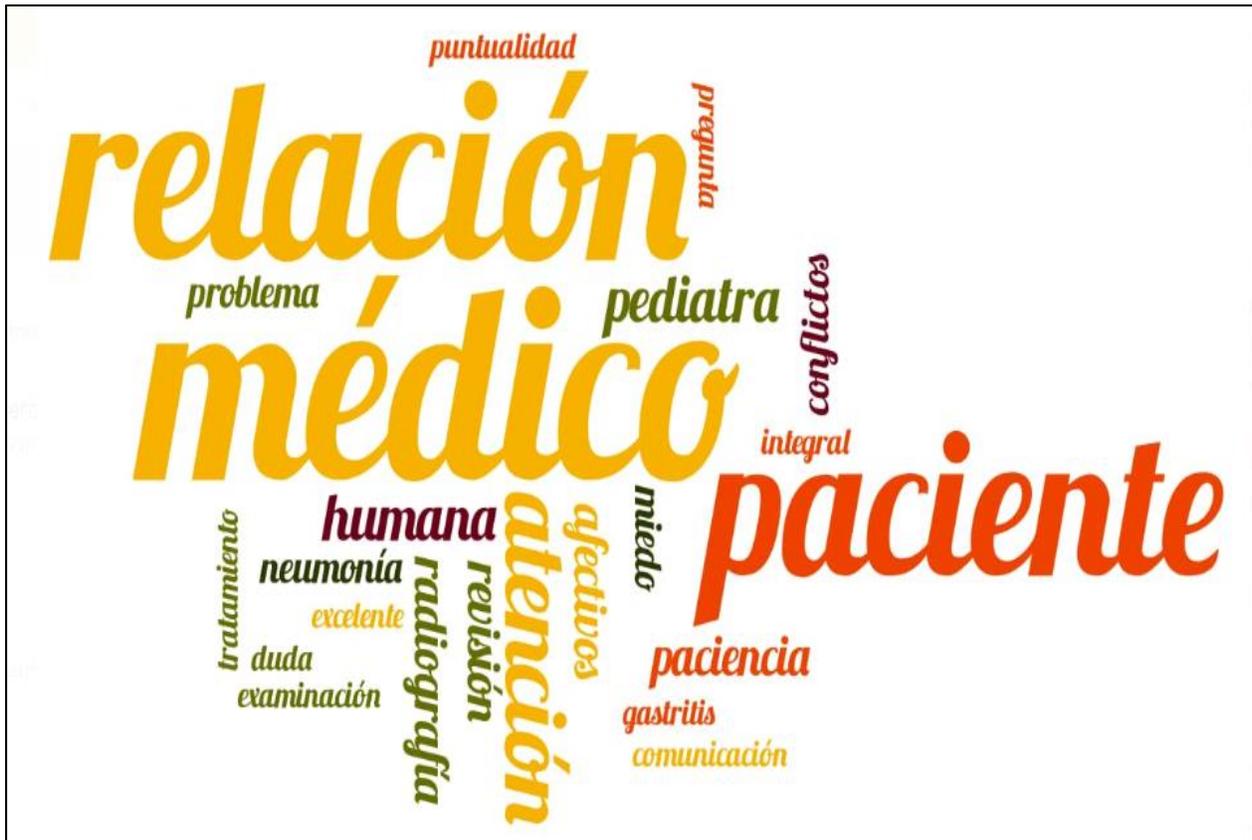


Figura 40: Wordsalad del tema Relación médico-paciente
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

Los actos médicos se hacen sobre una persona que sufre y una relación humana, dándose la relación médico-enfermo. Hace siglo y medio, la Medicina ha negado este aspecto relacional, psicológico y afectivo. El médico marcha sobre su pierna científica pero la pierna de la relación humana con su paciente se ha ido paralizando. Debe aprender a marchar sobre las dos, ya que, además, la experiencia profesional está llena de experiencias traumáticas. (Schneider, 1991 citado por Gómez Esteban, 2002).

El pequeño párrafo citado anteriormente, afirma que el médico se enfoca en el aspecto científico, dejando a un lado, los aspectos de la relación con el paciente, desde hace siglos, ¿es

posible que sigan esas tendencias en la actualidad?, ¿realmente existe el tiempo suficiente para que el médico pueda establecer una relación dual científico-humano con el paciente?, justamente, el análisis de este tipo de relación, constituye uno de los ejes fundamentales en esta investigación etnográfica, la cual, ha sido dividida en cinco indicadores cualitativos: el contexto de la relación, los aspectos afectivos, la revisión del paciente, los conflictos y las recomendaciones del paciente hacia el médico. Veamos los resultados.

4.8.1. Contexto

El contexto se refiere a la relación médico-paciente integral o general, vista desde el punto de vista del paciente que recibe atención en el centro de salud anidado de Cotacachi, existen distintas percepciones sobre esta relación, algunas personas catalogan al médico como “bueno” y se observó, que los pacientes, se centran sobre todo en las revisiones y explicaciones que los médicos le dan. La relación que se da en el centro de salud, es intermitente, debido a la rotación del personal, especialmente, en turnos y horarios, por lo que muchos pacientes señalaron que dicha relación “depende del médico”, pocos casos señalaron continuidad con el médico de turno, sin embargo, algunos si identificaban por nombre a determinados galenos.

“bueno hay dos experiencias no, hay siempre el médico que a uno le puede revisar o hay el médico que solamente le pregunta a usted que tiene, el médico que solo se limita en escucharle más no le revisa, le siente, le examina...cuando uno tiene hijos casi generalmente vive las dos cosas”

(mujer grupo focal 1)

*“como usuaria me gustaría que me reciba de pie y me haga sentar... y que me preste atención”,
porque los médicos solo se dedican a escribir sin prestarle atención, ni siquiera le ven los ojos o
el semblante de la persona.*

(mujer mestiza de 50 años)

“lo que queremos es que nos expliquen bien, y están anota y anota”

(mujer indígena de 38 años)

*“algunos médicos si nos explican, algunos médicos son nuevos... y nos dejan en el aire”, los
médicos son diferentes en cada atención*

(mujer mestiza de 27 años)

Las personas dividen a los médicos en dos clases: los que revisan bien y los que no lo hacen así, los que explican y los que no, y mencionaron también, que no les prestan la debida atención porque se preocupan más de escribir. También existieron puntos de vista positivos de esta relación, sin establecer una división entre un médico y otro, algunas personas identificaron al doctor, del que hablaron positivamente.

La relación con el médico es muy buena, porque “son amables, explican bien y tratan bien”

(mujer indígena de 29 años)

"yo le veo que, si es buen médico [odontólogo], porque si nos han atendido, con mi esposo en especial, hace tres meses... con mi hijita fue creo que, en noviembre, en esa ocasión los médicos estaban bien... a mi parecer si estaba bien, a mis hijos les hizo con paciencia, que no se dejaba no más chequearse..."

(mujer indígena de 29 años)

"es bien paciente y tiene un tino para examinarle de pies a cabeza"

(mujer grupo focal 3 sobre pediatra)

"conversan, ríen hacen chistes, a los indígenas nos preguntan que cómo se dice esto en quichua..."

(mujer indígena de 30 años)

Puesto que la relación médico-paciente es interpersonal y conlleva elementos éticos, filosóficos, sociológicos y profesionales (Rodríguez Silva, 2006), se aprecia en los testimonios anteriores dos elementos que componen dicha relación tales como lo social y lo profesional, ya que los pacientes mencionan aspectos como la paciencia, la empatía entre médico y paciente y la revisión médica.

4.8.2. Aspectos afectivos

Los aspectos afectivos como su nombre lo indica se refiere al afecto y al apego que nace de la relación médico-paciente y que es percibido por los pacientes del centro de salud anidado.

En los testimonios se identifican características como cariño, preocupación, confianza y consuelo relacionados con este aspecto.

