

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

TESIS DE GRADO  
TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TITULO DE  
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA  
MENCION EN GERENCIA HOSPITALARIA

***Tema: Mejoramiento del Acceso Cultural al Subcentro de Salud de Santa Clara:  
Utilización de recursos y estrategias locales***

MAESTRANTE: CLAUDIA AVILA  
DIRECTORA DE TESIS: SANDRA MOYA HERRERA

Quito, 19 de Marzo 2012.

# PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **CLAUDIA ARACELI AVILA MOLINA**, con **Cédula de Ciudadanía N°1714164132**, autor del trabajo de graduación titulado **“MEJORAMIENTO DEL ACCESO CULTURAL EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE SANTA CLARA: UTILIZACIÓN DE RECURSOS Y ESTRATEGIAS LOCALES”**, previa a la obtención del grado académico de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA HOSPITALARIA** en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 30 de abril de 2012

Dra. Claudia Araceli Avila Molina

C.C.1714164132

## AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi roca y fortaleza; a mi amado esposo por su apoyo incondicional; a mi tía querida; y a mis formadores de campo y profesores de la maestría que me han acompañado en este proceso de aprendizaje que ha enriquecido mi vida.

## CONTENIDO

RESUMEN EJECUTIVO .....	8
ABSTRACT .....	10
1. PRESENTACION .....	12
1.1 CARACTERIZACIÓN DEL CANTÓN SANTA CLARA .....	12
1.2 DOTACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS.....	13
1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS .....	13
1.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO .....	15
1.5 RED DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDICINA OCCIDENTAL .....	15
1.6 SISTEMA DE SALUD DE LA MEDICINA ANCESTRAL.....	16
2. ANÁLISIS SITUACIONAL .....	16
2.1 FUNCIONES DEL PRIMER NIVEL.....	18
2.1.1 CONTACTO CON LA COMUNIDAD (PUERTA DE ENTRADA) .....	18
2.1.2 CAPACIDAD RESOLUTIVA:.....	18
2.1.3 SÍNTESIS DE LA INFORMACIÓN .....	18
2.1.4 BRIGADAS MÉDICAS: .....	18
2.2 CALIDAD DEL SERVICIO.....	19
2.2.1 ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA: .....	19
2.2.2.ACCESIBILIDAD ECONÓMICA:.....	19
2.2.3 ACCESIBILIDAD SOCIO-CULTURAL: .....	19
2.2.4 PERMANENCIA TEMPORAL: .....	20
2.2.5 PERMANENCIA ESPACIAL: .....	20
2.2.6 POLIVALENCIA: .....	20
2.3 CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	20
2.3.1 INTEGRALIDAD: .....	20
2.3.2 CONTINUIDAD:.....	21
2.3.3 INTEGRACIÓN:.....	21
2.3.4 EFECTIVIDAD/EFICIENCIA: .....	21
2.4 CALIDAD DEL SISTEMA.....	21

2.5 GESTIONES.....	21
2.5.1 MODELO DE ATENCIÓN: .....	21
2.5.2 GESTIÓN ADMINISTRATIVA .....	21
2.5.3 MODELO DE GESTIÓN.....	21
2.5.4 GESTIÓN DE MEDICAMENTOS.....	22
2.5.5 GESTIÓN FINANCIERA .....	22
2.5.6 GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS .....	22
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	23
3.1 MAPEO DE ACTORES .....	25
4. MARCO CONCEPTUAL .....	26
4.1 MARCO LEGAL .....	26
4.2 SISTEMA DE SALUD, SISTEMA MÉDICO OCCIDENTAL O BIOMÉDICO Y SISTEMA DE LA MEDICINA ANCESTRAL, TRADICIONAL O SISTEMA MÉDICO INDÍGENA:.....	26
4.2.1 SISTEMA MÉDICO OCCIDENTAL O BIOMÉDICO: .....	28
4.2.2 SISTEMA MÉDICO INDÍGENA:.....	28
4.3 CULTURA.....	29
4.4 INTERCULTURALIDAD .....	29
4.5 SALUD-ENFERMEDAD .....	30
4.6 IDENTIDAD CULTURAL .....	31
4.7 COSMOVISIÓN.....	32
4.8 MEDICINA ANCESTRAL .....	32
4.9 AGENTE COMUNITARIO .....	33
4.10 CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD .....	33
4.10.1 DESCENTRALIZACIÓN.....	33
4.10.2 ACCESIBILIDAD .....	34
4.10.3 PERMANENCIA .....	34
4.10.4 POLIVALENCIA .....	34
5. CONOCIMIENTOS Ó EXPERIENCIA PREVIA .....	35
6. MODELO CONCEPTUAL .....	37
6.1 SUJETO .....	39

6.2 OBJETO .....	39
6.3 COMUNIDAD .....	39
6.4 HERRAMIENTAS .....	39
6.5 REGLAS .....	40
6.6 DIVISIÓN DEL TRABAJO .....	40
6.2 IMPACTO .....	41
7. ALTERNATIVAS DE CAMBIO Y SU PRIORIZACIÓN.....	41
8. HIPÓTESIS DE CAMBIO .....	42
9. OBJETIVOS DE ESTUDIO .....	43
9.1 OBJETIVO GENERAL .....	43
9.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	43
10. INSTRUCCIONES OPERATIVAS.....	44
11. METODOLOGÍA.....	46
11.1 ENFOQUE, METODO Y TÉCNICAS DE ESTUDIO .....	47
11.2 UNIVERSO.....	48
11.3 MUESTRA .....	48
11.4 VALIDEZ Y REPRODUCTIBILIDAD DEL ESTUDIO .....	48
12. RESULTADOS .....	48
12.1 RESULTADOS DE LA EVALUACION OPERATIVA .....	48
12.2 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA.....	51
12.2.1 RESULTADOS DE ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD .....	51
12.2.2 RESULTADOS DE ENCUESTA A LOS AGENTES COMUNITARIOS .....	52
12.2.3 RESULTADOS DE OBSERVACIÓN DIRECTA.....	54
12.2.3.1 TRATO AL PACIENTE.....	54
12.2.4 RESULTADOS DE REVISION DOCUMENTAL .....	56
12.2.4.1 REGISTRO EN LAS HISTORIAS CLINICAS.....	56
12.2.4.2 CUADERNO DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS (SUBCENTRO DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS) .....	56
12.2.5 RESULTADOS DE ENCUESTA PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN OFERTADA POR EL SCS SANTA CLARA: INDICADOR DE SALIDA.....	57

12.3.6 RESULTADOS DE GRUPO FOCAL.....	59
13. DISCUSION.....	60
14. CONCLUSIONES.....	68
15. RECOMENDACIONES .....	69
16. BIBLIOGRAFIA.....	70
17. ANEXOS.....	72

## RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación-acción fue realizada en el Subcentro de Salud de Santa Clara ubicada en el cantón del mismo nombre, perteneciente al Área de Salud 1 en la provincia de Pastaza, una investigación de Servicios de Salud, con una visión sistémica, centrada en la funciones del primer nivel de atención y basada en la concepción de atención primaria de salud donde se analizan las actividades desarrolladas durante el año 2011.

El objetivo de este trabajo fue mejorar el acceso cultural al subcentro de Santa Clara, mediante la ejecución de estrategias y la utilización de recursos locales que promuevan el intercambio de sabidurías entre la medicina occidental y la medicina ancestral, encaminados a generar nuevos conocimientos, actitudes y prácticas en busca de la calidad del servicio.

La metodología utilizada tiene como base la investigación acción con un enfoque cualitativo. Se realizó como primer paso la elaboración del diagnóstico situacional de salud, que posteriormente se socializó a los actores locales y se prosiguió a la ponderación de problemas, en donde se eligió un problema de salud que a la población le interesaba con la participación de la comunidad kichwa del cantón. Se elaboraron las estrategias de acción para operativizarlas durante el proceso de este estudio. Cabe recalcar que durante todas las fases de esta investigación, excepto en la de análisis de resultados, la comunidad ha tenido un rol protagónico como participante activo.

Este trabajo de investigación posibilitó evidenciar la necesidad sentida de la comunidad kichwa que utiliza los servicios del subcentro de salud de la localidad, sin que éste tenga ningún tipo de adaptación al contexto. Para realizar las mejoras que requería el servicio de salud se plantearon estrategias construidas con la población en donde se utilizaban recursos locales.

Este estudio no solo presenta las mejoras de la accesibilidad cultural hacia el subcentro de salud, sino también las particularidades con las que se desarrolló el proceso de intervención, analizado desde el punto de vista de la salud pública, se consideró los principios éticos del salubrista, los principios de la comunidad kichwa, la legislación, el modelo de atención de salud y la interculturalidad. El principal recurso local con el que se trabajó fue el talento humano.

En la investigación realizada se encontraron los siguientes resultados: el personal de enfermería era el único en preguntar a los pacientes los motivos de consulta de acuerdo a su cosmovisión. De 28 pacientes se les preguntó al 85.7% (24) y no se les preguntó al 14.3% (4), anteriormente no se le preguntaba a nadie. Durante los meses de observación (septiembre, octubre y noviembre) se recibieron 3 referencias desde los agentes comunitarios hacia el Subcentro de Salud y se hicieron 17 referencias desde el Subcentro hacia los agentes comunitarios de las cuales solo 1 llegó a su

destino, anteriormente no había esta conexión. Se logró elaborar señalética, para todos los servicios del Subcentro de Salud, en el idioma local.

Se realizaron 50 encuestas a pacientes que se encontraban en la sala de espera del Subcentro de Salud y obtuvimos que el 66% (33) de pacientes se encontraban satisfechos de la atención brindada en el subcentro y los cambios que se han realizado para mejorar las accesibilidades en estudio y el 34% (17) no se encontraban satisfechos por las siguientes razones: 1. *“...demora en el subcentro cuando se preguntan más cosas”* el 23.5% (4) 2. *“no hubo turnos para toda la familia”* 53% (9) 3. *“siento que no me quieren atender...por eso que están preguntando...si tuviera dinero me iría al chamán”* 23.5% (4).

Cuando existen buenas relaciones entre el equipo de salud, la comunidad y las autoridades locales, se pueden emprender este tipo de estudios con el objetivo de mejorar el servicio de salud en beneficio de la comunidad y partiendo de sus necesidades. Al involucrar a los actores del área se cuenta ya con el primer recurso local: el humano. Se debe tomar en cuenta que el intercambio de sabidurías promueve un proceso de sensibilización y cambio de actitud del personal del subcentro de salud, pero este proceso es largo y debe ser sostenible con el tiempo para que no se pierda esta empatía. El personal más dispuesto a este cambio ha pasado por más tiempo en contacto con la comunidad y se encargan del cuidado directo del paciente. No debemos olvidar que la barrera económica hacia la prestación de servicios de salud es insuperable y modifica inclusive las preferencias de la demanda.

**Palabras Claves:** Accesibilidad cultural, interculturalidad, medicina occidental, medicina tradicional, agentes comunitarios.

## ABSTRACT

The present investigation was conducted at the Health Sub-center of Santa Clara, located in the canton of the same name, belonging to Health Area 1 in the province of Pastaza, an investigation of health services, with a systemic vision, centered on functions at the primary level of attention, and based on the conception of primary attention of health, where the activities carried out during 2011 are analyzed.

The objective of this work is to improve cultural access to the Santa Clara sub-center through the implementation of strategies and the use of local resources to promote the exchange of wisdom between Western medicine and traditional medicine, creating new knowledge, attitudes and practices for the benefit of the community and in search of quality service.

**The methodology** utilized has as its base the investigative action with a qualitative focus. As a first step, the development of health situational analysis was performed, later socialized to local agents, and this was carried on to the deliberation of problems, where a health problem of interest to the community was chosen, and with the participation of the Kichwa community of the Canton, strategies were developed for more putting them into action during the intervention in this study. It should be noted that during all phases of this investigation, except the analysis of results, the community has had a leading role as an active participant of it.

This research made evident the felt need of the Kichwa community that uses the services of the health sub-center of the town, without this having any kind of adaptation to the context. To make the improvements that would be required of the health service, strategies were planted, built by the population where local resources were used.

This study not only shows the improvements in cultural accessibility to the health sub-center, but also the special features with which the intervention plan developed, analyzed from the standpoint of public health, taking into account the ethical principles of public health professionals, the principles of the Kichwa community, legislation, the health care model and multiculturalism.

Part of local resources taken into account were the human resources working to provide health services in the county, ie, health personnel, community workers and Kichwa association representative.

**Results:** The investigation revealed the following results: nurses were the only ones to ask patients the reasons for consultation in accordance with their worldview; of 28 patients, 85.7% (24) were asked and 14.3% (4) were not asked; previously they were never asked by anyone. During the months of observation (September, October and November) three referrals were received from community workers to the Health Sub-center and 17 referrals were made from the Sub-center to the community, of which only one reached its destination; previously this connection did not exist. It was possible to develop signage for all Health Sub-center services in the local language.

50 surveys were performed in the waiting room of the Health Sub-center and 66% (33) of patients were satisfied with the care provided in the sub-center and the changes made to improve the accessibilities under study and 34% (17) of patients were not satisfied for the following reasons: 1. "... Delay in the sub-center when more things are asked" 23.5% (4) 2. "There weren't appointments for the whole family" 53% (9) 3. "I feel that they don't want to see me...that is why they are asking... if I had money I would go to the shaman" 23.5% (4).

**Conclusions:** When a good relationships exist between the health team, community and local authorities, such studies can undertaken in order to improve the health service for the benefit of the community and to share its necessities. By involving stakeholders in the area, the first local resource is already accounted for: the human. It should be noted that the exchange of wisdom promotes a process of sensitizing and change of attitude of health sub-center staff, but this process is long and must be sustainable over time so as not to lose this empathy. The staff more willing to make this change are those who have spent longer time in contact with the community and who are directly responsible for patient care. We must not forget that the economic barrier to the provision of health services is insuperable and this changes even the preferences of demand.

**Keywords:** Cultural Accessibility, multiculturalism, Western medicine, traditional medicine, community agents.

## 1. PRESENTACIÓN

Durante los años 2010 y 2011, se realizó en el Subcentro de Salud de Santa Clara una Investigación de Servicios de Salud, con una visión sistémica, centrada en la funciones del primer nivel de atención y basada en la concepción de atención primaria de salud.

### 1.1 CARACTERIZACIÓN DEL CANTÓN SANTA CLARA

El cantón Santa Clara está situado al Noroeste de la ciudad de Puyo, provincia de Pastaza, en el Km.40 de la vía Puyo- Tena. Sus límites son: al Norte el cantón Carlos Julio Arosemena Tola (Provincia de Napo), al Sur con la parroquia Tnte. Hugo Ortiz, al Este el cantón Arajuno y al Oeste el Cantón Mera, pertenecientes a la provincia de Pastaza.

En el oriente existen una gran cantidad de ríos; el cantón Santa Clara cuenta con una diversidad de ríos, cascadas y lagunas, que lo hacen un cantón atractivo y eminentemente turístico, ríos que recorren de norte a sur, dentro de los cuales se encuentran: El Río Anzu, Río Piatúa, Río Arajuno, Río Llandia y Guagua Llandia.

Santa Clara es el tercer cantón constituido de la provincia de Pastaza, de los cuatro existentes; su cantonización se dió el 2 de Enero de 1992; tiene una extensión de 310.8 km<sup>2</sup> de superficie, que equivale al 1.08% del total de la extensión de la provincia; la altitud de la cabecera cantonal es de 610m.s.n.m. y goza de una temperatura promedio de 20.9 grados, así mismo cuenta con un valor promedio anual de precipitación de 3928.8 mm.

Según el Censo INEC 2010, la población total del cantón Santa Clara es de 3029 habitantes, siendo el 53.4% hombres y el 46.6% mujeres. En su área rural se concentra el más alto porcentaje de la población del cantón (66.9%); se caracteriza por ser una población joven ya que el 54.4% son menores de 20 años. La población económicamente activa de 5 años y más es de 1221 habitantes (40.3%). Los principales grupos ocupacionales son: Agricultores 43.8%, Trabajos no calificados<sup>1</sup> 20.7%, Operadores de máquinas 16%, Profesionales Técnicos 6.5%, Empleados de Oficina 5.9%, según categoría de ocupación es: Cuenta Propia 43%, Empleados 33.5%, Trabajo Familiar sin Remuneración 14.3%, Patrono o Socio Activo 5.4%. En cuanto a la escolaridad el promedio de años aprobados por la población de 10 años o más (escolaridad media) para el cantón Santa Clara es de 5.9 años, para la población urbana es de 6.7 años y para el área rural es de 5.5 años. Para hombres es de 5.9 años y para mujeres 5.8 años.

El 60% de la población económicamente activa percibe ingresos económicos por el trabajo que realizan; de ellos el 80% son hombres y el 20% mujeres. El 80% percibe menos de 40 dólares mensuales. El 13% perciben hasta 80 dólares al mes y el 7% más de 100 dólares mensuales. (Municipio de Santa Clara, 2009)

---

<sup>1</sup> Trabajo no calificado: Es aquel trabajo en el que el individuo no requiere aprendizaje o una gran habilidad ; son labores sencillas que cualquier persona sana y normal puede realizar sin preparación alguna.

El 90.4 % de las personas que están en edad para saber leer y escribir lo saben.

Las autoridades con las que cuenta este cantón son: Alcalde, Jefe Político, Comisario, Policía, Autoridades eclesiásticas, Unidad de Salud con Equipo completo, Cruz Roja (integrada por alumnos del Colegio José Martí), ANKIS (Asociación de Kichwas).

Actualmente el Cantón Santa Clara cuenta con 1 recinto llamado San Jorge, 1 parroquia llamada San José, la Cabecera Cantonal Santa Clara, y 15 comunidades. El Cantón Santa Clara tiene una alcaldía, la Parroquia San José tiene una presidenta de la junta parroquial, cada comunidad y recinto tiene un presidente.

El Cantón Santa Clara además cuenta con un jefe político que es representante del gobierno nacional.

## **1.2 DOTACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS**

Los servicios básicos se encuentran concentrados en el área urbana, aunque la mayoría de comunidades cuentan con servicio de energía eléctrica, excepto Jatun Vinillo. En el área rural el suministro de agua no se da por tubería, se da por río o acequia.

El medio de eliminación de basura más popular es el terreno baldío o acequia (43.3%), apenas el 33.6% lo hace por medio del carro recolector. La eliminación de aguas servidas se da por la red pública en el 26.4% de las viviendas del cantón y a campo abierto en el 53.4%.<sup>2</sup>

## **1.3 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

El volumen de la población de Santa Clara es de 3.992 habitantes, sin embargo la población de responsabilidad del Subcentro de Salud de Santa Clara es de 2449 habitantes, lo demás de la población está asignado al Subcentro de Salud de San Jorge y al Puesto de Salud de San Francisco de Punín.<sup>3</sup>

En Santa Clara, las nacionalidades indígenas alcanzan el 43.7% de la población total. La nacionalidad indígena más representativa es la nacionalidad de kichwas. La población afro-ecuatoriana representa unos 11 habitantes que son el 0.4%, siendo apenas representativa en el Cantón Santa Clara. Este cantón tiene una población mestiza del 50.6%, lo que indica que en el cantón Santa Clara predominan los mestizos.

Los Kichwas de Pastaza están ubicados en las cuencas de los ríos Curaray, Arajuno, Bobonaza, Pindo, Anzu y Puyo, principalmente, distribuidos en 131 comunidades de más de 17 asociaciones, con un territorio de 1'115.472 hectáreas, entregados en el Gobierno de Rodrigo Borja en 1992, aunque los dirigentes kichwas manifiestan que su

---

<sup>2</sup> Censo INEC, 2010

<sup>3</sup> Proyecciones Poblacionales MSP 2010

territorio alcanza 2 millones de hectáreas. Sus principales organizaciones son: la OPIP, Fenakipa (Federación de nacionalidades kichwas de Pastaza - división de la OPIP), Asodira, Aiepra, además de la Asociación de Centros Indígenas de Arajuno "ACIA" y la Asociación de las Nacionalidades Kichwas del cantón Santa Clara, ANKIS, ambas filiales de la OPIP.

Según la Organización de Pueblo Indígenas de Pastaza – OPIP el pueblo kichwa suma alrededor de 20 mil habitantes, constituyen la agrupación más numerosa e importante de nativos de Pastaza. Entre ellos pueden distinguirse dos grupos no muy diferenciados: los del sector del río Arajuno y los de la vía Puyo-Tena, que comparten algunos rasgos de los Kichwas del Napo, llamados comúnmente "Yumbos", y los "Canelos" establecidos en la ribera del Bobonaza, Villano, Conambo, Curaray y en las cercanías de Puyo integrando la Comuna San Jacinto.

La cultura de todos estos pueblos es bastante común, pues está marcada substancialmente por el medio ecológico en que viven: la selva amazónica, con todas sus posibilidades y limitaciones. Su cultura, típicamente silvícola se caracteriza por una perfecta armonía del hombre con la naturaleza que le rodea.

La modalidad de sedentarización de estas comunidades asume características comunitarias, es decir un ordenamiento colectivo en cuanto a los regímenes de la tenencia de la tierra, acceso y manejo de los recursos. Existen, además modalidades de tendencia individual o familiar.

Aunque los Kichwas han adoptado muchas de las prácticas culturales de los mestizos, aún siguen utilizando los recursos de fauna y flora de los bosques húmedos tropicales para usos artesanales, nutricionales y medicinales. Conservan los sistemas de agricultura tradicional aunque con restringidas posibilidades de traslados o rotaciones para el uso de los suelos. Los cambios profundos en sus comunidades han hecho que su economía se torne cada vez más dependiente del abastecimiento externo de bienes mercantiles, por lo que han desarrollado sistemas de transacciones comerciales que involucran a redes locales.

Entre las costumbres que prevalecen en el pueblo Kichwa, se manifiesta la artesanía de la cerámica, aunque en los últimos tiempos ha bajado su producción, por lo laborioso de su confección y el cuidado que requiere para su transportación; en su lugar, ha sido reemplazado masivamente por la práctica de la artesanía en madera de balsa, por la característica de ser más liviana que el corcho, que ha copado los mercados de centros urbanos.

Entre las fiestas, que aún se conservan en varias de las comunidades kichwas, se puede destacar la fiesta de la cacería, a la que llaman "lista", donde los varones se internan en la selva por varios días para cazar las aves y cuadrúpedos nativos, en un desafío por demostrar sus virtudes y habilidades en las faenas de la selva; mientras las mujeres jóvenes van a las chacras para cosechar la yuca y con ella preparar la chicha, que servirá de bebida para los invitados. Para procesar la chicha, las mujeres mastican la yuca cocida y la escupen en recipientes denominados *bateas* para luego

depositar la masa en las *tinajas* (recipientes hondos de barro) y taponar con hojas de plátano, donde permanecerá varios días para permitir su fermentación, que servirá el día de la fiesta en las típicas mocawas (jarrones de barro) mientras los cazadores regresan de la selva con la carne. Este festejo se realiza generalmente en Diciembre y se sigue practicando en las comunidades donde el blanco respeta su entono como Pucayacu (Montalvo), Pacayacu y Sarayacu. (Galvez M., 2008)

#### **1.4 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

La tasa de mortalidad infantil en el Cantón Santa Clara es de 18.5/1000 nacimientos vivos (Fuente SIISE 2010), esto nos indica que es más alto que la tasa de mortalidad infantil en el país que es de 15.4/1000 nacimientos vivos. La STFS-SIISE7 menciona que permanecen “importantes inequidades en el sistema de salud, mostrando tasas de mortalidad mucho más altas y acceso limitado a atención de salud para la población indígena, los pobres y aquellos que viven en áreas rurales”. Respecto a las principales causas de mortalidad infantil en el Ecuador, el SIISE9 menciona que “las principales causas de muerte se relacionan con enfermedades prevenibles”.

#### **1.4 RED DE SERVICIOS DE SALUD DE MEDICINA OCCIDENTAL**

El Cantón Santa Clara cuenta con 4 servicios de salud que funcionan activamente entre los cuales se cuenta al Subcentro de Salud de Santa Clara. Existe una unidad operativa ubicada en el Km 45 de la vía Puyo-Tena, en el recinto San Jorge, subcentro de salud perteneciente al MSP. Un puesto de salud del MSP, ubicado en el Km 35 Vía Puyo –Tena en la comunidad de San Francisco de Punín y finalmente, un Centro de Salud del Seguro Campesino en el Km 25 de la vía Puyo-Tena. No existe ningún tipo de red entre los servicios de salud.

Hace 2 años se cerró el Hospital Ernesto Ophulus, de la misión de las Josefinas, que funcionó en la cabecera cantonal por más de 4 décadas.

El segundo nivel de referencia al que pertenece el Subcentro de Salud de Santa Clara es el Hospital Provincial Puyo, es un hospital básico que se encuentra a 60 minutos del cantón Santa Clara, a la misma distancia, se encuentra el Hospital Provincial del Tena que pertenece a la Provincia de Napo.

En la ciudad de Puyo se encuentran los hospitales de la Seguridad Social y el Hospital Militar, en la parroquia de Shell se encuentra el Hospital Voz Andes del Oriente (hospital privado sin fines de lucro).

El Cantón cuenta además con: un Centro de Rehabilitación-Fisioterapia y dos farmacias. El Centro de Rehabilitación y Fisioterapia, además de la farmacia, pertenecen al Patronato Municipal. La segunda farmacia es particular.

## **1.5 SISTEMA DE SALUD DE LA MEDICINA ANCESTRAL**

Los agentes comunitarios (parteras, chamanes, sobadores) son identificados por la Asociación de Kichwas del cantón Santa Clara. Solo un chaman vive en una de las comunidades y el resto de agentes comunitarios viven en el casco urbano del cantón. No tienen vinculaciones entre sí y trabajan independientemente.

## **2. ANÁLISIS SITUACIONAL**

El Subcentro de Salud de Santa Clara es una institución gubernamental con lógica pública. Es una unidad de primer nivel de atención, perteneciente al Ministerio de Salud - Área 1. Se ubica en el casco urbano del Cantón Santa Clara, Km 42 de la Vía Puyo-Tena, provincia de Pastaza; tiene como áreas de influencia a: la zona del casco urbano del cantón y a 10 comunidades rurales que son: Chontayaku, Jandiyaku, San Rafael, San Francisco de Llandia, San Vicente, Cajabamba 1, Cajabamba 2, Jatun Vinillo, Jatun Paccha, Ceslao Marín, tres de las cuales no tienen acceso por vía carrozable, su ingreso es caminando por sendero. Durante el año 2011, por solicitud de la comunidad, se adjudicó una comunidad más al área de influencia del Subcentro de Salud de Santa Clara, esta comunidad es La Mariscal. En el gráfico N°1 se puede observar la accesibilidad geográfica desde las comunidades al Subcentro de Salud de Santa Clara

## Gráfico N° 1

### ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA AL SCS DE SANTA CLARA (AÑO 2010)



Fuente: Presidentes de las Comunidades de influencia del SCS de Santa Clara y Equipo de Salud

Realizado por: Claudia Avila

El Subcentro de Salud de Santa Clara presta servicios de medicina general, odontología, obstetricia, vacunación, curaciones, emergencias y brigadas médicas. Existen 3 médicas, 2 odontólogas, 2 enfermeras, una obstetriz y una auxiliar de enfermería. El área de atención es de 230 m<sup>2</sup> distribuidos en 3 consultorios médicos, 1 consultorio obstétrico, 1 consultorio de odontología, 1 espacio para estadística, 1 farmacia, 1 sala de curaciones, preparación y vacunación, 1 baño de pacientes, 1

baño para el equipo de salud, 1 bodega, 1 vivienda. Se utiliza el pasillo para sala de espera.

La población de responsabilidad del Subcentro de Salud de Santa Clara es de 2449 habitantes, distribuidas de la siguiente manera: 43.7% de indígenas (kichwas), 0.4% afroecuatorianos y 50.6% mestizos. Esta división se tomó de la autopercepción de la población. El 52% de la población total vive en la zona rural y el 48% en la zona urbana. (Datos tomados de las fichas familiares de la Unidad Operativa 2010)

En el diagnóstico situacional, realizado en el año 2010, se encontró problemas de salud que llaman la atención:

## **2.1 FUNCIONES DEL PRIMER NIVEL**

**2.1.1 Contacto con la Comunidad (Puerta de Entrada):** la tasa de utilización general fue de 2,3 (5762 primeras consultas de morbilidad sobre 2449 habitantes de la zona de influencia) lo que representa que los pacientes hasta la presente fecha han acudido por 2 ocasiones a la unidad, lo que nos hace pensar que hay algún tipo de dependencia de los pacientes a la unidad operativa o tenemos pacientes de otras zonas que acuden al Subcentro por la accesibilidad temporal. Se han abierto en los últimos 11 meses 389 historias clínicas a pacientes que no son pobladores de la zona de responsabilidad de la unidad operativa. Las únicas estrategias de participación comunitaria que tiene la unidad operativa son las reuniones con las comunidades, pero el grado de participación comunitaria se limita al de información. Cada vez que se realiza una brigada médica hay reunión con la comunidad. La participación en la toma de decisiones es nula, todas las decisiones se toman en la unidad operativa o en la jefatura del Área de Salud 1 de Pastaza. Las comunidades con vía carroable han sido visitadas 6 veces al año y las de sendero 3 veces al año.

**2.1.2 Capacidad Resolutiva:** De todos los pacientes que acudieron al subcentro de salud, el 72% dijo *“haber sentido que el problema por el cual acudió si fue resuelto”*. Estos datos se obtuvieron de una entrevista a los pacientes que acudieron al SCS de Santa Clara en el año 2010.

**2.1.3 Síntesis de la Información:** La forma en que se almacena la información de los pacientes, es a través de las historias clínicas y de las fichas familiares; la información recolectada en la unidad operativa es entregada mensualmente al área de salud y ésta a su vez, envía a nivel provincial.

**2.1.4 Brigadas médicas:** Se realizan 4-6 brigadas médicas al mes. El promedio de pacientes atendidos en las brigadas médicas es: medicina-28 pacientes, odontología-13 pacientes, vacunaciones-4 pacientes, obstetricia-5 pacientes. Además se realizan reuniones con la comunidad durante las brigadas. El 80% de los pacientes atendidos en las brigadas médicas son niños en la etapa preescolar y escolares.

## 2.2 CALIDAD DEL SERVICIO

**2.2.1 Accesibilidad Geográfica:** el Subcentro de salud de Santa Clara (Km 42 vía Puyo-Tena) se encuentra en el barrio Central del casco urbano del cantón, donde se desarrolla el movimiento comercial y se ubican otras instituciones. Para movilizarse hacia el Subcentro, desde las comunidades, existen los transportes interprovinciales con destino Puyo-Tena o Tena-Puyo. Para salir de las comunidades se lo hace a pie o por carro particular, no existen líneas de transporte público directo desde la comunidad hacia cualquier otra localidad. La comunidad más cercana está a 20 minutos en transporte público, porque queda en la vía y las más lejanas a 2 horas en transporte; los pacientes refieren que para salir de las comunidades caminan de 4 a 5 horas hasta llegar a la carretera y coger transporte para movilizarse hasta la cabecera cantonal, en total tardan alrededor de 6 horas para llegar al Subcentro de Salud de Santa Clara.

**2.2.2. Accesibilidad Económica:** La política ministerial es gratuidad de los servicios, pero se ha investigado que la visita al servicio de salud genera gasto de bolsillo<sup>4</sup> al paciente. Se realizaron entrevistas a los pacientes que se encontraban en la sala de espera del Subcentro de salud y se preguntó cuánto gastan para ir y venir de sus domicilios; se calculó un máximo de 10 dólares de gasto de bolsillo y un mínimo de 6 dólares, esto gasta una familia (un adulto y dos niños) de una comunidad para ir al Subcentro. Si el número de miembros de familia es mayor, el gasto aumenta a casi 3 dólares más por persona. Este gasto de bolsillo solo contempla el transporte y algún tipo de refrigerio que comen antes de regresar a la comunidad. En cuanto al gasto realizado para comprar medicina, encontramos, por el método de observación directa, que de 10 pacientes atendidos en el Subcentro de Santa Clara, tres tienen que comprar algún tipo de insumo o medicina, porque el servicio de salud no lo posee. Los precios de estas recetas oscilan entre 5 y 10 dólares; lo que más frecuentemente se compra fuera son: antitusígenos, analgésicos no opiodes, vendas elásticas, parches para curaciones y vitaminas.

**2.2.3 Accesibilidad Socio-cultural:** No se han armado estrategias para favorecer el acceso de pacientes de la tercera edad o discapacitados, no tenemos rampas de acceso y el espacio físico es pequeño para la movilidad del paciente en silla de ruedas. En cuanto a lo cultural, se realizó algunas reuniones (grupos focales) con miembros de la asociación de kichwas del cantón Santa Clara, en donde se tocó el tema de la accesibilidad cultural. Los pacientes indígenas (el 100%), manifestó que dentro de las consultas no se les preguntaba sobre las posibles causas de la patología con la que acudían al servicio de salud, según su cosmovisión. Ningún miembro del equipo de salud habla el idioma kichwa y ningún miembro del equipo de salud conoce sobre las costumbres de dicho pueblo.