“incluso fue consolante porque enterarse para uno que un hijo tenga un problema cardiaco realmente resulta algo doloroso no, pero ahí estuvo la parte humana del médico, en el que me supo decir, que no, que esté tranquila, que todavía hay que hacer exámenes...”

(mujer grupo focal 1)

“si es muy buena, muy linda... es muy cariñosa”

(mujer mestiza de 21 años hablando sobre la pediatra)

“a veces si revisa y también conversa... alguna preocupación que tenga..., o sea si consultan, si preguntan... cuando le atienden”

(mujer mestiza de 51 años)

“para mí la última vez que me fui, la doctora muy bien, para qué voy a decir, hasta humanamente, hasta creo que yo me destapé todo lo que yo tenía por dentro, porque ella me dijo que a más de que va a ser un médico para mí, va a ser también una confidente...”

(mujer grupo focal 1)

Una gran parte de los aspectos negativos de los médicos a los que los usuarios hacían referencia fueron aspectos relacionados a la parte científica-técnica del médico, más no de los aspectos afectivos de la relación, sin embargo, se halló un testimonio, el cual trataba sobre la discriminación, donde, mencionaron algo sobre los médicos:

“bueno a mi como paciente no he visto, pero a otras personas si...lo que, bueno uno se ve, se observa ahí, es que, por lo general a las personas indígenas, sea en la parte de donde se saca la historia, es estadística, ahí sabe haber algo de problemas...y con algunos los médicos, no sé si será por el cansancio, ya están cansados, y ya les tratan mal, se les ve...no es una forma de hablar, sino que, lo que no les tratan con amabilidad, o a veces está hablando con el paciente, y el paciente, no sé si les manifiesta una cosa, y algunos de los médicos saben hacer como muecas”

(mujer mestiza de 28 años)

Según Mendoza F. (2017), los factores emocionales y sociales derivados de la relación médico – paciente afectan en la salud y enfermedad del paciente. Los diversos testimonios reflejan una variedad de sentimientos tanto positivos como negativos que en la consulta son vivenciados a diario, y que, incluso puede influir en la adherencia del paciente a los tratamientos y a su posterior seguimiento.

4.8.3. Revisión del paciente / Examen físico

Este aspecto constituye un punto álgido en el tema relación médico-paciente, ya que la gran mayoría de las personas, lo relaciona con la revisión buena o mala que el médico realiza. Existen quejas puntuales sobre revisiones mal realizadas, que los pacientes experimentaron y dejaron consecuencias en sí mismo o en sus hijos.

"o sea verá, una vez me fui porque me dolía aquí (la barriga) le dije me duele aquí... y me dijo de una ya es gastritis, ni siquiera me revisó, así nada, me dijo ha de ser gastritis, y me mandó unas capsulitas creo, pero ni siquiera me revisó, solo me dijo dnde le duele?"

(mujer indígena de 29 años)

"la pediatra me mandó solamente un jarabe pero no le hacía bien y me decía que estaba bien, que esta bien... y después, como que más le dio la tos y de ahí la doctora me decía que es que así mismo por el jarabe, y entonces, después cuando me fui al centro de salud de Quiroga y un doctor me mandó a comprarle un gotero, total es que se empeoró peor mijo, y después hubo una noche que empezó a vomitar y a cada rato vomit hasta que se quedó pálido, y nos tocó llevarle por emergencia, entonces ahí nos dijeron que eso parecía neumonía, así que al otro día me mandaron a hacer una radiografía, y si estaba..."

(mujer mestiza de 21 años)

"o sea yo, en mi caso, me ha pasado esto, mi hija tuvo el problema cuando tuvo tres meses, o sea yo siempre he traído al hospital para control, entonces una doctora que ha estado trabajando de Ibarra, me dijo que esta mal de la cadera, entonces ya me, que tengo que poner doble pañal para que se iguale la cadera, entonces... ya pasó unos seis meses, ya me dijo que esta mucho mejor, que no hay problema de nada...yo estaba tan confiada que esta bien, hasta que ya creció, ya camin bien y todo, traa así mismo a control, así cualquier cosa que se enfermaba, yo traa... cuando tenía 13 años me dice que le duele la rodilla, que tenía miedo de las bajadas, no podía caminar, así como que cojeaba, le traje al centro de salud hace dos años, y me dijeron que todo

estaba bien, que no tiene nada, y otra vez traje, y que está bien, que está bien... luego me dijo que le duele acá atrás, y que no puede hacer educación física en el colegio, que le duele bastante y otra vez le traje, le explique así, por algo ha de estar doliendo, no ha de ser por nada que esté doliendo, entonces en esa vez, la doctora me dijo que hay que hacer una radiografía, sacamos una radiografía y me dijo que tiene pie plano, y que tiene solución con plantillas ortopédicas, y que pasa...confiada en eso compramos las plantillas, y estaba puesta así, yo pensé que estaba mejor, y otra vez me dice que le duele atrás en la columna, traje otra vez, y me dice que no, le hace caminar, dice si está bien, no está nada mal y siempre me decía que está mejor... ahorita vengo de Ibarra, y me dice que tengo que operar la rodilla porque está mal...que por eso ha estado cojeando... y me entero hace ... o sea aquí no creo que hace bien la radiografía”

(mujer indígena)

“a mi hijo le dio infección a las vías urinarias, pero no le detectaron a tiempo... pero solo le hicieron el examen de heces, y dijeron el niño no tiene nada... y mi hijo seguía decaído... la Dra. Dávila dijo: pero a su hijo no le han sabido revisar los genitales ... yo le voy a mandar a hacer todos los exámenes... pero el niño está grave...dese cuenta, desde el lunes hasta el jueves... me fui a estadística... y no encontraron la historia... no atinaban a cuál doctor pasarle...a mi hijo yo todos los meses le he llevado los controles, pero nunca me dijeron nada y no le revisaron los genitales”

(mujer grupo focal 1)

Los testimonios antes mencionados se refieren a graves falencias de los médicos y las revisiones que hacen a sus pacientes, tres se refieren a experiencias de padres e hijos, e incluso, se aprecian fallas del personal de otras áreas como rayos x y estadística, de hecho, la relación con el enfermo o paciente no solo se da, de parte del médico, sino de enfermeros, asistentes sociales y

otros, por lo que, constituye una red de relaciones complejas que influye de manera inevitable en la enfermedad y en el tratamiento aplicado (Gómez Esteban, 2002). También existieron criterios en donde exaltaban la revisión del médico para el diagnóstico de la enfermedad.

“que nos explique bien, que nos diga qué tenemos, que nos diga las pastillas a qué hora tiene que tomar, y todo eso... pero si me han dicho así”

(mujer indígena de 29 años)

“en todas las ocasiones, gracias a Diosito, me han atendido muy bien”

(mujer de grupo focal 1)

“últimamente pues tengo que dar las gracias a los doctores del centro de salud, que creo que en una forma muy oportuna pudieron llegar y darme la atención en la casa porque estuve muy delicado...”

(hombre grupo focal 3)

La consulta médica conlleva varias acciones por parte del profesional de la salud, siendo una de las fundamentales, el examen físico al paciente, el cual debe ser ético y profesional, lo que fomenta la confianza y la aceptación de los tratamientos indicados por el galeno.

4.8.4. Conflictos médico-paciente-familiares

Los conflictos son aquellas situaciones de antagonismo, descuerdo, rivalidad o difíciles de tratar y resolver, que se originan en la relación médico - paciente. Los pacientes no relataron

ningún evento conflictivo en el sentido de pelea, pero si situaciones conflictivas derivadas de las revisiones de los médicos que conllevaron malos diagnósticos, y que, originaron problemas a los familiares y pacientes. Algunos de los testimonios relatan la forma en que algunos médicos trataron de dar una solución a los conflictos.

“si porque la pediatra después se sentía culpable de lo que mi bebé estaba con la neumonía, así que después me dijo que le va a revisar ella mismo, que le lleve para revisarle, entonces ahí ella se sentía culpable, le decía que le disculpemos, porque, o sea no pensó que iba a llegar hasta ese...”