---

<sup>4</sup> Gastos por cuidado de salud que el paciente debe pagar por cuenta propia, ya que no están cubiertos por el servicio de salud u otro seguro. Medicare.gov

**2.2.4 Permanencia Temporal:** Los horarios de atención son de 8 horas al día entre 8:00AM y 16:30 PM, los siete días a la semana, excepto los feriados. Todos los días hay atención odontológica, médica, obstétrica, vacunación y curaciones. Además se cuenta con la presencia de una médica rural que reside en la unidad operativa para dar atención en casos de emergencia nocturna. Los tiempos de espera aproximadamente van entre 20-50 minutos, esto depende del número de médicos que estén trabajando (1,2 ó 3). Los turnos se van entregando conforme la llegada del paciente. Existen prioridades como son: ancianos, adolescentes, embarazadas y pacientes de comunidad. Se entregan los turnos por profesionales de acuerdo a la norma regida por el MSP, es decir, 4 pacientes en una hora, 45 minutos para pacientes nuevos, embarazadas, adolescentes y adultos mayores.

**2.2.5 Permanencia Espacial:** El flujo de pacientes en la consulta es simple porque el espacio del Subcentro es reducido, no existe sala de espera por lo que se han colocado sillas en el pasillo. El servicio de salud posee señalética en cada puerta pero no cuenta con un portero o guardia de seguridad, como tampoco una ventanilla de información, esto la da la persona que se encuentra en estadística o en preparación.

**2.2.6 Polivalencia:** Según las entrevistas que se realizó a los usuarios del Subcentro de salud, 24 de 33 entrevistados refirieron que la atención recibida en el Subcentro de salud les resolvió el problema de salud por el que habían acudido. Además se preguntó porque creían que no se resolvió su problema y la mayoría manifestó: "...hay cosas que los médicos no ven y no saben cómo curar", es decir hay enfermedades propias de los pueblos como: mal de agua, mal de tierra, diarreas de los niños por infidelidad de alguno de sus padres, entre otros. Sólo 2 pacientes (mestizos), manifestaron que la necesidad era de un especialista.

## **2.3 CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

**2.3.1 Integralidad:** No existen encuestas u otros tipos de datos documentados que sustenten que existe participación por parte de los pacientes en la toma de decisiones sobre sus problemas de salud. En las observaciones directas que se realizaron a los profesionales rurales, estos no realizan ningún tipo de acción para que el paciente sea parte en la toma de decisiones de su tratamiento. Dentro de las consultas a adolescentes, se ha cambiado la perspectiva y si se aborda al paciente con un enfoque holístico. Durante las consultas obstétricas si existe la atención integral a la madre embarazada.

En cuanto al aspecto bio-psico-social, no existe ningún tipo de dato en la historia clínica, excepto por la atención a adolescentes y mujer embarazada, que se registran en los formularios diseñados por el MSP. En las atenciones a los pacientes de los demás ciclos de vida no hay un registro en la historia clínica que indique que se hayan abordado aspectos bio-psico-sociales.

El Área de Salud 1 no siempre cuenta con el servicio de psicología. Cuando se detecta en los pacientes algún problema de salud relacionado con lo social o psicológico, se habla con trabajo social para buscar ayuda en otras instituciones.

**2.3.2 Continuidad:** La tasa de concentración de control prenatal (CPN) es de 3,4 (39 primeras consultas, 135 subsecuentes sobre un total de 86 mujeres embarazadas para el año) cuando el referente es de al menos cinco controles. En el caso de referencias la tasa es de 0.58, dado que el número de referencias durante el periodo analizado (enero-septiembre del 2010) es de 27 y las primeras consultas de morbilidad es 4595.

**2.3.3 Integración:** El índice de consultas de CPN y odontológico es de 90% y el índice de consulta de Control Niño Sano y vacunación es de 85%. Esto evidencia que no se está integrando al 100% las actividades de la unidad operativa.

**2.3.4 Efectividad/Eficiencia:** No se ha podido aún documentar el costo por consulta y mucho menos por receta, porque estos registros no se llevan dentro de la unidad operativa, ni en el área de salud. En cuanto al porcentaje de esquemas de vacunación completados es baja la tasa de terceras dosis de pentavalente (85.2%).

## 2.4 CALIDAD DEL SISTEMA

No se encontró ningún dato en el Área de Salud 1 en cuanto a la tasa de contrarreferencia, referencias cumplidas, no existe la referencia inversa en la provincia y no conocemos datos de la autoreferencia. La tasa de referencia es de 0.59 (Concentrados Mensuales SCS Sta. Clara 2010). Lo que indica que es muy baja con referencia a la norma nacional que es de 1, en este punto hay dos opciones: a) alta capacidad resolutoria de la unidad o b) deficiencia en el registro de las referencias.

## 2.5 GESTIONES

**2.5.1 Modelo de Atención:** Un Modelo de Atención Integral en Salud a nivel Familiar, Comunitario e Intercultural es la orientación actual del Ministerio de Salud Pública en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud renovada (APSr) y algunas reflexiones sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Para poner en pie este modelo, los Equipos Básicos de Salud (EBAS) tendrán un rol protagónico, pero, para un trabajo exitoso, no solo requerirán un proceso de capacitación continua, equipamiento y herramientas de campo, sino que deberán reconocer en su trabajo la existencia de sistemas comunitarios de salud, impulsados tradicionalmente por las propias comunidades, y en varios casos apoyadas por organizaciones sociales y organizaciones no gubernamentales. (MAIS IFC, 2° Edición, 2010)

**2.5.2 Gestión Administrativa:** La administración de la unidad operativa está encargada a una sola persona que es la médica más antigua. Las decisiones son participativas, se lleva un cuaderno de actas de las reuniones de equipo, pero las disposiciones directas llegan del Área de Salud. Existe un plan operativo anual al cual llamamos PLIS. El monitoreo y evaluación se hace desde el área de salud y se hace 1 ó 2 veces al año, no existe ningún tipo de monitoreo interno, las evaluaciones son realizadas por un odontólogo a los médicos.

**2.5.3 Modelo de Gestión:** Principalmente el modelo de gestión es vertical. Las gestiones las realiza el Área de Salud 1 para todas las unidades operativas. Las

gestiones menores como: pintura, mantenimiento, aseo de la unidad, caravanas médicas con especialistas para el club de crónicos, exámenes de laboratorio para los pacientes crónicos y escolares, entre otras actividades locales, las realiza el equipo de salud.

**2.5.4 Gestión de Medicamentos:** Existe una farmacia en la unidad operativa que es abastecida por la bodega del área de salud 1. El costo final al usuario de la medicina es 0; el 90% de medicamentos son genéricos y el 100% de medicamentos son gratuitos.

**2.5.5 Gestión Financiera:** No se cuenta con estos datos, dado que el área lleva una contabilidad global y no por unidad operativa; no hay ningún tipo de recuperación de costos; no existen datos sobre calidad del gasto y distribución del gasto.

**2.5.6 Gestión de Recursos Humanos:**

**Tabla N°1**  
**Distribución de los Recursos Humanos SCS Santa Clara (AÑO 2011)**

N°	Profesión y Tipo de dependencia laboral	Carga Horaria	Horario de trabajo	Actividad	Cargo
1	Médica - Contratada	8HD	Domingo-jueves	Consulta y administración del Subcentro	Directora del Subcentro y médica
2	Médica- Rural	8HD	Martes-sábado	Consulta	Médica rural
3	Médica-Rural	8HD	Lunes- Viernes	Consulta	Médica rural
4	Obstetriz- Contratada	8HD	Lunes-Viernes	Consulta obstétrica	Obstetriz
5	Odontóloga- Contratada	8HD	Domingo- Jueves	Consulta odontológica	Odontóloga
6	Odontóloga- Contratada	8HD	Martes-Jueves	Consulta Odontológica	Odontóloga
7	Enfermera- Contratada	8HD	Lunes-Viernes	Actividades de enfermería	Enfermera y custodio del Subcentro
8	Enfermera Rural	8HD	22-8	Actividades de enfermería	Enfermera rural
9	Auxiliar de enfermería- Contratada	8HD	Lunes-Viernes	Limpieza, estadística	Auxiliar de enfermería

Fuente: Datos de archivos de RRHH DPSP  
Realizado por: Claudia Avila

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el año 2010, se realizó el análisis a profundidad de un problema de salud en la población de responsabilidad del Subcentro de Salud Santa Clara. Se encuestó a 33 usuarios externos de la Unidad Operativa, los 33 eran kichwas, de los cuales, 22 vivían en las comunidades de influencia y 11 vivían en el casco urbano, además 26 eran de sexo femenino y 7 masculinos. También se realizó revisión documental en el Registro Civil del cantón, Municipio de Santa Clara, Censo poblacional vigente en el año 2010, fichas familiares realizadas por el equipo de salud durante el año 2010 y observación directa.

El estado de acceso a la atención de salud en el cantón Santa Clara, puede ilustrarse con los siguientes datos:

- El 86% de la población no tiene seguro de salud (3433 habitantes)
- Población sin acceso debido a razones económicas, aproximadamente 1959 habitantes (80 %) del cantón Santa Clara, perciben ingresos menores a 40 dólares mensuales.
- El 70% de los nacimientos en el Cantón Santa Clara no son atendidos por personal de salud calificado.
- El 3% de los pobladores del cantón Santa Clara solo hablan su idioma nativo que es el Kichwa.
- El 0% de señalética, letreros y anuncios del Subcentro de salud están en el idioma kichwa.
- El 0% de miembros del equipo de salud del Subcentro de Santa Clara conoce las costumbres y tradiciones del pueblo kichwa.
- El 0% de miembros del equipo de salud del Subcentro de Santa Clara conoce y habla el idioma nativo de la zona (kichwa).
- En ningún momento de la atención se pregunta al paciente acerca de su cosmovisión o posibles causas de sus problemas de salud.
- El 100% de paciente kichwas les gustaría tener un tipo de servicio de salud intercultural y algún tipo de adaptación o integración de la medicina tradicional y la medicina occidental.
- El 9% (3 pacientes) de pacientes kichwas a quienes se les realizó la entrevista, han recibido algún tipo de rechazo por parte del personal del Subcentro de Salud cuando han acudido primero al chaman.
- El 85% de pobladores varones de las comunidades no acuden al Subcentro porque perciben que su problema de salud no será resuelto con la medicina occidental.
- El 100% de habitantes de las comunidades, por lo menos una vez al año, han acudido a los agentes de salud tradicional cuando han tenido un problema de salud.
- El 56% de pacientes de comunidad que tienen un problema de salud acuden primero a un agente comunitario (chamanes, parteras, promotores, hierberos), entre las razones encontradas hay: tradición, confianza, cercanía, por pedido de otro miembro de la familia.
- El 29% de pacientes de comunidad acuden primero al Subcentro de Salud de Santa Clara.
- El 9% de pacientes de comunidad acuden primero a familiares o vecinos.
- El 6% de pacientes de comunidad no acuden a ningún lado.

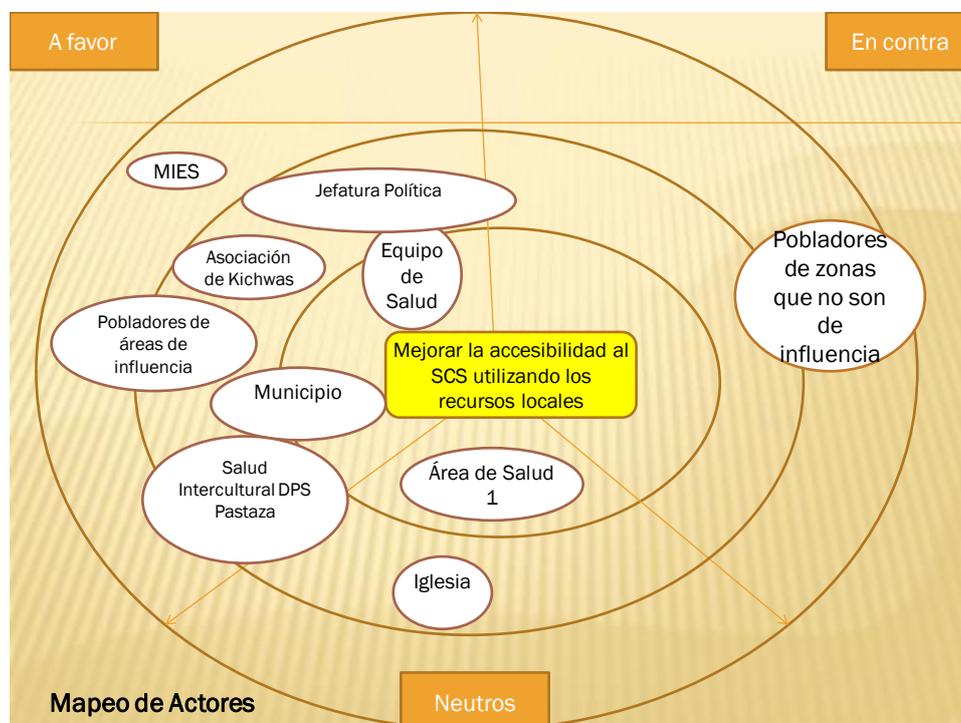
El diagnóstico situacional del Subcentro de Salud de Santa Clara se presentó a la comunidad, autoridades locales, equipo de salud y autoridades del área para la selección de un problema de salud; la comunidad eligió la falta de accesibilidad cultural, espacial y geográfica, problema que no concordó con el de las autoridades locales y del área; al ser una necesidad sentida por la comunidad se siguió adelante con la investigación. Si bien se trabajó intentando dar soporte y solución a esta problemática en su globalidad, en el trabajo de tesis, por conveniencias académicas y afinidad al tema por parte de la investigadora, se decide reflexionar alrededor de las estrategias y de los cambios intentados y/o logrados para enfrentar la dificultad en la accesibilidad cultural.

### 3.1 MAPEO DE ACTORES

El mapeo de actores se representa en el Gráfico 2. En donde se evidencia a los actores locales a favor de la selección de la estrategia de cambio. A los actores neutrales se les debe llevar a estar a favor de la propuesta y a los que están en contra a ser neutrales. Los pobladores de las localidades cercanas al Subcentro de Salud que no pertenecen a la población asignada, están en contra a esta propuesta porque se sienten relegados y aquí encontramos la importancia de hacer un análisis a profundidad del sistema local de salud para no caer en la selección de pacientes.

**Gráfico 2.**

#### **MAPEO DE ACTORES SUBCENTRO DE SALUD DE SANTA CLARA (AÑO 2010)**



Fuente: Consenso de Asamblea Comunitaria (Año 2010)  
Realizado por: Claudia Avila

## **4. MARCO CONCEPTUAL**

### **4.1 MARCO LEGAL**

El Ecuador es un país diverso, tanto en el ámbito natural como en el cultural.

Ecuador se declaró Estado plurinacional e intercultural en su nueva constitución del 2008. Esto es un reconocimiento importante para las diferentes culturas del Ecuador, pero también es un proceso completamente nuevo.

Los principales puntos contemplados en la constitución, que conciernen a salud, en cuanto a la diversidad cultural son los siguientes:

**Art. 380.-** Serán responsabilidades del Estado:

1. Velar, mediante políticas permanentes, por la identificación, protección, defensa, conservación, restauración, difusión y acrecentamiento del patrimonio cultural tangible e intangible, de la riqueza histórica, artística, lingüística y arqueológica, de la memoria colectiva y del conjunto de valores y manifestaciones que configuran la identidad plurinacional, pluricultural y multiétnica del Ecuador.

**Art. 363.-** El Estado será responsable de:

4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos.

Además de la Constitución, el Ministerio de Salud, además del resto prestadores de servicios de salud, están regidos por la Ley Orgánica de Salud, en donde también se contemplan las prácticas de medicina ancestral en los artículos siguientes:

**Art. 6.-** Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

26. Establecer políticas para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa; así como la investigación, para su buena práctica;

Las prácticas medicinales ancestrales han sido y serán parte de la cultura ecuatoriana en todas las regiones del país, especialmente en la región amazónica y en las regiones del callejón andino ecuatoriano.

### **4.2 SISTEMA DE SALUD, SISTEMA MÉDICO OCCIDENTAL O BIOMÉDICO Y SISTEMA DE LA MEDICINA ANCESTRAL, TRADICIONAL O SISTEMA MÉDICO INDÍGENA:**

Fue necesario incluir este concepto para entender la relación entre el Sistema Médico Occidental o Biomédico y Sistema de la Medicina Ancestral, Tradicional o Sistema Médico Indígena.

Si se toma en cuenta lo que dice la Organización Mundial de la Salud – OMS: “*los sistemas de salud están formados por todas las personas que actúan y todas las medidas que se adoptan con la finalidad principal de mejorar la salud*” (OMS, 2000). Señala también que “*un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud*”.

En las memorias del Primer Congreso de Salud Intercultural de Ecuador realizado en Coca en junio del 2008, se encuentra la presentación de Amílcar Albán de la Red Internacional de Organizaciones de Salud – RIOS, quien en su ponencia “Sistema de Salud de la población Kichwa de la Amazonía Ecuatoriana. El Caso de los Kichwa de Napo o Naporunas” hace un interesante análisis de los Sistemas Médico Occidental o Biomédico y del Sistema Médico Indígena que parece ser útil para la comprensión de lo que el presente estudio requiere para definir el amplio marco que incluye el Acceso Cultural.

Es necesario definir, también, lo que es un sistema médico, como “una respuesta a la enfermedad y al padecimiento, todas las sociedades humanas crean sistemas médicos de un tipo u otro. Todos los sistemas médicos consisten en creencias y prácticas que son conscientemente dirigidas para promocionar la salud y aliviar la enfermedad.” (Baer, Singer, Susser, 2003).

Plutarco Naranjo señala que: “La Medicina es parte de la cultura de un pueblo. No hay pueblo, por primitivo que sea o se considere, que no haya desarrollado algún tipo o sistema de medicina, es decir, un sistema ideológico o doctrinario acerca de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, y más concretamente sobre las causas de las afecciones, la manera de reconocerlas y diagnosticarlas, así como las formas y procedimientos para aliviar, curar o prevenir las enfermedades, y además para preservar y promover la salud.”<sup>5</sup>

Juan Samaja aunque no se refiere directamente a un sistema de salud sino más bien a las actividades de salud nos dice: “en sentido nato se llaman “prácticas de salud”, aquellas prácticas destinadas a la preservación de la salud de los seres sanos y la curación y recuperación de los seres enfermos.”

Continúa buscando una definición de sistema médico y señala que “puede entender como la constelación de creencias, conocimientos, personal, instalaciones y recursos que juntos estructuran y moldean la manera en que los individuos o un grupo socio cultural obtienen cuidado y tratamiento para sus enfermedades”. (Fabrega, Mannig, 1979).

Albán señala que “las definiciones conceptuales descritas delimitan adecuadamente de manera universal la esfera de un sistema médico, pues involucra desde las actividades que se pueden establecer a nivel domiciliario entre el que ejecuta una acción dirigida a promocionar y prevenir la salud o aliviar la dolencia de un enfermo, incluye las prestaciones profesionales o no profesionales de salud ya sean pública o privadas; encierra las actividades y terapias de chamanes, curanderos y demás

---

<sup>5</sup> Encuentro de Procesos de Salud Intercultural de la Amazonía, 2008.

prestadores de servicios de salud, implica el uso de medicamentos cualesquiera sea su origen, abarca todo tipo de terapias y comprende todo tipo de medicina como la homeopática, alopática, natural, biomédica, y milenarias como la ayurvédica, tibetana, china e indígena”.

Varios autores tienen definiciones diferentes de lo que es un sistema de salud y sus prácticas, más sin embargo, todos confluyen en una conclusión de que el sistema de salud son todas las actividades que buscan mejorar la condición de una persona enferma, además de evitar este estado de enfermedad. Estos elementos deben ser tomados en cuenta al momento de mejorar el acceso cultural a un servicio de salud.

#### **4.2.1 SISTEMA MÉDICO OCCIDENTAL O BIOMÉDICO:**

Se entiende por modelo biomédico a las prácticas de intervención científica, que tiene un enfoque biológico predominante, que encasilla a los signos y síntomas corporales del enfermo como una enfermedad de naturaleza física (Albán, 2008)

En este concepto se da por sentado que el ser humano es un ser unidimensional, cuando se debe tomar en cuenta que consta de varias dimensiones como son: espíritu, intelecto, sentimientos y psiquis, que no pueden ser desvinculados entre sí, como pretende hacerlo el enfoque biomédico.

Albán considera que es en el primer nivel de atención el que se encuentra responsable de la prestación de servicios en los sectores rurales del país y lo considera como un “nivel bisagra entre los ámbitos de sistema occidental o biomédico y el sistema médico indígena.”

#### **4.2.2 SISTEMA MÉDICO INDÍGENA:**

“Muchos pueblos y nacionalidades indígenas han mantenido en el contexto de sus patrones culturales y como valor intrínseco sus sistemas médicos. Al intentar una definición del concepto general de los sistemas médico y del sistema médico occidental, se presenta dificultoso precisar el concepto de manera específica, sin embargo, uno de los aspectos que sobresale, es el hecho de que en su mayoría están basados en lo que podríamos definir como **modelos holísticos de salud**, de acuerdo con Carlos Bermejo, el término **holístico** proviene del griego “Holos/n” que significa: entero, todo, completo, total”, de modo que el enfoque de estos modelos es el abordaje de la esfera salud – enfermedad – atención, con una dimensión física, espiritual, social, emocional y religiosa. Edgar Lopategui sugiere que el término **salud holística** se fundamentó a partir de la conceptualización acerca de la salud sugerida por la OMS en 1946, en el sentido de que es “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad”, definición que se aparta de la concepción que apunta a la mera ausencia de afecciones corporales y somáticas”.

Aceptando que **los sistemas de salud indígena** tienen una base en los modelos holísticos, (o incluso podría ser al revés) debemos subrayar que pueden inscribirse en la categoría de las medicinas milenarias que han manejado sus sistemas en la profundidad de los tiempos; muchos de estos sistemas indígenas sufrieron el peso de

los procesos de colonización, persecución e imposición de otras estructuras ideológicas, muchos desaparecieron, otros resistieron y se adaptaron a convivir con los sistemas dominantes. Bajo estas consideraciones se retoma la forma de entender un **sistema de salud** e intentamos definir a los **sistemas médicos indígenas** como “el conjunto de creencias y prácticas que son conscientemente dirigidas para promocionar la salud y aliviar la enfermedad, que tienen un enfoque holístico, son parte de la cultura indígena y su desarrollo no ha dependido expresamente de ningún otro sistema” (Albán, 2008).

**El sistema médico Kichwa amazónico:** en esta parte se articula lo que se ha definido como sistema médico indígena con la realidad observada entre los kichwas de Archidona y Loreto, y que se puede comparar con lo que ocurre en Santa Clara y Pastaza con sus propias particularidades, es decir, se tratará de sostener que los componentes de orden cognoscitivo, que se aplican para promover la salud y aliviar la enfermedad en la cultura médica kichwa, no derivan de la concepción occidental y que su ordenamiento puede dar cuenta de un sistema médico propio.

### 4.3 CULTURA

La cultura es la forma como vive un pueblo, conoce, produce, construye, se expresa, actúa y se comunica. Comprende su modo de ser, de vivir y valorar. La manera de relacionarnos de acuerdo al medio que nos rodea y a nuestra forma de ver y entender el mundo. Son los conocimientos, producciones materiales y espirituales. La cultura se aprende o se transmite, es decir se socializa de padres a hijos, de maestros a alumnos, de miembros comunitarios. Se transmite el lenguaje, destrezas técnicas, habilidades, significados relacionados entre las personas y otros objetos, hábitos, valores, sentido común. (Tylor, 1995)

Un concepto articulado a la cultura es la identidad; por ella entendemos lo que somos y el sentido de pertenecer a un pueblo o grupo humano específico que compartimos elementos comunes por la procedencia de un territorio. Una cultura nos distingue cómo nos vestimos, alimentamos, cómo son nuestras fiestas, tradiciones, lenguas y nuestra historia. La cultura es la forma específica de relacionarnos con los seres humanos y la naturaleza. (Fernández-Juaréz, 2010)

### 4.4 INTERCULTURALIDAD

La interculturalidad como tema surge en América Latina en contextos de diversidad cultural asociada al tratamiento de las relaciones con el llamado ‘otro’ (pueblos indígenas, afrodescendientes, y grupos culturales). Su primer ámbito de desarrollo fue la educación. Esta noción aparece ligada a la emergencia de los movimientos indígenas, afroamericanos y, en menor grado, migrantes, como actores sociales en el escenario sociopolítico latinoamericano impugnando el proyecto homogenizador e integracionista de las políticas estatales.

El concepto de la interculturalidad se comprende como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto para las diferencias políticas, económicas, sociales,

culturales, en un espacio dado, imprescindible para establecer una sociedad justa (OPS, 1998). Para ejercer el principio de la participación social apoyado por la reforma del sector de la salud, la aplicación del enfoque intercultural de la salud debe basarse en los principios de diálogo, respeto por la diversidad, la democracia y la participación con interacción cultural, consulta, consenso y colaboración de objetivos (OPS, 1998).

Interculturalidad supone impulsar espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas. Más allá de la mera relación entre culturas, requiere confrontar las desigualdades en los intercambios culturales y entre culturas mismas. La interculturalidad en el espacio de la sociedad y el Estado es un 'deber ser' alcanzable por medio de nuevas prácticas, valores y acciones sociales concretas y conscientes que se pueden construir mediante procesos formativos y participativos colectivos en los que se relacionen los miembros de culturas diversas.

La interculturalidad no se puede reducir a una mezcla, fusión o combinación de elementos, tradiciones, características o prácticas culturalmente distintas. Sobre todo, representa procesos dinámicos y de doble o múltiple dirección, repletos de creación y de tensión y siempre en construcción; enraizados en las brechas culturales reales y actuales, brechas caracterizadas por asuntos de poder y por las grandes desigualdades sociales, políticas y económicas que no permiten una relación equitativa.

Las relaciones interculturales pueden tener efectos positivos y negativos. Los efectos positivos se verán proyectados en la convivencia enriquecedora de las culturas, sin la anulación de ninguna o la supremacía de la otra. La destrucción o disminución de la cultura es un efecto negativo de esta interrelación. En el proceso de estas construcciones de relaciones sociales se debe tener particular cuidado con la imposición de "mejores costumbres" a una cultura diferente a la conocida o a la vivida, desde el origen de esta concepción en el pensamiento, se está dejando de aceptar a la otra cultura como única, rica y diferente.

"La plenitud intercultural se dará cuando lleguemos a ser iguales sin dejar de ser distintos. Iguales en nuestra aceptación pública y oportunidades, pero distintos en nuestras identidades personales y de grupo" (Comentario de Sola, en el libro del MSP: "Salud, Interculturalidad y Derechos: Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay. 2010)

#### **4.5 SALUD-ENFERMEDAD**

En el idioma kichwa no hay una palabra exacta para traducir la palabra salud, lo que significa que su concepción no solamente tiene que ver con el bienestar del cuerpo humano, sino también con todo lo relacionado con su entorno material y espiritual, es decir un bien-estar junto a la totalidad.

El concepto de enfermedad es ante todo una construcción cultural; en este sentido, para los kichwas de Archidona y Loreto, así como probablemente también para los de

Santa Clara en Pastaza, en una considerable mayoría, la enfermedad no se explica por razones puramente de carácter natural, es decir, no constituye un acontecimiento que involucre únicamente un desequilibrio en la esfera de lo orgánico o la sola presencia de afecciones corporales y somáticas.

La enfermedad en los pueblos indígenas es el resultado de la falta de interrelacionalidad, porque si el indígena como parte del mega-cuerpo llamado Pacha-Mama cumple con su misión y sus obligaciones de mantener este nexo de conversación y relación respetuosa con la madre naturaleza, siempre estará en posesión de la salud integral, pero si por el contrario, él se 'olvida' de su misión equilibradora, armonizadora y rompe con el nexo de comunicación con los demás seres, está provocando el apareamiento de las fuerzas masculinas que provocan las enfermedades como una llamada de atención para que el indígena vuelva a su estado de 'puente' entre las demás familias que componen el universo. La interrelacionalidad también tiene que ver con la reciprocidad, principio indígena que condiciona a la persona, primero dar para luego recibir. Le condiciona a ser responsable de sus actos.

A nivel micro el indígena está conformado por cuatro cuerpos: corporal, emocional, mental y espiritual. La enfermedad aparece en el momento en que éstos ya no están inter-relacionados entre sí, situación que causa el desequilibrio del ser humano. La enfermedad aparece cuando uno de los cuerpos que componen el ser humano entra en crisis, por ello, si uno de los cuerpos se enferma el indígena ya no tiene equilibrio o bienestar. Los cuatro cuerpos (espiritual, emocional, mental y corporal) tienen que estar en una continua interrelación de dar y recibir, pero, si solamente 'recibe' y no corresponde con los demás cuerpos se inicia la enfermedad, porque no hay interrelación ni equilibrio interno en el indígena.

Los indígenas también tienen la concepción de que este proceso de salud enfermedad no solo viene de este desequilibrio entre los cuatro cuerpos, sino también, son producto del "mal" que les pueden causar otras personas. Este es un proceso sobrenatural que tiene que ser combatido con ritos que evocan a poderes sobrenaturales de "deshacer el mal" y de protección.

El complemento de la salud es la enfermedad. Lograr el punto intermedio, el equilibrio es la base para tener salud individual, familiar, como también para las divinidades, la naturaleza y los ancestros. Cuando una de las familias no cumple con sus obligaciones o misiones de vida rompen el equilibrio, allí es cuando aparece la enfermedad, allí aparece la muerte. (Cachiguango, 2010)

#### **4.6 IDENTIDAD CULTURAL**

"La identidad cultural de un pueblo viene definida históricamente a través de múltiples aspectos en los que se plasma su cultura, como la lengua, instrumento de comunicación entre los miembros de una comunidad, las relaciones sociales, ritos y ceremonias propias, o los comportamientos colectivos, esto es, los sistemas de valores y creencias (...) Un rasgo propio de estos elementos de identidad cultural es su

carácter inmaterial y anónimo, pues son producto de la colectividad” (González Varas, 2000: 43).

La identidad está ligada a la historia y al patrimonio cultural. La identidad cultural no existe sin la memoria, sin la capacidad de reconocer el pasado, sin elementos simbólicos o referentes que le son propios y que ayudan a construir el futuro.

#### **4.7 COSMOVISIÓN**

“Las cosmovisiones (conocimientos, actitudes y prácticas) de los pueblos y nacionalidades indígenas, sus recursos diagnósticos y terapéuticos, son verdaderos sistemas de salud” (Encuentro de Sistemas Ancestrales, 2010)

#### **4.8 MEDICINA ANCESTRAL**

“Es el conjunto de conocimientos y prácticas que está en la memoria y tiene como fundamento el saber curativo ancestral.” (Encuentro de Sistemas Ancestrales, 2010)

Es una práctica que se transmite por la tradición familiar y comunitaria. Tiene sus propios prestadores de salud y sus ideas propias sobre salud y enfermedad, sus causas y sus formas curativas.

La Ancestralidad es una decisión que toma cada individuo sobre su identidad, lo hace para asumirse internamente y para expresarse y desarrollarse como sujeto social y político con un determinado modo cultural, es una decisión de vida para conservar y desarrollar una cultura a la que se adscribe como persona. (Bautista Irma, 2007)

Las cosmovisiones, conocimientos y prácticas, los recursos diagnósticos, terapéuticos y de sanación de las medicinas tradicionales indígenas, forman verdaderos sistemas de salud. Estas medicinas no formales, recreadas y reproducidas cotidianamente, han generado prácticas holísticas en las cuales sus especialistas han impreso su propia visión del mundo, su propia identidad.

Las diferentes culturas especializaron Hombres y Mujeres de Sabiduría, quienes mediante la observación sistemática, de correlacionar la planta, el órgano y la enfermedad, de predecir por medio del augurio, el éxtasis y la iluminación, de considerar los mandatos de las deidades originarias (aunque también de los nuevos dioses y santos de raigambre occidental), explicaron y explican la enfermedad, al tiempo que la tratan en su relación con las condicionantes temporales, con el medio natural, social y cultural. (Encuentro de los procesos de Salud Intercultural de la Amazonía, 2008)

## 4.9 AGENTE COMUNITARIO

El agente comunitario de salud es una persona propuesta por su comunidad para que promueva prácticas saludables en la familia y en su comunidad, en coordinación con el personal de salud y la comunidad organizada. (OPS, 2004)

Para efectos metódicos de este trabajo la investigadora utilizará el término agente comunitario para agrupar a los prestadores de servicio de medicina ancestral como son: Yachaks, parteras y fregadores. También se utilizará el término chaman como sinónimo de Yachak, aclarando que el término chaman es originario de Siberia y adoptado por las Américas, pero es el término con el que se denominan los Yachaks del cantón Santa Clara.<sup>6</sup>

## 4.10 CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Con el objetivo de ser capaz de asegurar una atención primaria eficaz, global, continua e integrada, los servicios de salud deben tener 3 características: descentralización, permanencia y polivalencia.