(mujer mestiza de 21 años, refiriéndose a la pediatra que no detectó que su hijo estaba con
neumonía)

“hay médicos que no revisan tan bien, y porque no revisan y solo nos manda paracetamol...nos tenemos que ir otra vez y otra vez”

(mujer grupo focal 1)

“hay algunos doctores que saben estar conversando, así primero, con otras personas..., había un doctor antes, pero no sé cómo se llamaba, mayorcito, para hacerle una pregunta, no se podía porque contestaba así enojadísimo, hay unos doctores más jovencitos...”

(mujer indígena de 29 años)

Los conflictos pueden darse entre médico-paciente y familiares, por desacuerdos de tratamientos y actitudes inapropiadas, sin embargo, ninguno de los informantes de nuestro estudio manifestó una relación de conflicto directo con el médico.

4.8.5. Recomendaciones del paciente

En este punto, se exponen algunas recomendaciones que los pacientes dan en relación al médico, lo que, mejoraría su relación con el mismo. Las respuestas son variadas, aconsejan puntualidad, buen genio y una mejor examinación por parte del médico.

“un poquito más de que sería...de puntualidad, porque a veces un poquito sí, por una cosa se atrasan, y hay gente que son de lejos y que necesitaría regresar rápido...”

(mujer mestiza de 51 años)

“o sea a mí, o sea que no sea como que no quiere trabajar, aburrido, o sea que tenga un buen genio... para no tener un poco de miedo”

(mujer mestiza de 38 años)

“hacer exámenes, o sea algo...”

(mujer indígena de 29 años)

“en la parte médica digamos si mi persona tiene duda, y vuelvo a preguntar a la doctora que cualquiera que sea, entonces me vuelva a manifestar o a explicarme de buena manera, o a veces hay que se ponen de mala manera, entonces no hay como”

(mujer mestiza de 28 años)

Los testimonios manifiestan la necesidad de que los médicos tengan paciencia con los usuarios, ya que muchas veces, sienten miedo de preguntar al médico, por la forma en cómo reaccionan. Se observa también testimonios en donde no señalan ninguna recomendación hacia sus médicos, puesto que fueron atendidos de manera excelente.

“a mi parecer si estaba bien, fue bien amable, a mis hijos igual con paciencia les hizo, mi hija que es pequeña, no se dejaba no más chequearse, con los adultos igual, no le añadiría nada al médico para que sea excelente”

(mujer indígena de 29 años hablando del odontólogo)

El médico debe ser receptivo de las sugerencias realizadas por sus pacientes, pues esto, fortalece el vínculo médico- paciente, lo que posteriormente mejorará la consulta médica de forma bidireccional.

Análisis

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.

Contexto	Aspectos afectivos	Revisión del paciente	Conflictos	Recomendaciones
<ul style="list-style-type: none"> • “como usuaria me gustaría que me reciba de pie y me haga sentar... y que me preste atención” • “lo que queremos es que nos expliquen bien, y están anota y anota” • La relación con el médico es muy buena, porque “son amables, explican bien y tratan bien” • “es bien paciente y tiene un tino para examinarle de pies a cabeza” 	<ul style="list-style-type: none"> • “a veces si revisa y también conversa... alguna preocupación que tenga..., o sea si consultan, si preguntan... cuando le atienden” • “si es muy buena, muy linda... es muy cariñosa” • “para mí la última vez que me fui, la doctora muy bien, para qué voy a decir, hasta humanamente, hasta creo que yo me destapé todo lo que yo tenía por dentro, porque ella me dijo que a más de que va a ser un médico para mí, va a ser también una confidente...” • “...no es una forma de hablar, sino que, lo que no les tratan con amabilidad, o a veces está hablando con el paciente, y el paciente, no sé si les manifiesta una cosa, y algunos de los médicos saben hacer como muecas” 	<ul style="list-style-type: none"> • “o sea ver, una vez me fui porque me dolía aquí, barriga, le dije me duele aquí... y me dijo de una ya es gastritis, ni siquiera me revisó, así nada, me dijo ha de ser gastritis...” • “la pediatra me mandó solamente un jarabe pero no le hacía bien y me decía que estaba bien, que está bien... y después, como que más le dio la tos ...” • “...a mi hijo yo todos los meses le he llevado los controles, pero nunca me dijeron nada y no le revisaron los genitales” • “que nos explique bien, que nos diga qué tenemos, que nos diga las pastillas a qué hora tiene que tomar, y todo eso... pero si me han dicho así” 	<ul style="list-style-type: none"> • “si porque la pediatra después se sentía culpable de lo que mi bebé estaba con la neumonía, así que después me dijo que le va a revisar ella mismo, que le lleve para revisarle, entonces ahí ella se sentía culpable, le decía que le disculpemos, porque, o sea no pensó que iba a llegar hasta ese...” • “hay médicos que no revisan tan bien, y porque no revisan y solo nos manda paracetamol...nos tenemos que ir otra vez y otra vez” • “hay algunos doctores que saben estar conversando, así primero, con otras personas..., había un doctor antes, pero no sé cómo se llamaba, mayorcito, para hacerle una pregunta, no se podía porque contestaba así enojadísimo, hay unos doctores más jovencitos...” 	<ul style="list-style-type: none"> • “un poquito más de que sería...de puntualidad, porque a veces un poquito si, por una cosa se atrasan, y hay gente que son de lejos y que necesitaría regresar rápido...” • “o sea a mí, o sea que no sea como que no quiere trabajar, aburrido, o sea que tenga un buen genio... para no tener un poco de miedo” • “hacer exámenes, o sea algo...” • “a mi parecer si estaba bien, fue bien amable, a mis hijos igual con paciencia les hizo, mi hija que es pequeña, no se dejaba no más chequearse, con los adultos igual, no le añadiría nada al médico para que sea excelente”

Figura 41: Principales testimonios del tema Relación Médico-Paciente
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

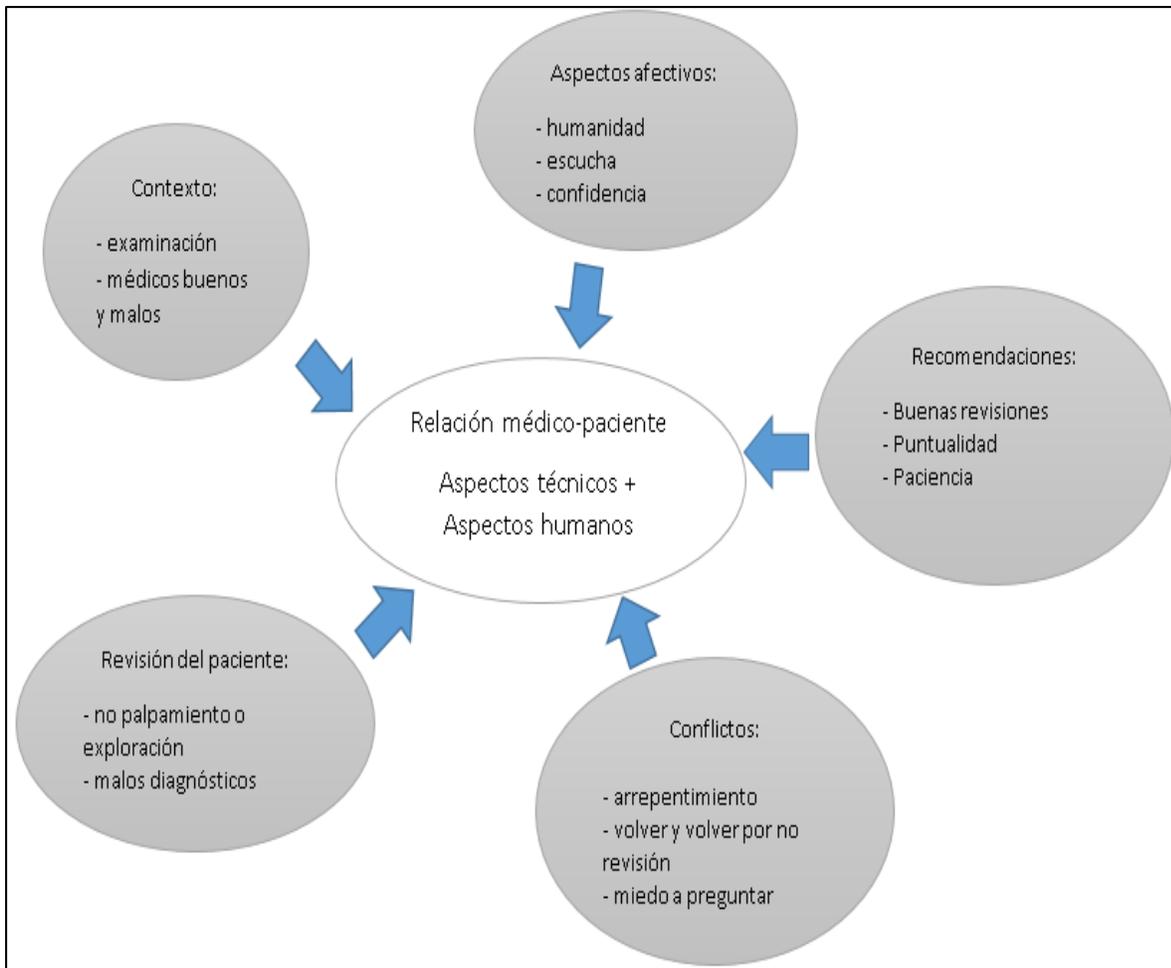


Figura 42: Análisis del tema Relación Médico-Paciente
 Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

4.9. Interculturalidad



Figura 43: Wordsalad del tema Interculturalidad
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

La interculturalidad se refiere a la inmersión y aceptación de la cultura de salud indígena dentro de la cultura de salud de los mestizos o viceversa, visto desde el punto de vista del paciente. Los testimonios de los pacientes manifestaban que la cultura de salud indígena se integra sin problemas en la otra cultura, pero también había testimonios que señalan lo contrario e incluso desconocimiento sobre la situación de su comunidad en relación a este tema.

“porque en lo que es la comunidad en la que vivo, nos visitan lo que es el médico rural, entonces yo creo que ellos van allá ... y el trato que ellos dan, es muy bueno”.

(mujer indígena de grupo focal 2)

“ya la gente piensa de diferente forma y acá (al centro de salud) viene el que necesita, y dando gracias a Dios... les atienden muy bien”

(hombre mestizo de 60 años)

"creo que, si va"

(mujer indígena de 29 años)

“creo que, si van todos igual, todos cuando necesitamos van, si nos integramos”

(mujer indígena de 29 años)

Los testimonios anteriores reflejan integración entre las dos culturas de salud, algunas personas mencionan la palabra “necesidad” como la única razón para que un indígena se acerque al centro de salud e incluso los mismos mestizos, otros en cambio, mencionan que el centro de salud va a la comunidad, lo cual, también es cierto por la intervención de los TAPS y médicos, lo que facilita de cierta forma la inmersión de una cultura hacia otra. También existen testimonios opuestos en donde indican que desconocen el sentir de otros y también indican que las personas indígenas –en etapa de vejez- tienen miedo acudir al centro de salud.

“yo no podría responder por los demás... yo por mi sí, de los otros yo no sé cómo sienten ni cómo piensan...”

(mujer indígena de 34 años)

“si tienen miedo, no ves que hay algunas personas que no tienen nadie que le ayude, que les explique, más que todo en quichua, ... entonces por esa razón hay algunas personas que no bajan”

(mujer indígena)

“no sé porque para mí es bueno, para los otros no sé, porque a mi si me han tratado bien”

(mujer indígena de 29 años)

“la gente mayor, si, no quiere irse”

(mujer grupo focal 1)

Análisis

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.

“creo que, si van todos igual, todos cuando necesitamos van, si nos integramos”

“porque en lo que es la comunidad en la que vivo, nos visitan lo que es el médico rural, entonces yo creo que ellos van allá ... y el trato que ellos dan, es muy bueno”

“si tienen miedo, no ves que hay algunas personas que no tienen nadie que le ayude, que les explique, más que todo en quichua, ... entonces por esa razón hay algunas personas que no bajan”

“la gente mayor, si, no quiere irse”

Figura 44: Principales testimonios del tema Interculturalidad
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

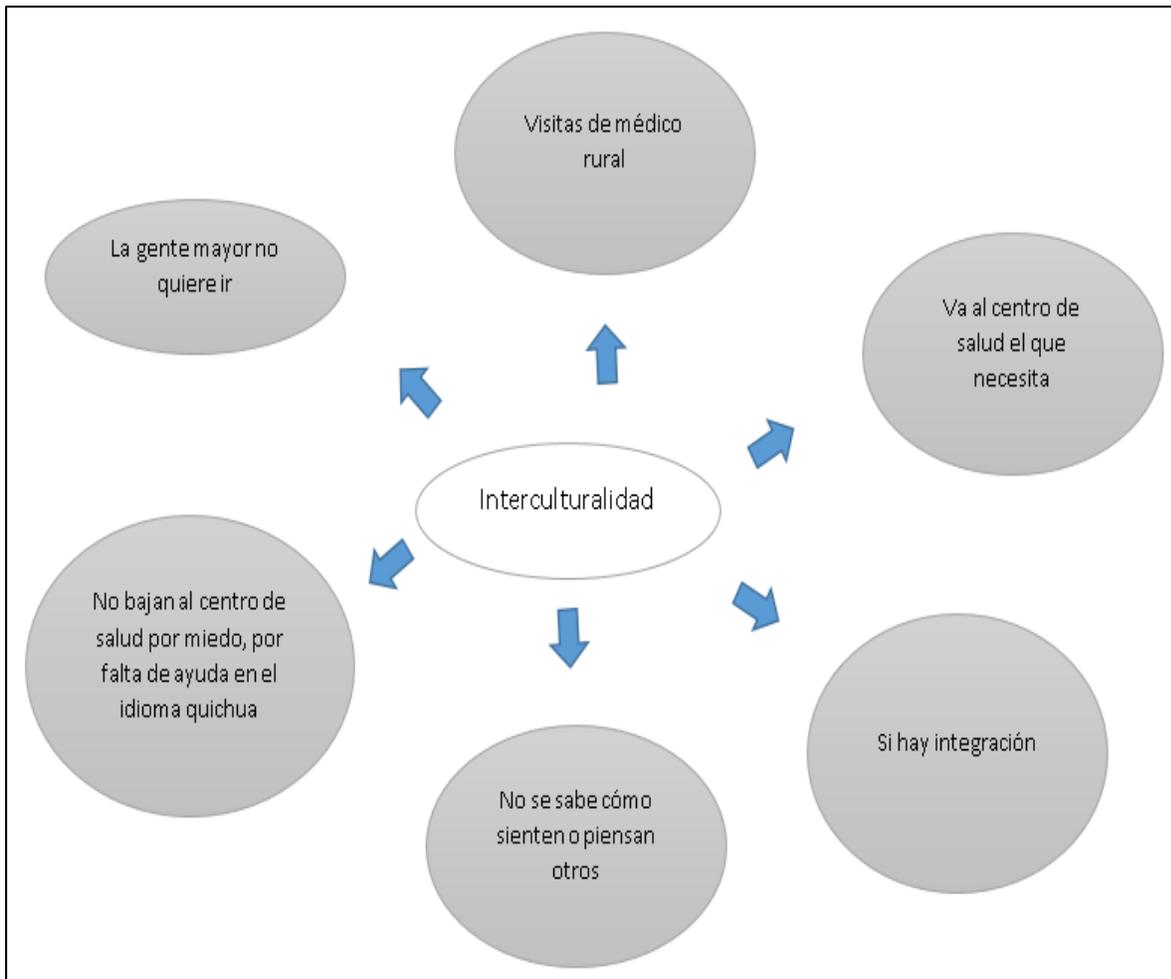


Figura 45: Análisis del tema Interculturalidad
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