### 4.10.1 DESCENTRALIZACIÓN

Los servicios deben ser **descentralizados**, es decir, deberían situarse geográficamente lo más cerca posible de la población. La descentralización favorece la **accesibilidad**. La accesibilidad, vale ser recordado, no es solamente **geográfica** sino también **financiera** (un obstáculo financiero puede ser penoso e insuperable para los grupos con bajos ingresos). También puede ser **sociocultural** (algunas formas de prestación de atención pueden ser inaceptables para la comunidad) y finalmente, la accesibilidad puede ser **funcional** (un centro de salud puede ser geográficamente accesible y estar abierto las 24 horas del día pero no provee los servicios requeridos por la comunidad). King ha demostrado muy bien como la accesibilidad geográfica disminuye a medida que aumenta la distancia del domicilio del paciente.<sup>7</sup>

Mientras que la limitación económica es fácilmente identificable (límites presupuestarios), la limitación técnica se vuelve aún más difícil de identificar porque depende de elecciones tanto científicas como políticas. Desde el punto de vista técnico es necesario establecer un balance entre la masa crítica necesaria de enfermos para mantener la competencia y la accesibilidad del servicio; desde el punto de vista político es necesario determinar qué tipo de atención será aceptable para la población, al dejar de lado el criterio técnico.

---

<sup>6</sup> Chaman quiere decir hechicero o persona que tiene poderes para curar. ( Acosta Ledy, Líder del proceso de Salud Intercultural Pastaza, 2012)

<sup>7</sup> King G, Murray CJL, Tandon A, Salomon JA. Enhancing the validity and cross cultural comparability of measurement in survey research. American Political Science Review 2004;98(1):191-207. .

#### 4.10.2 ACCESIBILIDAD

El concepto de accesibilidad ha sido muy utilizado desde los años 60. Fue en el momento en que se acordó la necesidad de concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos (en el marco de la Alianza para el Progreso). A partir de ahí es que se planteó el crecimiento por áreas y salud fue una de las más relevantes para concretar esta meta. Esta preocupación por el “*desarrollo social*” partía de la base de que sería necesario crédito externo y tiempo para poder igualar a todos los países del mundo. La preocupación por el avance del socialismo fue uno de los motivos que precipitaron estas políticas.

El problema de definir el acceso desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son los constructores. Además se puede definir como el encuentro entre los sujetos y los servicios, que incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso.

En este sentido, se define a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. (Comes, Y.; 2006).

#### 4.10.3 PERMANENCIA

El servicio debe ser **permanente**, es decir, estar accesible al menos todos los días. Un servicio de atención las 24 horas es posible solamente con un equipo grande o con un equipo reducido de personal que puede ser llamado cuando sea necesario fuera de las horas de trabajo. Un servicio curativo móvil que pasa, por ejemplo, cada quince días o una vez por mes por las comunidades o barrios, no tiene más sentido que una campaña de vacunación en el cual una segunda dosis no puede ser asegurada.

La noción de permanencia se opone a la noción de periodicidad: sin embargo, las actividades preventivas pueden organizarse de forma periódica a condición de que se mantenga la continuidad.

#### 4.10.4 POLIVALENCIA

Finalmente y sobre todo, el servicio debe ser **polivalente** para poder ofrecer una atención de las características definidas es decir global, continua e integrada. El servicio debe ser capaz de resolver todos los problemas presentados por la población ya sea en forma directa o haciendo la referencia a un nivel especializado. El rol de un

servicio de primer nivel es producir una síntesis de los problemas y las soluciones a ser aplicadas.

## **5. CONOCIMIENTOS Ó EXPERIENCIA PREVIA**

En 1978 se efectuó una encuesta para examinar las actitudes de poblaciones indígenas hacia los servicios de salud modernos y tradicionales, en zonas rurales de Ecuador. El estudio de población comprendió cuatro grupos de indígenas, dos de los Andes y dos de las regiones orientales de bosques de zona lluviosa. La encuesta abarcó 727 jefes de familia. Los resultados mostraron una marcada preferencia por los servicios de salud modernos y por la autoatención (incluyendo tratamientos caseros tradicionales); además mostraron una notable preferencia por “investigar el mercado” antes de decidirse por un tipo de atención de salud, así como un decidido fracaso de los servicios de salud existentes para satisfacer las expectativas de la gente. Entre otras cosas, el estudio mostró que los encuestados que vivían cerca de los servicios modernos estimaban más a los curanderos profesionales, mientras que quienes dependían de los curanderos profesionales estimaban más los servicios modernos.

En general las razones principales aducidas para no usar los servicios modernos de salud fueron la falta de accesibilidad cultural, geográfica y financiera. Esto implica que no sólo se necesitan tales servicios, sino que deben adaptarse específicamente al medio y a las condiciones culturales de las poblaciones atendidas. (Kroger Alex, 1978)

En base a experiencias locales exitosas ,de casi un cuarto de siglo, a nivel rural y urbano marginal (casos Modelo Área de Salud Guamaní, Área de Salud de Otavalo con el Jambi Huasi y Hospital Cantonal Otavalo, Red de Salud del Área Loreto Orellana, Centro de Salud Área Nabón Cuenca, Área de Salud Saquisilí Cotopaxi, Hospital Andino en Riobamba Chimborazo, entre las más relevantes) se ha organizado y está fortaleciendo el desarrollo de redes regionales y una red nacional de diversa complejidad, cuya misión tiene como objeto no sólo apoyar su consolidación, sino de desarrollar otras experiencias semejantes (hablamos potencialmente como meta nacional el desarrollo de 17 experiencias locales) mediante procesos intensivos de formación e intercambio de experiencias, reuniéndolas, por lo menos, cada dos meses, lo que en última instancia permitirá adecuar la oferta de servicios ganando en eficiencia, eficacia, calidad, calidez, accesibilidad geográfica, cultural y social centrados en el ámbito de la implementación del nuevo modelo de atención familiar y comunitaria que brinde prioritariamente atención pertinente y oportuna a una población servida inequitativamente por el antiguo modelo biomédico convencional, pues gran parte de ella se halla geográficamente dispersa, socialmente estratificada y culturalmente diferenciada. (Reflexiones de Calderón, en el libro del MSP: “Salud, Interculturalidad y Derechos: Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay. 2010)

Con el fin de mejorar la accesibilidad cultural, se analizarán varias experiencias desarrolladas en el Ecuador. Con el apoyo del Subproceso de normatización de Salud Intercultural se han implementado estrategias para recuperar los saberes ancestrales, mediante el desarrollo de redes de modelos interculturales.

La experiencia desarrollada por la Federación de Organizaciones de Nacionalidades Kichwas de Sucumbíos (FONAKIN), entre sus logros más importantes constan: la atención del embarazo y parto en coordinación con el personal de salud y un grupo de parteras, posterior a la construcción de una casa para la atención del parto en el Cantón Loreto, en donde las parteras cuentan con un espacio para la atención complementaria entre la medicina occidental y la medicina ancestral; producto de este acuerdo y trabajo conjunto se ha obtenido excelentes resultados como el incremento de las consultas prenatales, la captación de embarazadas por las parteras en las comunidades, que termina hasta la atención del parto en la casita culturalmente adecuada (Folleto de Red de Salud de Loreto, 2005).

En la provincia de Imbabura en la ciudad de Otavalo, fue implementado el Jambi Huasi que es la atención en salud alternativa por parte de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura (FICI), la misma que funciona en forma mixta ya que cuenta con la medicina indígena y occidental, donde el paciente es libre de escoger donde quiere ser atendido, en esta casa de salud como le dicen, tiene la presencia de parteras, donde se encargan del control del embarazo, atención de parto y encaderamiento (“volver a poner la madre en su sitio original”, es decir el útero) luego del parto. Se debe mencionar que las parteras están contratadas y remuneradas por el MSP. (Jambi Huasi Otavalo)

En los hospitales de San Luis de Otavalo y Andino Alternativo de Riobamba, se está desarrollando un modelo de atención intercultural en salud, integrando los conocimientos de la medicina occidental con la ancestral, con un enfoque intercultural, lo que ha creado un acercamiento de los servicios de salud a la población, ya que tienen la ventaja de escoger el tipo de atención sin ser criticados y mientras respetan sus costumbres. La particularidad de estos procesos fue que al comienzo estuvieron cuestionados y no tuvieron una buena aceptación por parte del personal de salud; pero trabajando con constancia e incorporando cambios a largo plazo, con una previa capacitación de los recursos humanos, en todos los niveles de atención, alcanzaron cambios actitudinales. (Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado del 2008 del MSP).

En la provincia de Pastaza se encuentran siete nacionalidades indígenas, lo que ha incidido en la necesidad de iniciar un proceso de la interculturalidad en los servicios de salud, con este propósito en el Hospital Provincial Puyo, se encuentra construida una infraestructura para la atención de partos con adaptación cultural, con el apoyo del ECORAE (Instituto para el Ecodesarrollo Regional Amazónico) ; además cuenta con la ayuda de un traductor multilingüe que domina los idiomas: Achuar, Shuar y Kichwa y también dispone de un albergue que es utilizado para la gente de la zona selvática con acceso aéreo, principalmente por los acompañantes de los pacientes que son atendidos en el Hospital, mientras concluyen su tratamiento para retornar a su lugar de procedencia (Hospital Provincial Puyo).

## 6. MODELO CONCEPTUAL

El uso de recursos locales para mejorar la accesibilidad cultural al Subcentro de Salud se centra en la *actividad humana*, que es la unidad mínima de ejecución con significado y que es el resultado de la acción de varias personas. Estas actividades se realizan para conseguir un objetivo usando una serie de herramientas, y todo ello, dentro de una comunidad que establece una serie de normas para regular su comportamiento, reglas y división del trabajo.

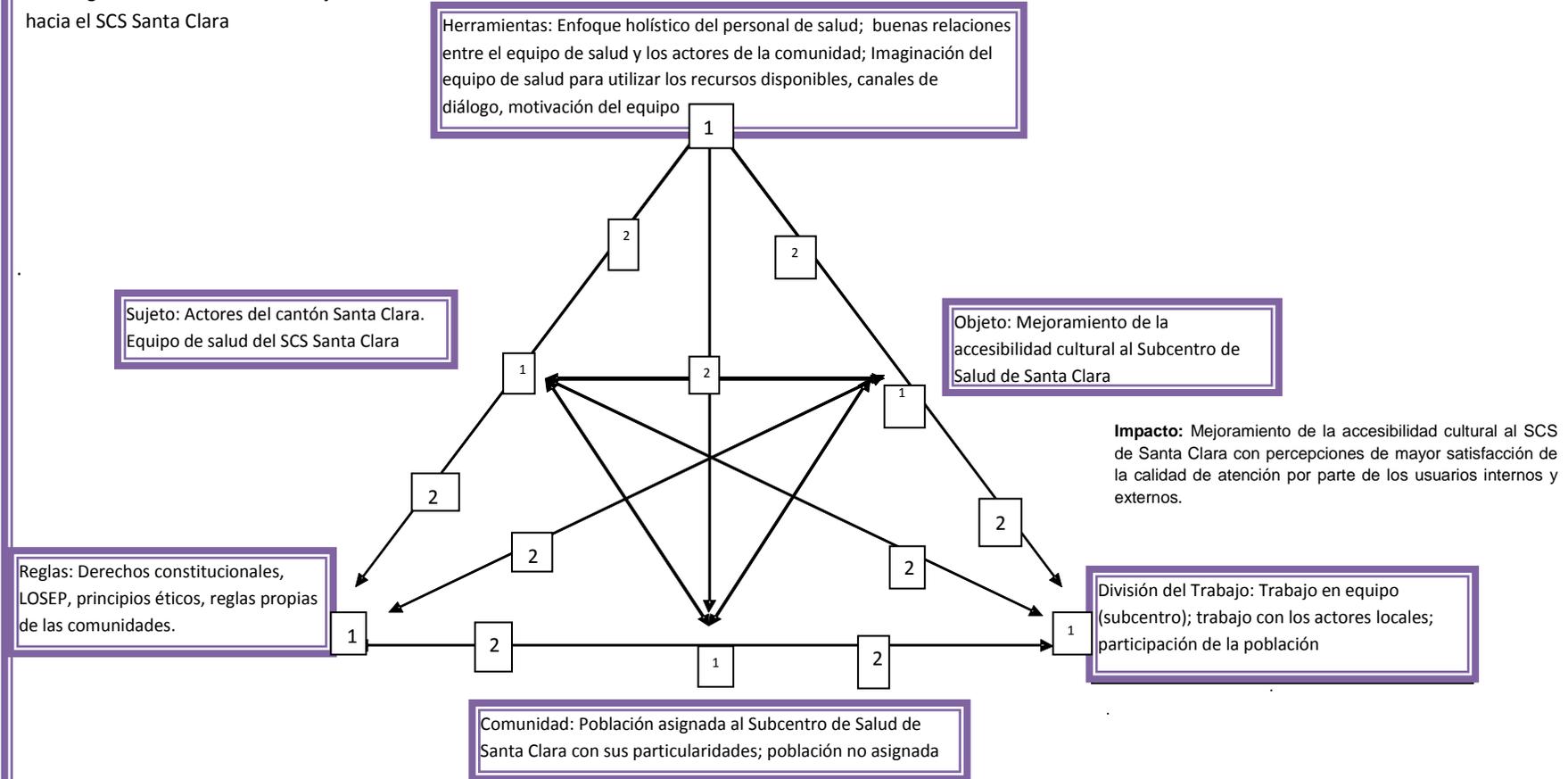
Esta teoría, que tiene sus raíces en el pensamiento soviético, se caracteriza por la importancia que concede al modelo sociocultural sobre el pensamiento individual. De hecho, esto puede ser aplicable a los entornos colaborativos, ya que hay unas normas que rigen el comportamiento del grupo (establecidas por la organización) y unos fines u objetivos comunes. Éste es el enfoque de la investigación.

Otra de las razones para elegir este modelo conceptual es que la Teoría de la Actividad humana sirve para “HACER Y APRENDER”, lo cual tiene una similitud irrefutable con la Investigación-Acción.

Para explicar el uso de los recursos, estrategias locales y conseguir el mejoramiento de la accesibilidad cultural al Subcentro de Salud de Santa Clara, se escogió el modelo del Activity Systems (Actividad Humana).Gráfico 3.

GRÁFICO 3. MODELO DE ACTIVIDAD HUMANA

La actividad humana que se analiza es el uso de los recursos y estrategias locales en busca de mejorar la accesibilidad cultural hacia el SCS Santa Clara



Los componentes del modelo de la Actividad Humana en este trabajo se detallan a continuación.

## **6.1 SUJETO**

Está conformado por el equipo de salud, involucrado en la planificación y puesta en marcha del trabajo conjunto de los actores locales. El equipo de salud está conformado por: 3 médicas generales, 2 enfermeras, 2 odontólogas, 1 obstetrix y 1 auxiliar de enfermería, que han dado cuidados al paciente desde el enfoque del modelo biomédico. Los actores locales están conformados por la Asociación Kichwa del cantón Santa Clara, Municipio, MIES, Departamento de Salud Intercultural del MSP Dirección Provincial de Salud de Pastaza (DPSP), Jefatura Política. El actor de mayor involucramiento es la Asociación Kichwa, además del Departamento de Interculturalidad de DPSP. Los presidentes y representantes comunitarios están incluidos en la Asociación Kichwa del Cantón.

## **6.2 OBJETO**

Es el mejoramiento de la accesibilidad cultural al Subcentro de Salud de Santa Clara, que tiene como meta la satisfacción del usuario externo en cuanto al servicio recibido y la disminución de la discriminación por parte del equipo de salud hacia el usuario externo, además de lograr una atención holística, con autonomía de los usuarios, promoviendo el intercambio de saberes y prácticas, oportuna, digna y eficiente. Para llegar a este objeto de estudio se trabajará en conjunto con los actores locales y el equipo de salud.

## **6.3 COMUNIDAD**

Conformada por dos grupos:

1. La población urbana y rural asignada a cada unidad operativa, constituye una cosmovisión propia para entender la vida, la salud y la enfermedad.
2. Población cercana al Subcentro de Salud de Santa Clara que no pertenece a las áreas de influencia.

## **6.4 HERRAMIENTAS**

Las buenas relaciones entre el equipo de salud y los actores locales, nos dan una herramienta para abarcar las diferentes necesidades de intervención de las enfermedades de acuerdo a la cosmovisión del paciente.

La formación del personal de salud y el gran nivel de apertura de la visión de los profesionales hacia el mejoramiento de la accesibilidad cultural, permite la necesidad de una capacitación continua.

La disposición por parte del personal de salud para tener un cambio actitudinal y conocimiento de las particularidades de la cosmovisión de los pacientes que acuden a la unidad operativa, para de esta manera cambiar el enfoque biologista por el holístico.

La imaginación del equipo de salud para realizar señalética que pueda ayudar al paciente como guía dentro del servicio de salud.

La disposición de la población Kichwa del cantón para realizar este intercambio de conocimientos y saberes.

## **6.5 REGLAS**

En el Ecuador el marco general del Estado está vigente a través de la constitución 2008, dentro de la cual está el Derecho a la Salud y la Gratuidad de la atención, además de las competencias de los gobiernos locales (infraestructura e implementación).

Hay que tomar en cuenta que el equipo de salud está regido por la nueva LOSEP, y las actividades a realizarse, horarios y arreglos internos deben estar en el marco de esta ley. Además se debe tomar en cuenta no sobrepasar a la autoridad nominadora y mantenerlos informados por escrito, aunque no intervengan en las actividades del cantón.

La siguiente regla es el marco ético: autonomía, equidad y solidaridad. La autonomía marca uno de los aspectos preponderantes en el mejoramiento de la atención de los pacientes.

Una regla importante es la que existe en las diferentes comunidades, es decir una cultural organizacional propia de la comunidad, ya sea esta kichwa, que debe ser tomada en cuenta a todo momento para no infligir estas “reglas tácitas” no escritas, además de sus principios éticos como son: reciprocidad, dualidad, complementariedad y paridad.

## **6.6 DIVISIÓN DEL TRABAJO**

Las entidades y asociaciones de la localidad son quienes facilitarán los medios de los que disponen.

El equipo de salud planificará las reuniones con las entidades, asociaciones y comunidades, además de planificar, monitorear y evaluar actividades dentro de la unidad operativa.

La población tiene un rol desde la mirada del equipo de salud: su nivel de participación está dado por la “asistencia” al servicio de salud, la aceptabilidad de las actividades programadas. Se considera también el papel de la población que desde la mirada del servicio de salud “espera que sea de participación activa en la organización y funcionamiento de los servicios de salud del primer nivel”. Se espera también que la población “facilite el dejarse conocer” para el trabajo del equipo de salud. Existe una brecha importante entre las expectativas de los equipos de salud respecto a la población y el personal que visita a las comunidades tienen un contacto más directo y se puede evidenciar la realidad de la comunidad. Estas sensibilidades se evidencian

en las profesionales del equipo de salud que más tiempo han trabajado en la unidad operativa.

## **6.2 IMPACTO**

Mejoramiento de la accesibilidad cultural al SCS de Santa Clara con percepciones de mayor satisfacción de la calidad de atención por parte de los usuarios internos y externos.

## **7. ALTERNATIVAS DE CAMBIO Y SU PRIORIZACIÓN**

- Creación de alternativas de atención para los pacientes que acuden al Subcentro de Salud de Santa Clara tomando en cuenta su cosmovisión.
- Generación de cambios dentro de la unidad operativa para que vaya acorde con las necesidades locales.

Estas alternativas de cambio se construyeron con la comunidad en una asamblea convocada por la Asociación Kichwa del cantón Santa Clara. Se describen las alternativas de cambio y el método de priorización de las mismas, seleccionando la que tuvo mayor puntaje. (Tabla 2)

**TABLA 2.  
ALTERNATIVAS DE CAMBIO Y SU PRIORIZACIÓN**

Alternativas de Cambio	Sostenibilidad	Aceptabilidad	Factibilidad	A. Política	Aplicabilidad	Urgencia	A. Ética	Total
Crear una maternidad para que trabajen las parteras	1	3	1	1	1	1	1	9
Cambios dentro de la unidad operativa para que vaya acorde con las necesidades locales	3	3	3	3	3	3	3	21
Construir un vivero con plantas medicinales	1	3	2	1	2	1	2	12
Crear una farmacia con productos naturales	2	2	1	1	1	1	2	10
Construir un centro de medicina ancestral	1	3	1	2	1	1	2	11
Creación de alternativas de atención según la cosmovisión del paciente	3	3	2	3	3	2	3	19

Fuente: Asamblea comunitaria 2010

Realizado por: Claudia Avila

## 8. HIPÓTESIS DE CAMBIO

Mediante el uso de recursos y estrategias locales se contribuirá a mejorar el acceso cultural al SCS Santa Clara, para promover cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas en el personal de salud y en la población, con la ayuda del intercambio de sabidurías entre la medicina occidental y la medicina ancestral, para contribuir a la disminución de la discriminación y a producir una mayor satisfacción de los usuarios con el servicio de salud.

## **9. OBJETIVOS DE ESTUDIO**

### **9.1 OBJETIVO GENERAL**

- Mejorar el acceso cultural al SCS Santa Clara mediante la ejecución de estrategias y la utilización de recursos locales que promuevan el intercambio de sabidurías entre la medicina occidental y la medicina ancestral, generando nuevos conocimientos, actitudes y prácticas en beneficio de la calidad de atención.

### **9.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Promover el diseño y la ejecución de estrategias locales que faciliten el intercambio de conocimientos entre la medicina ancestral y la medicina occidental.
- Facilitar la participación de los actores locales para el diseño de estrategias que promuevan el acceso cultural al SCS Santa Clara.
- Diseñar alternativas de intervención al interior del SCS Santa Clara que permitan a los usuarios escoger la que corresponda con su concepción cultural en combinación con la ofertada por la medicina occidental.
- Sensibilizar al personal de salud hacia el reconocimiento de otras sabidurías y de la cosmovisión de los usuarios que acuden al SCS Santa Clara

## 10. INSTRUCCIONES OPERATIVAS

**TABLA N° 3a**  
**INSTRUCCIONES OPERATIVAS**

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTOS
CREACIÓN DE ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN PARA LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SANTA CLARA, TOMANDO EN CUENTA SU COSMOVISIÓN	Consensuar con el equipo de salud y los agentes comunitarios, las alternativas que se ofertarán para la atención de embarazadas y mujeres en labor de parto. Ofrecer a la paciente embarazada las siguientes alternativas de elección: en dónde y con qué compañía desea el parto	Observación participante  De consenso: con los agentes comunitarios en talleres Aproximación a un grupo nominal de mujeres que asistieron a la consulta durante el período de investigación  Creativas	Para la observación participante: diario de campo de la maestrante, guía de observación  Para las de consenso: papelógrafos, memoria de los talleres.
	Formar una red de referencia y contrarreferencia entre el subcentro de salud y los agentes comunitarios	Revisión documental	Cuadernos de referencia y contrarreferencia del Equipo de Salud y Agentes Comunitarios
	Capacitar a los agentes comunitarios para reconocer los signos de alarma	Revisión documental Encuesta	Memorias del taller Guía de Encuesta
	Dar al paciente la oportunidad de opinar en el tratamiento para su patología	Encuesta	Guía de encuesta

Fuente: Asamblea Comunitaria 2010  
Realizado por. Claudia Avila

**TABLA N° 3b**  
**INSTRUCCIONES OPERATIVAS**

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTOS
GENERACIÓN DE CAMBIOS DENTRO DE LA UNIDAD OPERATIVA PARA QUE VAYA ACORDE CON LA REALIDAD LOCAL	Preguntar la causa aparente de la enfermedad de acuerdo a la cosmovisión del paciente.	Observación Directa. Revisión documental	Historias clínicas    Diario de campo
	Crear señalética e información en el idioma local.	Observación Directa	Diario de campo
	Reuniones con el equipo de salud de la unidad operativa y los representantes de salud intercultural de la DPSP para sensibilizar y producir cambios actitudinales del personal de salud y motivarlos a conocer y a respetar a otras culturas	Revisión documental. Encuesta	Diario de campo    Guía de encuesta

Fuente: Asamblea comunitaria 2010  
Realizado por: Claudia Avila

## **11. METODOLOGÍA**

Se realizó una Investigación acción la cual constituye un proceso continuo, donde se van dando los momentos de problematización, diagnóstico, diseño de una propuesta de cambio, aplicación de la propuesta y evaluación.

Características de la Investigación acción:

- Contexto situacional: diagnóstico de un problema en un contexto específico, para crear estrategias de cambio que intentarán resolver el problema.
- La esencia de la investigación acción es que sea participativa y el propósito es involucrar a todos los actores.
- Participativa: miembros del equipo toman parte en la mejora de la investigación, las modificaciones son evaluadas continuamente, siendo el último objetivo mejorar la práctica.
- Permite reflexionar sobre el proceso de investigación y acumular evidencia empírica desde diversas fuentes de datos, los hallazgos se aplican de forma inmediata.

### **I Fase**

Se realizó un diagnóstico situacional del Subcentro de Salud Santa Clara, cuyo propósito en primera instancia fue la identificación de problemas; que evidenció como uno de los problemas a la falta de accesibilidad cultural al servicio de salud y que finalmente fue escogido como problema a estudiar por parte de la comunidad. Se encontró además la falta de capacitación y sensibilización del equipo de salud, para reconocer las necesidades de abordaje al paciente tomando en cuenta su cosmovisión. Esta etapa se desarrolló durante el primer semestre del año 2010.

### **II Fase**

Se conforma un equipo de investigación integrado por la investigadora, el equipo de salud de SCS Santa Clara y la comunidad, con quienes se estableció la problemática de la accesibilidad cultural al SCS, para identificar y plantear las posibles alternativas de cambio. Se llevan a cabo reuniones con el personal de salud y los jefes comunitarios y la Asociación Kichwa del cantón. Se determinaron con el equipo las estrategias a desarrollarse luego de un análisis exhaustivo de la problemática identificada y la factibilidad de operativizar las estrategias planteadas. Esto se desarrolló durante el segundo semestre del año 2011.

### **III Fase**

Se socializa las estrategias de cambio y sus actividades en el mes de agosto del año 2011 durante una asamblea comunitaria, que coincidía con el cambio de autoridades de la Asociación Kichwa. En el mes de septiembre se instauran las estrategias de cambio para mejorar accesibilidad cultural al SCS Santa Clara.

Entre las estrategias definidas en las instrucciones operativas, se establecieron acciones con el equipo de salud. Se realizó al comienzo y al final de la intervención una encuesta para establecer el conocimiento y el nivel de sensibilización de los profesionales de salud, sobre la cosmovisión de los pacientes que acuden a la unidad operativa, así como a los agentes comunitarios para saber si son capaces de reconocer los signos de alarma de los pacientes que requieren de la intervención de la medicina occidental. También se realizó una encuesta a los pacientes para medir el nivel de satisfacción del servicio brindado, al final de la intervención.

Se observó el trato de atención al paciente y si el personal de salud daba alternativas de intervención según la cosmovisión del paciente. Igualmente se observó la señalética en ambos idiomas.

Se utilizó la técnica de revisión documental como técnica para el análisis de las historias clínicas y verificar si el personal de salud estaba escribiendo en la HCL el motivo de consulta y posibles causas de enfermedad de acuerdo a la cosmovisión del paciente; se revisó, además, la lista de asistencias a las capacitaciones de salud intercultural al personal de salud y a los “agentes comunitarios”. Se destinó un cuaderno para llevar el registro de los pacientes que vienen referidos por los “agentes comunitarios” y de aquellos que son referidos por el servicio de salud a los agentes comunitarios.

Se realizó una entrevista grupal con la técnica “grupo focal” ejecutada con los pacientes atendidos para conocer sus opiniones acerca de las estrategias implementadas. Esta actividad ejecutó la investigadora en el mes de noviembre, antes de finalizar las observaciones de la investigación.

## **11.1 ENFOQUE, MÉTODO Y TÉCNICAS DE ESTUDIO**

Este estudio utilizó la investigación cualitativa porque permite un acercamiento a las percepciones de la población y del equipo de salud en torno al tema investigado, además generó la interrelación de los actores participantes.

Se planificó un cronograma de reuniones y actividades en las que se utilizaron técnicas cualitativas como: las de consenso para definir las preguntas que se incorporarán durante la entrevista a los pacientes en el momento de la consulta y que permitan reconocer la cosmovisión de los usuarios con respecto a sus problemas de salud; para identificar los conocimientos del personal de salud sobre la cosmovisión de la población con respecto a sus problemas de salud; se aplicó una encuesta semi estructurada, tanto al inicio del proceso que sirvió como una línea de base y luego al final de las intervenciones ejecutadas. La información recolectada a través de este instrumento permitió determinar cuánto conoce y qué tan sensibilizado se encuentra frente al tema el personal de salud.

Con los agentes comunitarios se utilizaron técnicas de consenso para definir los signos de alarma que deben identificar y a través de los cuales pueden buscar ayuda inmediata y oportuna en un servicio de salud occidental.

## 11.2 UNIVERSO

Todos los pobladores de las áreas de influencia del Subcentro de Salud de Santa Clara

## 11.3 MUESTRA

Los pacientes que acuden al Subcentro de Salud de Santa Clara, durante los días de observación y aplicación de instrumentos de investigación. Durante los meses de septiembre (24 de septiembre), octubre (8 y 22 de octubre) y noviembre (19 de noviembre)

## 11.4 VALIDEZ Y REPRODUCTIBILIDAD DEL ESTUDIO

Los hallazgos de esta investigación pueden servir como aproximaciones a una realidad concreta de la que otro contexto pueda enriquecerse. Esto lo determina el lector después de conocer el contexto donde se desarrolló este trabajo.

Todo lo mencionado anteriormente permitió garantizar “el rigor” con el que fue desarrollado el proceso investigativo y el manejo de sus criterios credibilidad, aplicabilidad y consistencia.<sup>8</sup>

## 12. RESULTADOS

### 12.1 RESULTADOS DE LA EVALUACION OPERATIVA

En la evaluación operativa de acuerdo a la metodología de investigación acción, se refiere al cumplimiento de las instrucciones operativas. Con este propósito se analiza el cumplimiento de las actividades realizadas en cada una de las estrategias implementadas.

---

<sup>8</sup> “Credibilidad: hace referencia a la veracidad de los resultados de la investigación, en el sentido de si existe un consensocomunicativo entre los implicados. Es decir, en qué medida el estudio refleja y capta el universo de los significados de los investigados. ¿Podemos asegurar que los hallazgos reflejan los significados de los participantes en el estudio”. Fernández, M. (2003).

“Aplicabilidad: remite al grado en que los resultados pueden ser aplicados a otros contextos. En este sentido, la explicación detallada de la investigación y la explicitación minuciosa de la muestra permiten transferir los resultados a otras poblaciones y contextos valorando similitudes y diferencias con el contexto estudiado”. Fernández, M. (2003).

“Consistencia o auditabilidad: concepto ligado a la estabilidad de los datos. El paradigma cualitativo niega la repetibilidad exacta de un estudio y afirma que cada contexto es único e irrepetible y que la realidad social está en continuo cambio”. Fernández, M. (2003).

**TABLA. 4a**  
**COMPARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y REALIZADAS CON**  
**LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION OPERATIVA DE LAS ESTRATEGIAS Y**  
**ACTIVIDADES EJECUTADAS**

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PROGRAMADOS	REALIZADOS Y RESULTADOS
CREACIÓN DE ALTERNATIVAS DE ATENCIÓN PARA LOS PACIENTES QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE SANTA CLARA, TOMANDO EN CUENTA SU COSMOVISIÓN	Ofrecer a la paciente embarazada alternativas de elección de: en dónde y con qué compañía desea el parto	14 mujeres embarazadas que tenían fechas de parto durante el periodo de intervención	Se ofreció esta alternativa a 8 (57%) pacientes que estaban cerca (2 siguientes meses) de dar a luz de un total de 14 pacientes en las mismas condiciones.
	Formar una red de referencia y contrarreferencia entre el subcentro de salud y los agentes comunitarios	El número de pacientes que desee este servicio.	Se realizaron 3 referencias desde los agentes comunitarios hacia el SCS y 17 referencias desde el SCS hacia los agentes comunitarios.
	Capacitar a los agentes comunitarios para reconocer los signos de alarma	4 talleres 100% de asistencia	Se realizaron 3 talleres con una media del 80% de asistencia.
	Dar al paciente la oportunidad de que de sus opiniones en el tratamiento para su patología	100% de pacientes kichwas que acudan a la unidad	De 50 pacientes a quienes se les realizó la encuesta solo a 1 paciente se le dió esta oportunidad

Fuente: Planificación de la evaluación operativa  
Realizada por: Claudia Avila

**TABLA. 4b**  
**COMPARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y REALIZADAS CON**  
**LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION OPERATIVA DE LAS ESTRATEGIAS Y**  
**ACTIVIDADES EJECUTADAS**

ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	PROGRAMADOS	REALIZADOS Y RESULTADOS
GENERACIÓN DE CAMBIOS DENTRO DE LA UNIDAD OPERATIVA PARA QUE VAYA ACORDE CON LA REALIDAD LOCAL	Preguntar la causa aparente de la enfermedad de acuerdo a la cosmovisión del paciente.	100% de pacientes kichwas que acudan al servicio de salud	Se preguntó al 85.7%. Solo lo hicieron las enfermeras y la obstetrix. No hubo ningún registro de esto en las historias clínicas.
	Crear señalética e información en el idioma local.	100% de letreros	100% de señalética estaba en dos idiomas: español y kichwa.
	Reuniones con el equipo de salud de la unidad operativa y los representantes de salud intercultural de la DPSP para sensibilizar y producir cambios actitudinales del personal de salud y motivarlos a conocer y a respetar a otras culturas	4 reuniones 100% de asistencia	3 reuniones, tipo taller y conversatorio, con una media de asistencia del 89%.