(mujer mestiza de 21 años)

“o sea la palabra será fea no, pero lo que pasa es que nosotros tenemos que estar preparados, para cuando nos llegue esa hora, y yo en mi creencia, pedir a Diosito que no me ponga ninguna enfermedad ni nada, y si soy de morir, o sea que esté yo preparada para eso, porque ahora con cuanta cosa, con cuanta enfermedad que se ve, y cuanta gente sufre, o sea si se le hace a uno duro, y digo, si a nosotros también nos tocaría pasar eso a nosotros, si sería fuerte y duro, pero de ahí, porqué tenerle miedo a la muerte si es algo que nos va a llegar, y nos va a llegar a todos...preparada es estar bien en todos los aspectos...llevar uno la vida mismo por el camino del bien”

(mujer mestiza de 51 años)

“...es librarse del sufrimiento de este mundo...porque de la tierra nacieron, y allá se vuelve”

(hombre indígena grupo focal 3)

“oops, no creo, no, bueno, lo que dice no, que vamos primero al purgatorio, dependiendo de los pecados o las cosas que hemos hecho, ascendemos al cielo no sé realmente, pero miedo no”

(mujer mestiza de Manabí de 32 años)

Se puede observar a través de los testimonios, resignación y aceptación de la muerte, también miedo, pero a las enfermedades dolorosas que llevan a ese estado, más no al mismo estado de muerte, ya que se trata de una etapa natural y final del ser humano. Otro tema tratado en las entrevistas fueron las costumbres que tienen las personas en el velorio y entierro del

fallecido, los testimonios se refieren a la cantidad de días del velorio, clase de ropa que llevan los familiares y amigos en este acto y diferencian las costumbres realizadas cuando el fallecido es un adulto y un niño, se refieren a la comida que brinda y los rezos posteriores al entierro.

“Antes les velaban dos, tres días pero hoy, francamente con estar tan alto el costo de la vida, entonces ahora, se procura enterrarles de un día al otro, no toda la gente está en buena posibilidad para mantener tantos días, porque eso si lleva gastos, es ahí si es cuestión de la familia... si dicen le enterramos enseguida, se les entierra enseguida, ahí es lo que las familias se unen más... la ropa negra... dicen que el luto se lleva en corazón, pero la costumbre aquí es estar o sea vestirse de negro y si es posible pasar un buen tiempo vestido de negro, este, indicar que se está de luto... en el caso de los niños no, porque dicen que es un angelito que se fue al cielo... el dolor es el mismo... aquí en la velación lo que se acostumbra a dar es el agüita de canela con las galletitas... los nueve días se reza pidiendo que la almita ya descanse en paz, en la casa del muertito”

(mujer mestiza de 51 años)

“aquí para un duelo, hasta los que no son familiares se visten entero de negro... allá no, los hijos, la esposa, los hermanos y la mamá, pero el resto se vestía de blanco y negro, la primera vez que me llevaron a un duelo aquí, si me sorprendí... aquí rezan después del entierro las nueve noches, en la casa del fallecido”

(mujer mestiza de Manabí de 32 años)

Cuando se muere un adulto, le bañan con flores al cadáver, igual que cuando nace, se le despide con un baño. Al velorio van todos de negro cuando el muerto es un adulto, y cuando son niños, los acompañantes van de colores o de blanco.

(hombre indígena grupo focal 3)

Análisis

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.

“o sea la palabra será fea no, pero lo que pasa es que nosotros tenemos que estar preparados, para cuando nos llegue esa hora, y yo en mi creencia, pedir a Diosito que no me ponga ninguna enfermedad ni nada, y si soy de morir, o sea que esté yo preparada para eso...”

“si ya llega la hora, yo creo que ya llego pues, además cuando Dios nos quiere llevar, nos lleva”

“Antes les velaban dos, tres días pero hoy, francamente con estar tan alto el costo de la vida, entonces ahora, se procura enterrarles de un día al otro, no toda la gente está en buena posibilidad para mantener tantos días, porque eso si lleva gastos, es ahí si es cuestión de la familia... si dicen le enterramos enseguida, se les entierra enseguida, ahí es lo que las familias se unen más... la ropa negra...dicen que el luto se lleva en corazón, pero la costumbre aquí es estar o sea vestirse de negro...”

Cuando se muere un adulto, le bañan con flores al cadáver, igual que cuando nace, se le despide con un baño. Al velorio van todos de negro cuando el muerto es un adulto, y cuando son niños, los acompañantes van de colores o de blanco

Figura 47: Principales testimonios del tema Muerte
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

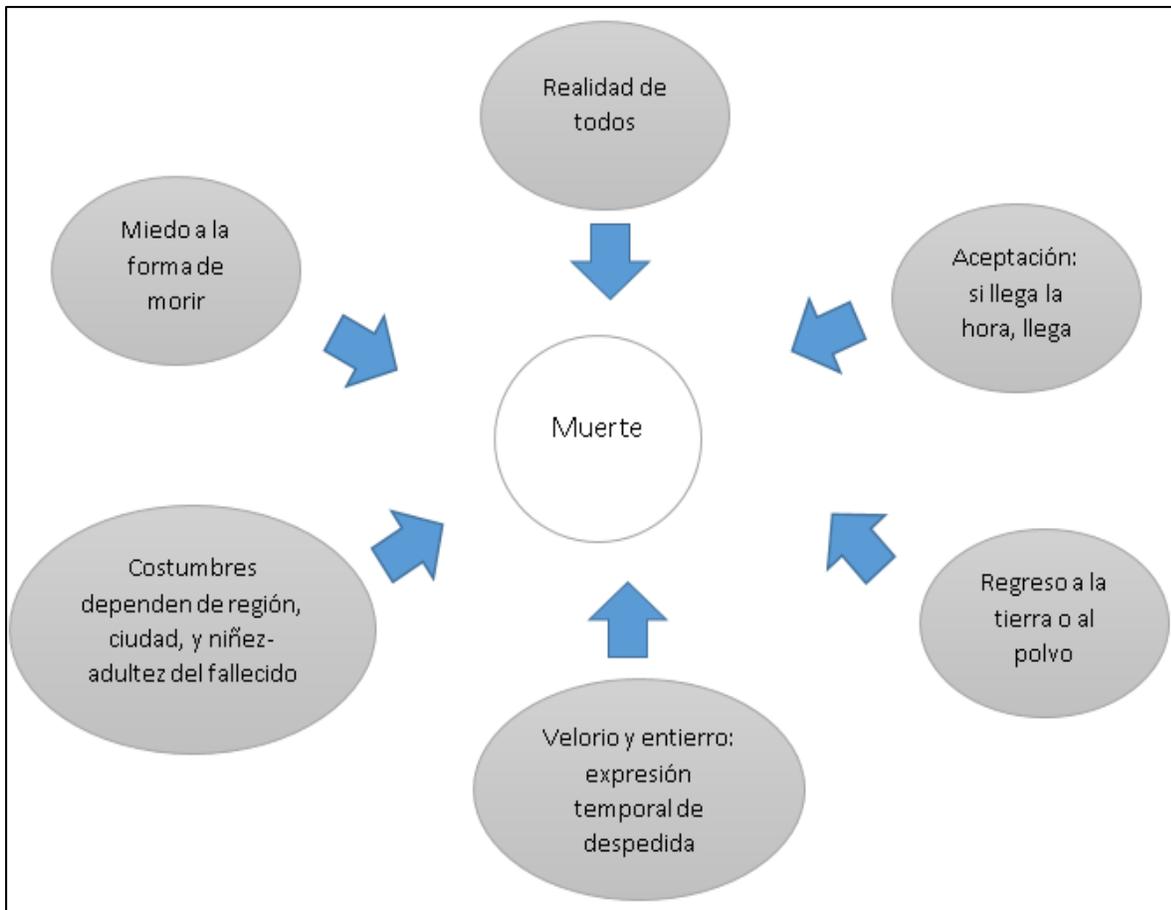


Figura 48: Análisis del tema Muerte
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