Fuente: Planificación de la evaluación operativa  
Realizado por: Claudia Avila

## 12.2 RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA

Durante esta investigación se ha involucrado a la comunidad Kichwa del Cantón Santa Clara en el desarrollo de casi todas las fases de intervención de la investigación.

El mejoramiento de la accesibilidad cultural utilizando los recursos y estrategias locales se dieron con los siguientes pasos:

1. Identificación del problema a ser investigado.
2. Construcción de estrategias locales con la comunidad.
3. Identificación de recursos locales con los que cuenta la comunidad.
4. Implementación de las estrategias que ayudaron a operativizar el cambio.
5. Sistematización de los datos y de la experiencia
6. Evaluación.

El único paso en el cual la comunidad no estuvo involucrada, directamente, es la evaluación. Todos los escalones que se han seguido para lograr los objetivos y finalmente validar la hipótesis, se describen a continuación.

### 12.2.1 RESULTADOS DE ENCUESTA AL PERSONAL DE SALUD.

Se realizaron dos encuestas al personal de salud del SCS Santa Clara, el que estuvo conformado por 3 médicas, 2 odontólogas, 1 obstetriz, 2 enfermeras, 1 auxiliar de enfermería, en su totalidad de género femenino. La primera para cumplir con un diagnóstico de base. La segunda que se convirtió en un indicador de salida para evidenciar los elementos incorporados por el personal de salud después del proceso vivido. Estas encuestas procuraron recoger los conocimientos del personal de salud sobre la cosmovisión de la comunidad kichwa.

En la encuesta posterior al proceso de investigación, se preguntó que es la salud, según la cosmovisión kichwa, concepto que ya se había aprendido en uno de los talleres con el grupo de Salud Intercultural, el 44% (4) del personal de salud acertó con la respuesta a esta pregunta, y el 56% (5) se acercó a esta respuesta, cuando al comienzo de esta investigación el 0% del personal no conocía este concepto. En la pregunta de “motivos aparentes” por los que se da la enfermedad, el 44% del personal de salud ha realizado esta pregunta a los pacientes y el 56% del personal no lo ha hecho, la particularidad de esto es que las personas que preguntaban esto eran las enfermeras y la obstetriz, lo que se evidenció con observación directa. En la última pregunta de la encuesta se les volvió a preguntar si han expresado algún tipo de rechazo al paciente kichwa, durante el periodo de intervención, el 78% (7) del personal dijo que **NO** y el 22% (2), dijo que si, el personal que respondió **si** eran: 1 una médico rural y 1 odontóloga.

La diferencia de los resultados del antes y los resultados del después de la intervención es positiva, dado que al comienzo de la intervención no existía el conocimiento, la curiosidad y la sensibilidad de que existen personas con otro tipo de

cosmovisión y que día a día se están poniendo en otras manos para que les ayuden a solucionar sus problemas de salud. Estos cambios actitudinales deben ser sostenidos en el tiempo con este tipo de “catarsis” entre el equipo de salud que se dió durante los talleres de sensibilización. Esto se logró con un socio drama en donde los miembros del equipo cambiaban los roles que tenían dentro del subcentro. Al realizar esto, el personal de salud y la investigadora se dieron cuenta de que en cierta manera la discriminación y el “mal trato” no solo se da desde el personal de salud hacia el paciente, sino también desde el paciente hacia el personal de salud y entre los prestadores de salud tradicionales y occidentales.

El personal de salud que más entusiasmo expresó durante la intervención fue el de enfermería, es decir 2 enfermeras y 1 auxiliar de enfermería, así como también la obstetriz. En este punto se debe señalar que 4 de las 5 personas son de contrato y han trabajado por más de 3 años en la unidad operativa y tienen un lazo más fuerte con la comunidad. Por otro lado hay que recalcar que el personal de enfermería está entrenado y convencido de que el cuidado directo del paciente está a cargo de ellas y es por eso que sienten esa responsabilidad de mejorar su actitud con el usuario externo que tiene una cosmovisión diferente a la propia.

### **12.2.2 RESULTADOS DE ENCUESTA A LOS AGENTES COMUNITARIOS**

Al principio del proceso la intervención se realizó una encuesta a los agentes comunitarios para conocer el nivel de información que tenían acerca del reconocimiento de signos de alarma que el paciente presenta y por este motivo deba ser referido al subcentro de salud. Se trabajó durante la intervención con 5 agentes comunitarios reconocidos por la Asociación Kichwa del Cantón Santa Clara que tienen las siguientes características: 2 (40%) mujeres y 3 (60%) hombres, de los cuales son: 2 chamanes, 1 fregador y 2 parteras. Todos con edades que oscilan entre los 45 y 66 años de edad. El nivel de escolaridad de los agentes comunitarios es: 2 primaria incompleta, 1 primaria completa y 2 son analfabetos.

Las preguntas que se realizaron a cada agente comunitario estaban divididas en 2 categorías: generales y de acuerdo a su habilidad o específicas; éstas nacieron de las enfermedades prevalentes en el cantón como son: neumonías, diarreas, riesgo obstétrico y fracturas.

En las preguntas generales, como reconocimiento de signos de alarma de deshidratación grave y alza térmica no controlada, ningún agente comunitario respondió que debía referir a una unidad operativa de medicina occidental.

En cuanto a las preguntas específicas para los agentes comunitarios como son: reconocimiento de signos de alarma de abdomen agudo y dificultad respiratoria infantil, respondieron que en el primer caso enviaban a la unidad operativa, en cuanto al segundo caso, ninguno referiría al subcentro de salud.

Al fregador se le preguntó sobre los signos de alarma de una fractura eminente pero cerrada, y no escogió la opción de enviar a la unidad operativa.

En cuanto a las preguntas específicas a las parteras como son el reconocimiento de los signos de alarma de: sangrado vaginal durante el embarazo, signos de pre eclampsia, feto en posición podálica y abolición de movimientos fetales, ninguna de las parteras escogió la opción de referir al subcentro de salud, apenas una partera en el última caso enviaba a la unidad operativa.

Después del taller de construcción de consensos sobre signos de alarma identificados por representantes de la medicina ancestral para buscar ayuda oportuna y referir al servicio de salud de medicina occidental, se evidenciaron los siguientes cambios al aplicar nuevamente el cuestionario:

En las preguntas generales, como reconocimiento de signos de alarma de deshidratación grave y alza térmica no controlada, los 5 agentes comunitarios contestaron que deben referir al Subcentro de Salud al niño con signos de deshidratación grave, pero en cuanto a la pregunta de alza térmica no controlada, apenas un agente comunitario contestó que haría la referencia, eso quiere decir que los otros cuatro manejarían al paciente por sí mismos.

En cuanto a las preguntas específicas para los chamanes como reconocimiento de signos de alarma de abdomen agudo y dificultad respiratoria infantil, los 2 chamanes respondieron que los pacientes requieren referencia al servicio de salud occidental.

Al fregador se le preguntó sobre los signos de alarma de una fractura eminente pero cerrada, y escogió la opción de enviar a la unidad operativa.

En cuanto a las preguntas específicas a las parteras como son el reconocimiento de los signos de alarma de: sangrado vaginal durante el embarazo, signos de pre eclampsia, feto en posición podálica y abolición de movimientos fetales, ambas parteras respondieron que referirían a las pacientes al subcentro de salud en todos los casos excepto en el caso del feto en posición podálica.

El cambio entre el antes y el después es notorio. Los agentes comunitarios son capaces de reconocer los signos de alarma de las enfermedades prevalentes de la región.

Las encuestas realizadas a los agentes comunitarios fueron hechas por mujeres que pertenecen a la Asociación de Kichwas del cantón Santa Clara, ya que el agente comunitario se sentía más a gusto cuando la encuesta se daba en kichwa. Es por este motivo que durante las capacitaciones que se dieron a los agentes comunitarios hubo la presencia de varias mujeres de la asociación kichwa que estaban sentadas entre los agentes comunitarios y junto a la investigadora, para que haya la traducción pertinente cuando los agentes cambiaban el idioma y esto se daba cuando tenían opiniones de lo que estábamos hablando y compartían con el equipo de salud lo que ellos hacen en los casos que se exponían en las capacitaciones.

Las personas que estaban a cargo de la capacitación a los agentes comunitarios, eran los propios integrantes del equipo de salud, para intercambiar conocimientos y fortalecer la camaradería entre los prestadores de salud.

Estas capacitaciones tuvieron dos propósitos: el primero, intercambiar conocimientos y el segundo era dar a conocer al agente comunitario los signos de alarma de los pacientes que deben ser referidos al Subcentro de Salud. El primer propósito fue cumplido a medias, los agentes comunitarios tienen mucho celo en cuanto a sus conocimientos ancestrales, de hecho uno de ellos manifestó durante una capacitación lo siguiente: "...nos quieren robar lo que sabemos, para que luego la gente ya no vaya donde nosotros...". Este comentario se hizo en kichwa y la traductora estuvo renuente a traducirlo, pero lo hizo después de la reunión porque ese era el objetivo de la presencia de los traductores, pero solo lo dijo a la investigadora. El segundo propósito era que con estos conocimientos se comience el "sistema" de referencia y contrareferencia entre los agentes comunitarios y el servicio de salud de medicina occidental.

## **12.2.3 RESULTADOS DE OBSERVACIÓN DIRECTA**

### **12.2.3.1 TRATO AL PACIENTE**

Se realizaron 4 días de observación directa al equipo de salud del Subcentro de Santa Clara, para observar los cambios de actitud en el personal de salud y la reacción de los pacientes ante este cambio

Durante los días de observación se atendieron a un total de 28 pacientes de nacionalidad kichwa de los cuales se preguntó a 24 pacientes el motivo de consulta y si deseaban ir al agente comunitario. El personal de enfermería era quién preguntaba y daban las alternativas terapéuticas.

En varias observaciones se anotó las diferentes reacciones de los pacientes al tener estas alternativas en el Subcentro de Salud. Entre las respuestas más relevantes encontramos:

#### **OBSERVACIÓN 1:**

Enfermera: *¿Antes de venir al subcentro ya les hizo limpiar a los niños? ¿Desea que le enviemos, después de la consulta, a donde el chamán?*

Observadora: ...madre dice algo en kichwa se veía un poco molesta y sorprendida. No responde se queda en silencio.

#### **OBSERVACIÓN 2:**

Enfermera: *¿Cuál es la molestia del señor?*

Paciente: *¿Dolor de cuerpo por falta de vitamina?*

Enfermera: *¿Después de la consulta con la doctora les gustaría ver al chamán?*

Paciente: el señor regresa a ver a su esposa con cara de sorpresa y responde: “...la falta de vitamina no arregla el chaman...el subcentro tiene que ponerme un suero de vitaminas”

#### OBSERVACIÓN 3:

Enfermera: *¿Qué le pasó al wawa?*

Paciente: *“Tiene vómito y diarrea desde antes de ayer”*

Enfermera: *Si quiere podemos enviar al chaman para que limpie al wawa*

Paciente: molesta y tomando nuevamente a su hijo en brazos responde: *¿no hay doctor?*

Enfermera: *Si está la doctora, pero podemos enviarle al chaman después de que la doctora le vea.*

Observadora: paciente con una sonrisa nerviosa más que irónica responde: *“si tuviera plata me hubiera ido primero al chamán...como no tengo plata vengo a subcentro para que me den jarabes...seguro que son bichos o infección de la barriga!”*

#### OBSERVACIÓN 4:

Enfermera: *¿En qué le ayudamos a la señora?*

Paciente: *“Estamos con granos”*

Enfermera: *“¿Por qué cree que salieron los granos?”*

Paciente: *“por la posa de agua en la que lavamos la ropa...esta sucia”*

Enfermera: *“¿Ya se lavaron con agua de churuyuyo? (planta con características antibiótica)”*

Paciente: *“no...eso no necesitamos...una inyección de pinicilina hace que el grano se seque rapidito”*

Estos son solo unos ejemplos de las observaciones que se realizaron. En la mayoría de ellas el paciente se siente “perturbado”, a veces enojado, pero en ese momento no expresa lo que verdaderamente siente o piensa.

El personal de enfermería siempre mostró mucha empatía durante las observaciones, con una dosis gigante de paciencia ante las respuestas y las reacciones del paciente. Se debe anotar que muchas de las respuestas de los pacientes no eran amables. En una de las observaciones una paciente le respondió a la enfermera: *“...tienes que atenderme que para eso te pagan...o solo vienes a pasar sentada y engordando”*, ante esta respuesta la enfermera no respondió, pero se podía ver su expresión de molestia. Cuando sucedió este evento el personal de enfermería expresó que no era la primera vez, ni la única, en la que oían groserías por parte de los pacientes.

Se observó que se daban alternativas terapéuticas y que había un cambio de actitud del personal de salud con los pacientes de la nacionalidad indígena kichwa, además que se empezó a hablar en el idioma de las propiedades de las hierbas que son más usadas en la región: principalmente en el personal de enfermería y la obstetriz.

## 12.3.4 RESULTADOS DE REVISIÓN DOCUMENTAL

### 12.3.4.1 REGISTRO EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS

No se encontró ningún registro en las historias clínicas, al respecto de colocar el motivo de consulta según la cosmovisión del paciente kichwa.

Aparentemente las médicos en la consulta tienen tiempos limitados para atender a los pacientes y según una de las médicas rurales del SCS de Santa Clara: "...en las consultas los pacientes quieren ser atendidos rápidamente, sin rodeos y directo al punto...si se les pregunta algo más se molestan, siempre están de apuro!"

### 12.3.4.2 CUADERNO DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS (SUBCENTRO DE SALUD Y AGENTES COMUNITARIOS)

Se elaboraron 2 cuadernos de referencias y contrarreferencias, uno para los registros del Subcentro de Salud y otros para el registro de los agentes comunitarios, 1 para cada uno.

Los datos encontrados en los cuadernos se describen a continuación.(Tabla 5)

**TABLA 5.**  
**RESULTADOS DE REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS ENTRE EL SUBCENTRO DE SALUD DE SANTA CLARA Y LOS AGENTES COMUNITARIOS (SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE 2011)**

SERVICIO	N° REFERENCIAS REALIZADAS	N° REFERENCIAS EFECTIVAS	N° CONTRAREFERENCIAS
AGENTES COMUNITARIOS	3	3	3
SUBCENTRO DE SALUD STA. CLARA	17	1	1
TOTAL	20	4	4

Fuente: Cuadernos de referencia y contrarreferencia del Subcentro de Salud y los Agentes Comunitarios.

Realizado por: Claudia Avila

Como se puede observar se realizaron 3 referencias desde el Subcentro de Salud hacia los agentes comunitarios, pero no porque no hayan habido más pacientes para referir. El personal del servicio de salud anotaba además si deseaban ser referidos a un agente comunitario de la localidad. Se preguntó a 68 pacientes si querían ser referidos del subcentro al agente comunitario de los cuales 17 dijeron que sí y uno llegó a su destino. La principal causa por la que no acudían al chamán era falta de dinero y como un paciente expresó: "el chaman no fía... y no hay plata".

En cuanto al número de referidos por el agente comunitario al subcentro de salud fueron 3, los tres fueron de los chamanes, no hubo referencias de las parteras, como tampoco del fregador.

A pesar de que las cifras no son alentadoras, se debe valorar el hecho de que la implementación de esta actividad se dio, aunque con sus particularidades como el acceso económico hacia el agente comunitario.

### **12.3.5 RESULTADOS DE ENCUESTA PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS CON LA CALIDAD DE ATENCIÓN OFERTADA POR EL SCS SANTA CLARA: INDICADOR DE SALIDA**

Se realizó una encuesta a 50 pacientes que acudieron al Subcentro de Salud de Santa Clara. El principal motivo para realizar esta encuesta fue el medir el grado de satisfacción del usuario externo con respecto al servicio brindado durante la fase de implementación de cambio.

Las características de los pacientes a quienes se les aplicó la encuesta se pueden observar en la Tabla 6.