4.11. Salud mental



Figura 49: Wordsalad del tema Salud Mental
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

Las enfermedades mentales y quienes la padecen enfrentan dos grandes problemas en su vida, el primero se relaciona con su propia enfermedad, sus síntomas y padecimiento; y, el segundo tiene que ver con los estigmas de la sociedad con respecto a ese tipo de enfermedades (Arnaiz & Uriarte, 2006), que le afecta en el desenvolvimiento de su vida y en muchos aspectos de la misma, tales como el trabajo, la familia, la pareja, las relaciones sociales, etc., el análisis de este tema da testimonios de la mirada de las personas del centro de salud anidado de Cotacachi en relación a los enfermos mentales, en donde, se observan estereotipos al respecto de la enfermedad, el recelo y miedo de la comunidad ante esta clase de enfermos y la forma de enfrentarse ante la presencia de

un enfermo mental, también mencionan la palabra discriminación, que es producto, justamente del estigma público que provoca este tipo de patología.

“yo en sí, en, ellos debería ser más cuidados y ser tratados mejor que nosotros, porque a la larga son enfermitos, necesitan más cuidado...yo creo que más bien, el entorno donde esté el paciente, la persona va a reaccionar contra nosotros, porque si un enfermito mental está bien cuidado, no tiene violencia ni nada, él va a estar, o sea depende de cómo le tengan el cuidado, va a actuar con las otras personas...yo creo que sí, hay veces que son discriminados, no solo las personas con enfermedad mental sino la mayoría de personas”

(mujer mestiza de 32 años)

Si tuviera un pariente con este tipo de enfermedad, me gustaría que no le discriminen, y no quisiera sentir vergüenza por tener familiares así, ya que le puede pasar a cualquiera

(mujer grupo focal 3)

“familiares no, pero he visto así en la parroquia donde se vive que si hay enfermitos de esa clase, son de cuidado, este, poquito peligrosos, si no se sabe tratar a la gente cuando está así con esa enfermedad y... o sea discriminados no puede ser la palabra, pero o sea si son de cuidado porque o sea igual con la gente normal que no tiene esa clase de enfermedad...o sea como decir un riesgo, depende hasta qué punto sea la enfermedad, hasta qué punto esté la locura como se puede decir, entonces sería de muchísimo cuidado acercarse o tratar de hacer algo, solo que, o sea los médicos, las personas que ya están preparados para eso, deberían acercarse porque para

uno que no se sabe cómo tratar a las personas que son enfermitas de eso, entonces es un poco riesgoso acercarse a los ...”

(mujer mestiza de 51 años)

Análisis

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.

“yo en sí, en, ellos debería ser más cuidados y ser tratados mejor que nosotros, porque a la larga son enfermitos, necesitan más cuidado...”

Si tuviera un pariente con este tipo de enfermedad, me gustaría que no le discriminen, y no quisiera sentir vergüenza por tener familiares así, ya que le puede pasar a cualquiera

“...en la parroquia donde se vive que, si hay enfermitos de esa clase, son de cuidado, este, poquito peligrosos, si no se sabe tratar a la gente cuando está así con esa enfermedad y... o sea discriminados no puede ser la palabra, pero o sea si son de cuidado...”

Figura 50: Principales testimonios del tema Salud Mental
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

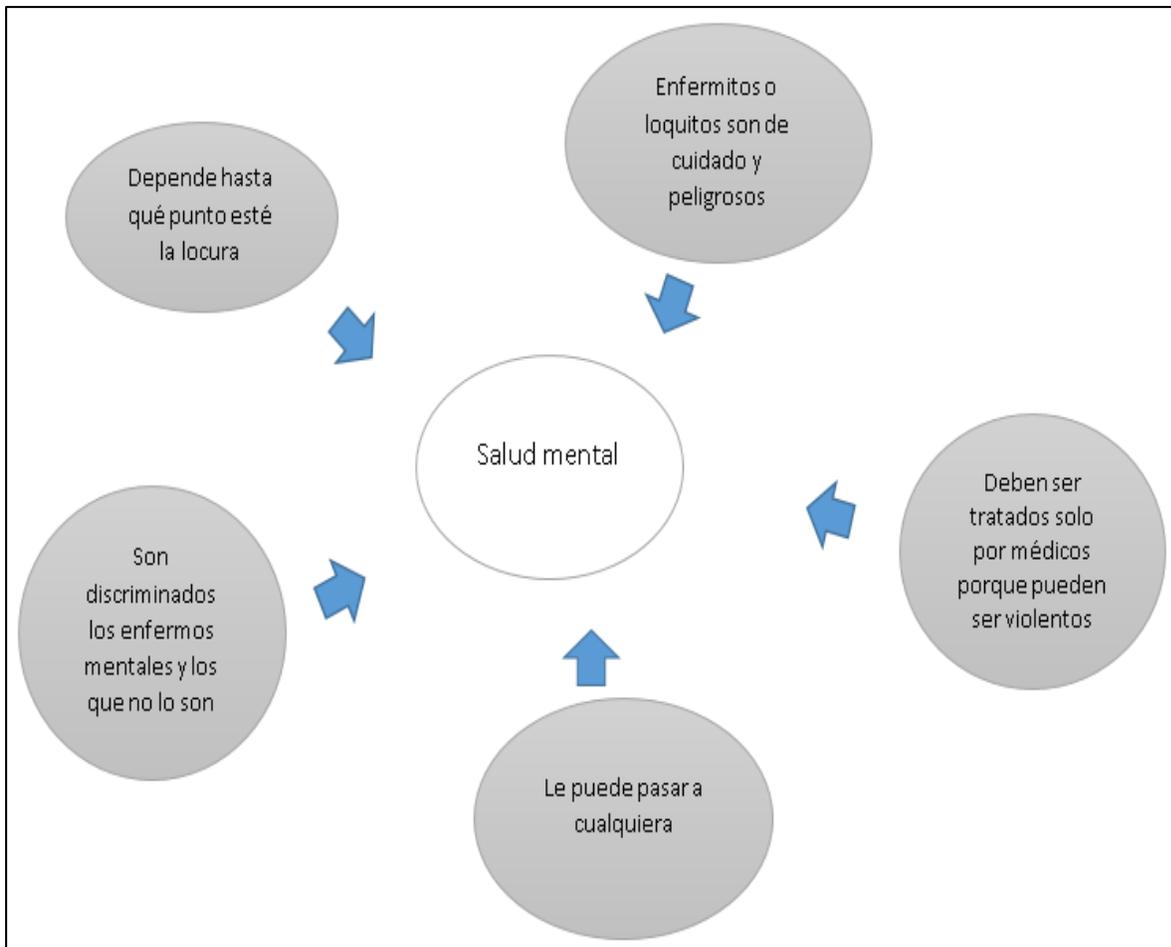


Figura 51: Análisis del tema Salud Mental
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

4.12. Embarazo



Figura 52: Wordsalad del tema Embarazo
Elaborado por: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

El embarazo es un proceso vital dentro del ciclo de la vida de la mujer, cada cultura tiene creencias arraigadas en torno al embarazo, cuidados pre y post parto propios de la cultura (Fuentes Fernández, Oporto Venegas, Bustos Medina, Prieto Gómez, & Rico Williams, 2009), es también necesario señalar, que, al revisar la literatura relacionada al tema, la mayoría de artículos se relacionaban al embarazo adolescente y a los cuidados orales en este periodo. Los testimonios que se presentan a continuación hacen referencia a los cuidados pre y post parto, que las pacientes mujeres del centro de salud han tenido o tienen en estos procesos, que incluye las revisiones realizadas antes del parto, la alimentación y dieta luego del parto y la costumbre del encaderamiento, muy popular en el Ecuador.

Antes del parto: *“antes o sea donde yo vivía era difícil llegar muy continuado al subcentro de salud, entonces ahí teníamos a las señoras las parteras, que iban por la casa y nos revisaban, entonces ellas decían los cuidados que teníamos tener, ...nos decían alguna comida alguna cosa que no debíamos comer, y ellas nos acomodaban a los bebecitos, a veces que dicen que de un rato al otro se viran ...y la fecha de dar a luz, nos acomodaban y nos mandaban al hospital para que demos a luz... es como casi los médicos hacen, o sea le topan la postura del bebé...”*

Sobre los cuidados pospartos: *“Después los cuidados de siempre, o sea, ahí si no nos dejaban, no nos permitían que nos bañemos, decían que los cuarenta días, tocaba permanecer así, pero uno no se sentía en esa capacidad, dejábamos pasar unos días y nos bañábamos... lo que nos cuidaban era de las cosas infectosas...comía caldito de pollo”*

Sobre la encaderada: *“Una vecita por las creencias de mi mamá, me hicieron, pero yo no aguanté... o sea le acuestan en la cama, y le envuelven con una sábana, pero apretadísimo apretadísimo, cosa que una no se puede ni respirar, que dicen que eso es para que le baje la madre... yo pienso que es una creencia porque dicen que eso es para que no se queden embarazadas en seguida, y con todo y eso, se quedan embarazadas”*

(mujer mestiza de 51 años)

Antes del parto: *“En el embarazo en sí, no hacer fuerza... por algunas veces me dolía la pierna y supuestamente el niño estaba clavado en la pierna, y me llevaron donde una partera a que me acomode al bebé... y ella me dijo que era un varoncito”*

Sobre los cuidados postparto: *“después del parto, supuestamente la dieta, estar los 40 días, que nunca los cumplí los 40, por motivo de mis hijos...de ahí los cuidados, las creencias, no, que, si*

no se tapa bien, se seca la leche, que se resfría la leche, entonces eso conocí acá...igual acá con pollito de campo me cuidaron la dieta acá, las cosas que no podía comer, por ejemplo, el frejol, me dijo que no, ni la leche... me dieron las aguas para limpiar, el agua de purga por ocho días”

Sobre la encaderada: *“no hasta ahora no, escuché acá que hacían eso, pero no hasta ahora no”*

(mujer mestiza de Manabí de 32 años)

Sobre la comida de postparto de su mujer: *la comida que le daban, zanahoria blanca para que se recupere, carne de res, pollo de campo, “pero el pollo debe ser antes de que aprenda a cantar, la gallina vieja debe ser antes de que ponga el huevo”, porque la gallina vieja es irritante.*

(hombre indígena grupo focal 3)

Análisis

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, & Bolúmar, 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.

“las parteras, que iban por la casa y nos revisaban, entonces ellas decían los cuidados que teníamos tener, ...nos decían alguna comida alguna cosa que no debíamos comer, y ellas nos acomodaban a los bebecitos, a veces que dicen que de un rato al otro se viran ...y la fecha de dar a luz, nos acomodaban y nos mandaban al hospital para que demos a luz...”

“después del parto, supuestamente la dieta, estar los 40 días, que nunca los cumplí los 40, por motivo de mis hijos...de ahí los cuidados, las creencias, no, que, si no se tapa bien, se seca la leche, que se resfría la leche, entonces eso conocí acá...”

“Una vecita por las creencias de mi mamá, me hicieron, pero yo no aguanté... o sea le acuestan en la cama, y le envuelven con una sábana, pero apretadísimo, apretadísimo, cosa que una no se puede ni respirar, que dicen que eso es para que le baje la madre...”

la comida que le daban, zanahoria blanca para que se recupere, carne de res, pollo de campo,

“pero el pollo debe ser antes de que aprenda a cantar, la gallina vieja debe ser antes de que ponga el huevo”, porque la gallina vieja es irritante

Figura 53: Principales testimonios del tema Embarazo
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

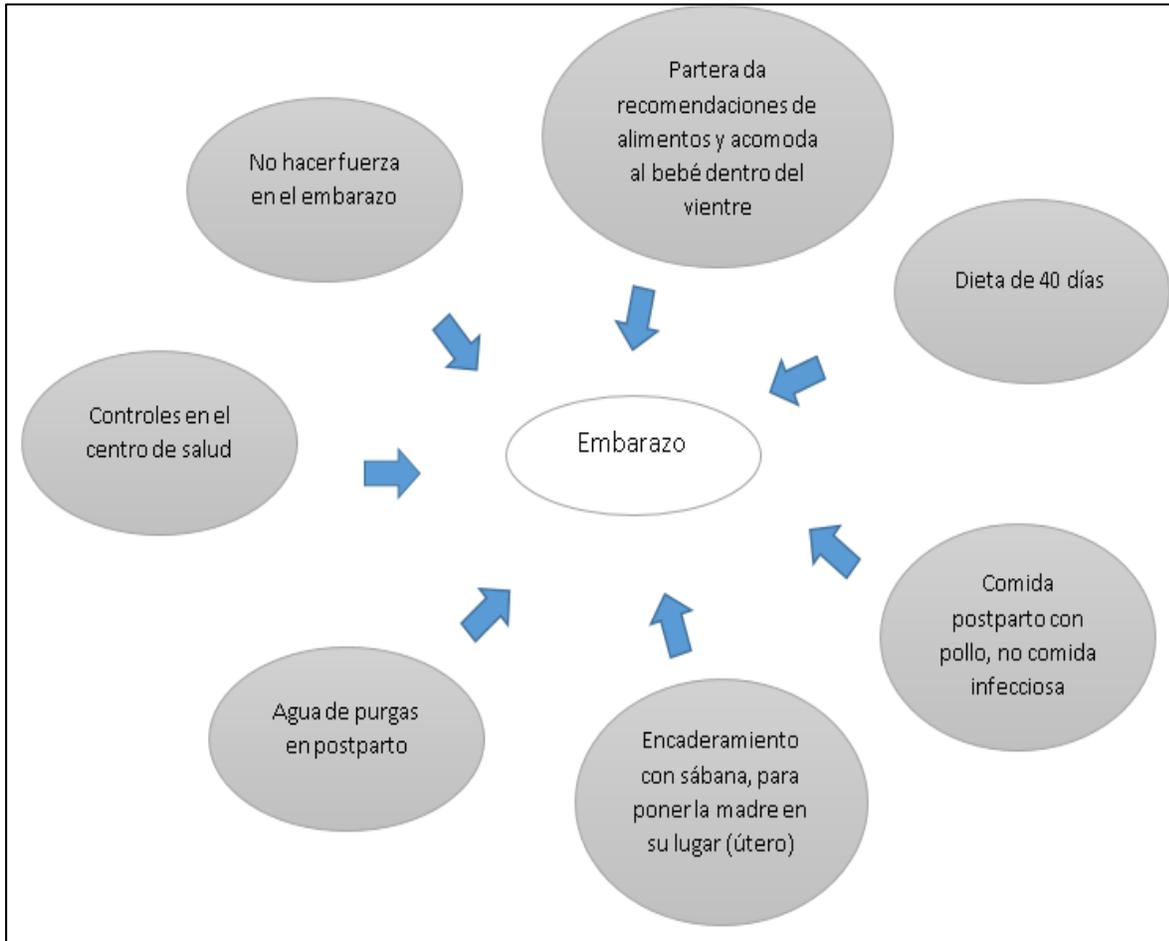


Figura 54: Análisis del tema Embarazo
Autoras: Ramírez K. y Vaca L. (2019)

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. 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 limpiezas 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.

5.2. Recomendaciones

Médicos familiares

- Transmitir a los médicos y al personal del centro de salud el manejo biopsicosocial del paciente y la importancia de profundizar la relación médico-paciente a través de un seguimiento adecuado del paciente y a su entorno.

Posgradistas de medicina familiar

- Se sugiere la implementación periódica de programas de prevención y promoción de salud en las consultas médicas, así como en cada una de las comunidades de la zona.

Personal del centro de salud

- El centro de salud anidado debe capacitar y fomentar el cuidado de la salud de manera holística cuerpo-mente-elemento social, a través de campañas educativas que se enlacen con aspectos de prevención y promoción de la salud.
- Se sugiere la revisión permanente de las actividades realizadas por los TAPS, las cuales deben estar enfocadas en la promoción de la salud, en la prevención de la salud y la multiculturalidad de los habitantes de las zonas que podrían utilizar los servicios del centro de salud anidado.

Paciente

- Socializar con los pacientes el nivel de atención de salud al que acuden y los servicios que implica dicho nivel para que comprendan los alcances y las limitaciones de la unidad anidada y sean más tolerantes con el tipo de atención brindada.

Familiares del paciente

- A pesar de que la sociedad se transforma constantemente debido a la influencia de redes sociales, temas de sexualidad y de género, se observa que la familia nuclear es el eje del grupo social que visita el centro de salud anidado, por lo que, es importante fortalecer el núcleo familiar y los valores de la familia mediante programas educativos dirigidos a padres e hijos de la comunidad.

Autoridades sanitarias

- Se recomienda la realización de evaluaciones permanentes enfocadas a la calidad del servicio al personal del centro de salud, como elemento de retroalimentación y para mejora de su calidad.
- Es necesario realizar el seguimiento y el control de diversas actitudes de los funcionarios del centro, pero sobre todo se requiere de una reprogramación mental de dichos funcionarios, para evitar preferencias personales y discriminación dentro de la unidad.

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 Odontoestomatología*, 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_muerteevitable_SE25.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 neuropsiquiatría*, 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 Garcíandía , Á. (2005). *Conceptos clave de Antropología Médica en Terapia Ocupacional*. Madrid: Síntesis.
- Peretti, L. (2010). Las “Enfermedades Culturales”, la etnosiquiatría 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 Publica*, 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.

ANEXOS

Anexos 1: Consentimiento informado para los participantes mayores de edad de la investigación para entrevista

Describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico-paciente en 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.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

“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.”

Este consentimiento tiene como propósito proveer a los participantes información acerca de esta investigación, con una clara explicación del propósito y naturaleza de la misma.

Esta investigación es conducida por las Dras. Karina Ramírez y Lizbeth Vaca, estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El título de este estudio es: “Experiencias y trayectorias en torno a 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” y su objetivo general es describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico-paciente en usuarios que han recibido atención en dicho centro de salud, con el propósito de que en un futuro se mejore la atención sanitaria de una manera integral, tanto de los aspectos técnicos médicos como de los aspectos humanos que involucra la relación entre el médico y el paciente y la inclusión que todas las personas deben experimentar en el sistema de salud del Ecuador a través de un trato justo y de respeto.

Si usted accede a otorgar la autorización para participar en este estudio, se le realizará una entrevista individual, por el lapso aproximado de una hora y media.

La participación en este estudio es voluntaria y la información que sea recolectada será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de lo que está escrito en esta investigación. Al participar en esta investigación usted no tendrá ningún riesgo ya que obtendremos la información mediante la entrevista, por lo tanto, no tendrá repercusiones en su salud.

Desde ya agradecemos su participación.

Aceptación

Acepto participar en esta investigación conducida por la Dra. Karina Ramírez y la Dra. Lizbeth Vaca. He sido informado (a) del objetivo y propósito de este estudio y (b) se me ha indicado que se me realizará una entrevista individual, acerca de mis datos personales, formas de organización del grupo social al que pertenezco, experiencias de desigualdad, cultura en torno a la salud, prácticas médicas recibidas, experiencias con los médicos, con una duración aproximada de una hora y media.

Conozco que esta investigación es estrictamente confidencial, y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Si desea más información comunicarse con:

Dra. Karina Ramírez

Dra. Lizbeth Vaca

Teléfono: 0992399723

Teléfono: 0983054311

Correo: pamkary7@gmail.com

Correo: dra.vaca16@gmail.com

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Anexos 2: Consentimiento informado para los participantes mayores de edad de la investigación para grupo focal



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

“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.”

Este consentimiento tiene como propósito proveer a los participantes información acerca de esta investigación, con una clara explicación del propósito y naturaleza de la misma.

Esta investigación es conducida por las Dras. Karina Ramírez y Lizbeth Vaca, estudiantes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. El título de este estudio es: “Experiencias y trayectorias en torno a 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” y su objetivo general es describir y analizar la construcción de la interculturalidad, la atención sanitaria y la relación médico-paciente en usuarios que han recibido atención en dicho centro de salud, con el propósito de que en un futuro se mejore la atención sanitaria de una manera integral, tanto de los aspectos técnicos médicos como de los aspectos humanos que involucra la relación entre el médico y el paciente y la inclusión que todas las personas deben experimentar en el sistema de salud del Ecuador a través de un trato justo y de respeto. Si usted accede a otorgar la autorización para participar en este estudio, se le realizará una entrevista grupal con los participantes de este estudio, por el lapso aproximado de una hora y media.

La participación en este estudio es voluntaria y la información que sea recolectada será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de lo que está escrito en esta investigación. Al participar en esta investigación usted no tendrá ningún riesgo ya que obtendremos la información mediante la entrevista, por lo tanto, no tendrá repercusiones en su salud.

Desde ya agradecemos su participación.

Aceptación

Acepto participar en esta investigación conducida por la Dra. Karina Ramírez y la Dra. Lizbeth Vaca. He sido informado (a) de la meta de este estudio y (b) se me ha indicado que se me realizará una entrevista participativa grupal denominada “grupo focal”, acerca de mis datos personales, formas de organización del grupo social al que pertenezco, experiencias de desigualdad, cultura en torno a la salud, prácticas médicas recibidas, experiencias con los médicos, con una duración aproximada de una hora y media.

Conozco que esta investigación es estrictamente confidencial, y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

Si desea más información comunicarse con:

Dra. Karina Ramírez

Dra. Lizbeth Vaca

Teléfono: 0992399723

Teléfono: 0983054311

Correo: pamkary7@gmail.com

Correo: dra.vaca16@gmail.com

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

Anexos 3: Cuestionario para entrevista y focus group



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

“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.”

1. ¿En qué parroquia vive?
2. ¿Cuál es su edad?
3. ¿De qué grupo étnico se considera?
4. ¿Qué actividad realizar para mantenerse Usted y a su familia?
5. ¿Cuándo necesita atenderse por un problema de salud dónde acude?
6. ¿Con quién acude a la consulta?
7. ¿Cree que puede solucionar los problemas de salud con alguna medicina alternativa?
8. ¿Cuándo se acerca a un centro de salud cercano?
9. ¿Tiene confianza en el sistema de salud oficial?
10. ¿Ha sufrido de algún tipo de discriminación para acceder al sistema de salud?
11. ¿Cree que si pertenecería a otro grupo étnico, social o económico sería mejor atendido?
12. ¿Siente que le han atendido diferente peor o mejor en comparación a otras personas?
13. ¿Qué servicios ha recibido en los centros de salud de su comunidad?
14. ¿Ha sido excelente el servicio que ha recibido?
15. ¿Le han dado algún servicio adicional al que requería inicialmente?
16. ¿Cómo ha sido la relación que entabló con su médico?
17. ¿Cómo le trató el médico que le atendió?
18. ¿Cómo cree que debería ser el médico que le atienda en lo posterior?
19. ¿Cree que puede su comunidad integrarse fácilmente a otros grupos?