**TABLA 6.**

#### **CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS A QUIENES SE LES APLICÓ LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SCS SANTA CLARA EN EL PERÍODO EN LOS MESES SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL 2011**

Sexo		Etnia		Edad en años					
M	F	Indígena	Mestizo	10 – 19	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	60 y más
18	32	45	5	8	13	12	7	3	7

Realizado por: Claudia Avila

Fuente: Encuesta final de intervención

La encuesta final constó de 10 preguntas, con las opciones de respuesta si - no y porque. (Tabla 7)

**TABLA 7.**

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON LA ATENCIÓN RECIBIDA EN EL SCS SANTA CLARA EN LOS MESES DE SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL 2011**

PREGUNTAS	SI	NO	PORQUE	OBSERVACIONES
¿Está satisfecho/a por el servicio recibido?	33	17	>TIEMPO	<i>"No hubo turnos para toda la familia..." como se demoran!..."si tuviera dinero me iría a otro lado" " porque preguntan eso?...si tuviera dinero me iría al chamán"</i>
¿Cómo le parece la organización del subcentro en general?	47	3		Buena es si y mala es no.
¿Confía en la asistencia que le dieron?	38	12		
¿Se le trató con respeto durante su visita al subcentro?	47	3	DEMORA	
¿Le parece bien que le hayan preguntado de las posibles causas de su enfermedad según sus creencias?	17	33		19 de los de motivo de consulta dijeron no...porque no, <i>"ni la monjita preguntaba esas cosas"</i>
¿Le parece bien que se le refiera al chaman cuando su caso lo requiere?	9	41		<i>"No porque no tenemos dinero, además no hay chamanes en donde yo vivo..." si venimos es porque la medicina es gratis..."</i>
¿El profesional que le atendió fue amable con usted?	45	5		<i>" Más lo que pregunta para mandar un solo jarabe"; " intentan ser amables...pero no entienden lo que quiero"</i>
¿La información que le han dado se entendió bien?	47	3		<i>" No me acuerdo todo lo que me dijeron"; " me dijeron muy rápido"</i>
¿Le agrada que le prescriban tratamientos u opciones de manejo con medicina tradicional?	47	3		<i>"Si me dicen que vaya al chaman es porque no quieren atender"</i>
¿Recibió algún tipo de rechazo por sugerir ir al chaman o algún tipo de tratamiento de medicina ancestral?			50	

Fuente: Encuesta final de intervención

Realizado por: Claudia Avila

Al hacer una aproximación a la percepción de los usuarios sobre la calidad de atención se obtuvieron los siguientes resultados: el 66% de pacientes que acudieron al servicio de salud de Santa Clara, se sintió satisfecho con el servicio brindado y el 34% no se sintió satisfecho por motivos de extensión de tiempos, principalmente.

La mayoría de pacientes a quienes se les aplicaba la encuesta no expresaban el porqué de sus respuestas. No se sabe si esto se deba a que tenían miedo de sufrir

una represalia en el futuro, a pesar de que la encuesta fue realizada por mujeres de la comunidad.

A pesar de haber construido las estrategias y actividades con la comunidad, la encuesta nos indica que al 82% de los pacientes no les parece el ser referidos a los agentes comunitarios y en cierta manera ellos lo sienten como un tipo de rechazo por parte del personal de salud o algo peor, una burla.

Ningún paciente sintió algún tipo de rechazo por parte del personal de salud y el 90% de pacientes refirió haber sido atendido con amabilidad en el Subcentro de Salud.

### **12.3.6 RESULTADOS DE GRUPO FOCAL**

El objetivo del grupo focal fue conocer las percepciones de los cambios ofertados en el Subcentro de Salud de Santa Clara. Se contó con la presencia de siete personas; las características de inclusión fueron haber recibido una atención y haber tenido la opción de escoger alternativas terapéuticas (medicina occidental y medicina tradicional).

Sobre la percepción de los cambios ofertados por parte del personal de salud, el 29% de pacientes manifiestan que se ponen alegres y que les gustan estas opciones. El 71% de pacientes concordó y manifestó que a veces sienten que les dan esas opciones porque el personal del Subcentro de Salud no quiere atenderles.

Al referirse a las referencias a los agentes comunitarios se encontró que el 100% de pacientes manifestaba que eso era una buena idea, pero que el agente comunitario siempre cobra y cobra dependiendo de la patología y lo mínimo del pago es de 10 dólares.

Sobre el cambio actitudinal del equipo de salud del subcentro, el 57% de pacientes manifiesta que sí han cambiado de actitud, son más amables, hablan de los montes con los que se puede tomar la pastilla y eso es bueno. Pero el 33% de pacientes manifestaron que el subcentro de salud es de doctores y ellos solo tienen que hablar de jarabes, inyecciones, pastillas y operaciones...ellos no son chamanes.

Sobre la construcción de estrategias y actividades con la comunidad. Los pacientes manifestaron que "*ese paso está bueno*", pero que no todos acuden a las asambleas comunitarias porque las realizan en domingo y se demoran mucho. Además los presidentes y jefes de las comunidades siempre son los de las mismas familias y que deberían llamar a todos.

Sobre el mejoramiento a acceder (culturalmente) al Subcentro de Salud manifestaron que como era el único subcentro que trabaja todos los días de la semana de ley tienen que ir allá todos los que necesitan, sea quien sea.

Una de las pacientes en este punto manifestó que deberían contratar a los chamanes para que atiendan en las casas, así como hacen las del subcentro cuando hay un enfermo que no puede levantarse, pero quién debería pagar es el MSP.

Existe una percepción mucho más clara de los puentes de mejoramiento de accesibilidad cultural en un servicio de salud que oferta el servicio de medicina occidental. El principal obstáculo que hubo en este plan de intervención es el factor económico para acudir al agente comunitario. Un logro obtenido en este proceso es una aproximación al cambio actitudinal del equipo de salud, esa mejora de la empatía y el intercambio de conocimientos y sabidurías que se dieron entre la medicina occidental y la medicina tradicional.

En cuanto a la utilización de las estrategias y recursos locales, en este grupo focal se evidenció que la inconformidad está siempre presente, ningún líder puede tomar la decisión sin tener un consenso FIRMADO por todos los involucrados, porque si quedaron fuera de la toma de decisiones siempre van a encontrar los errores y no van a poder ver los aciertos. Por otro lado, muchas de las personas que no acuden a estas asambleas no asisten por su propia iniciativa o su propia decisión ó porque ya les dejó de importar la “unidad comunitaria” y están viviendo la época del individualismo.

### **13. DISCUSIÓN**

El Ecuador es un país diverso, tanto en el ámbito de recursos naturales como en el plano cultural, se declaró estado plurinacional e intercultural en la nueva constitución del 2008. Esto es un reconocimiento importante para las diferentes culturas del Ecuador, pero también es un proceso completamente nuevo al ser reconocido y legitimizado abiertamente. No ajenos a este proceso, el sector salud no podía quedarse atrás, tanto así, que en la Ley Orgánica de Salud (LOS) se contempla el establecer políticas para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina ancestral, así como la investigación para su buena práctica.

El Ministerio de Salud Pública para apegarse a la legislación nacional, elaboró un modelo de atención familiar, comunitaria e intercultural, siendo parte de la estrategia de atención primaria de salud renovada, en donde se hace referencia a que los equipos básicos de atención deben reconocer en su trabajo la existencia de sistemas comunitarios de salud. Sin embargo se debe enfatizar que no se debe limitar a reconocer la existencia de estos sistemas de salud, sino articular actividades que integren a todos los prestadores de servicios de salud de una población.

Para realizar investigaciones, como se menciona en la LOS, posiblemente se deba institucionalizar las sabidurías, es decir ponerlas debajo del microscopio para examinarlas, protocolizarlas y finalmente replicarlas o como dice la LOS: “para su buena práctica”. ¿Cómo podemos definir la buena práctica? Al utilizar el principio de no hacer más daño del que está hecho y respetando el principio de autonomía que tiene cada ciudadano.

El momento de institucionalizar a la medicina tradicional, se la está sacando de su entorno y debemos recordar que parte del concepto salud-enfermedad es la armonía, el equilibrio entre el ser y la naturaleza, es por este motivo que en este proceso de abducción o en el intento de “occidentalizar” las prácticas y confinarlas a realizarlas en un lugar donde puedan ser supervisadas y monitorizadas, corremos el riesgo de perder la legitimidad de estas sabidurías ancestrales. Es por este motivo que durante el planteamiento de este estudio no se intentó envolver a las dos sabidurías en el mismo espacio.

El objetivo de este estudio fue mejorar la accesibilidad cultural utilizando las estrategias y los recursos locales; se toma en cuenta los elementos que Almícar Albán contempla para que exista el acceso cultural a los servicios de salud, se podría afirmar que para que un servicio sea accesible culturalmente se requiere de personal, instalaciones, conocimientos, creencias, que se estructuran y modelan para dar cuidado y tratamiento para las enfermedades. Al considerar los resultados de la investigación y los recursos locales utilizados, se puede afirmar que se realizó una aproximación a mejorar el acceso cultural al servicio de salud occidental. Esta investigación se puede tomar en cuenta como el primer paso para conseguir la tan ansiada accesibilidad al Subcentro de Salud, pero el objetivo real es que el primer nivel de atención de salud se convierta en un espacio de concertación para dar las opciones o alternativas de intervenciones terapéuticas y llegar a la complementariedad entre los sistemas de salud tradicional y occidental.

La coexistencia de prácticas de salud nos permite entender el contexto de pluralismo médico que existe en América Latina, resultado de los procesos de conquista, colonización y contacto que se han producido en esta región. En la práctica, lo que existe es un *continuum* de representaciones y actividades de los dos sistemas y la gran mayoría de las personas consultan tanto la medicina oficial como la medicina indígena, popular e incluso otras alternativas (Citarella y otros, 1995, Oyarce, 2008).

Hay que considerar, además, la medicina casera practicada al interior de los hogares. Todo lo anterior conforma un escenario complejo de múltiples prácticas terapéuticas en América Latina, que representa un desafío, tanto en términos de la interpretación de la información disponible, como de su utilización en la implementación de los modelos de salud complementaria o integrales interculturales (Oyarce y Del Popolo, 2008). No se debe poner sobre una pista a competir cuál es la mejor práctica terapéutica, cada sistema de medicina tiene su propia sabiduría y no se puede hablar de diferencias: sino más bien de complementariedad.

Durante este estudio se evidenció la regularización de la autonomía limitada por el factor económico. Siendo así, que los cambios dados en la unidad operativa para mejorar la accesibilidad cultural, en cierta manera la mejoraron, pero también se reveló que el paciente kichwa acude al Subcentro de Salud porque es su única opción gratuita de atención pero no es la primera con la que les gustaría resolver su problema de salud. Esto hace pensar que la ponencia de la constitución sigue siendo poética y requiere de un proceso complejo para ponerla en práctica en el contexto local.

En este estudio uno de los objetivos fue el de facilitar la participación de los actores locales para el diseño de estrategias que promuevan el acceso cultural al Subcentro de Salud de Santa Clara, de esta manera se utilizarían los recursos con los que cuenta la localidad. Durante toda la investigación se contó con la presencia de representantes de la comunidad pertenecientes a la nacionalidad kichwa, siendo, en cierta manera, parte de los recursos locales del cantón. Esta participación se dio desde la ponderación de los problemas de salud identificados en el diagnóstico situacional, hasta la recolección de datos.

Cabe mencionar que parte de los recursos locales que se utilizaron en esta investigación fueron: negociación, socialización, apertura a las alternativas por parte del personal de salud y de la asociación kichwa. Se los menciona como recursos porque fueron los medios de los que se disponían para satisfacer una necesidad y llevar a cabo tareas o actividades.

Hay que tomar en cuenta que durante los talleres con los agentes comunitarios, puede existir un sesgo de información, dado que la investigadora no habla kichwa y no hay manera de saber si las traducciones fueron fidedignas, a pesar del grado de compromiso que tenían las traductoras con este proyecto.

En este proceso de investigación se obtienen elementos valiosos para el estudio así como para el equipo de salud, que posteriormente servirán para tomar decisiones dentro de la unidad operativa en participación con la comunidad y de esta manera mejorar la planificación de estrategias y actividades en el cantón y ambicionar a que esta experiencia local sea considerada al momento de la toma de decisiones nacionales.

Los efectos positivos dentro del subcentro de salud de Santa Clara y principalmente en el equipo de salud, fueron reveladores, porque siempre se tuvo una preocupación especial por no discriminar o maltratar al usuario externo, lo que era uno de los objetivos de estudio, pero no se tomó en cuenta que la discriminación y el maltrato también pueden venir del usuario externo hacia el usuario interno de la institución. En este punto la política pública de empoderamiento y exigencia de la prestación de servicios públicos, emprendida por el gobierno nacional, hizo que el usuario externo se vuelva hasta cierto punto en el maltratador del usuario interno del servicio de salud cuando el objetivo era que sea el veedor de la prestación de servicio para producir cambios desde la comunidad en busca de mejorar los servicios públicos. Esta campaña de "regulación" de los burócratas, como lo dice el Señor Presidente de la República, hizo que la ciudadanía viera al servidor público como un profesional ineficiente al cual se le debe exigir. Este contexto genera una esfera de hostilidad entre ambos usuarios, cuando el propósito principal debería ser una esfera de armonía.

El equipo de salud tuvo la oportunidad de tener una aproximación al intercambio de sabidurías entre la medicina occidental y la medicina tradicional: esta actividad ayudó a que haya cambios actitudinales en el equipo de salud, especialmente en el grupo de enfermería y obstetricia.

Foucault (1980) analizó la relación entre conocimiento y poder y la forma como éste opera dentro de las instituciones, en sus regulaciones, leyes, medidas administrativas, organización de servicios, disposiciones y más entramado institucional. El conocimiento no opera en el vacío, por el contrario, está inserto en contextos históricos precisos y en instituciones concretas que se encargan de dar legitimidad, propagar el conocimiento elevado al estatus de verdad. No se puede pretender utilizar estos nuevos conocimientos para competir entre ambas medicinas, ese es un riesgo que corremos al intercambiar sabidurías.

Es indudable que el conocimiento de los aspectos culturales relativos al proceso salud-enfermedad-atención, puede facilitarles en gran medida a la comprensión de las desconfianzas o rechazo que determinados servicios pueden ocasionar en las comunidades indígenas. Éste constituye un factor necesario, pero desgraciadamente por sí solo no es suficiente para este acercamiento intercultural sincero o empático en el ámbito de la salud. Es difícil para el personal de salud penetrar en el riquísimo ámbito cognitivo y simbólico de la cultura kichwa. Para que exista un canal de diálogo abierto intercultural debe existir un trato entre iguales, y desgraciadamente, al parecer, el resentimiento histórico se encuentra en, se puede decir, “un gen dominante,” difícil de mutar. Por otro lado los mestizos deberían pensar profundamente en abandonar el pensamiento utilitarista con el que se les mira a las nacionalidades indígenas y, peor aún, evidenciar un sentimiento paternalista con el que se les presta “ayuda.”

El personal de salud se involucra en el contexto cultural y social, con una participación activa dentro del subcentro de salud, así como fuera del establecimiento, el relacionarse con otros actores de la comunidad le permite también mejorar la capacidad técnica para gestionar y proponer soluciones a los problemas del servicio, participando esta problemática a los diferentes organismos de la localidad y de esta manera formando redes de apoyo y un trabajo integrado.

Se debe discutir el tema de la identidad cultural que no es un fenómeno en sí mismo, sino se da como un proceso en oposición a otras identidades culturales. El grupo se define a sí mismo como tal, al notar y acentuar las diferencias con las otras culturas. La identidad cultural existe mientras se evidencien las diferencias entre las culturas y que exista un impulso hacia la preservación. Frente a esta afirmación, esta investigación tiene los dos planteamientos: 1. La búsqueda de la preservación de la cultura y sus prácticas medicinales y 2. La pérdida de las prácticas medicinales tradicionales y la elección de la medicina occidental. Evidentemente la población está dividida y se presenta con dos tipos de personas: con identidad cultural indígena y con identidad cultural mestiza.

Una de las actividades realizadas, en pos del cumplimiento del objetivo de estudio, fue el crear una red de referencia y contrarreferencia entre el servicio de salud occidental (subcentro) y los prestadores de servicio de la medicina tradicional (agentes comunitarios), a fin de dar una alternativa de intervención terapéutica para los pacientes que tienen una cosmovisión diferente al occidental, que es el destacado en el Subcentro de Salud de Santa Clara. Persiguiendo la creación de esta red se realizó un intercambio de sabidurías entre el equipo de salud y los agentes comunitarios. Este estudio evidenció que el mayor número de referencias enviadas salían del Subcentro

de Salud hacia los agentes comunitarios, pero no llegaban a su destino más que el 6% de las referencias, el motivo aparente para que se dé este fenómeno era la barrera de accesibilidad económica hacia el agente comunitario. Hay que tomar en cuenta que el principio de reciprocidad del kichwa habla de retribuir, dar y devolver a quién nos ha dado algo, es por esto que los chamanes siguen cobrando por sus servicios, además que tienen que ganarse la vida, de alguna manera, para poder adquirir bienes que satisfagan sus necesidades básicas como comida, vestido y techo.

Al tener la gratuidad total en los servicios de salud se está rompiendo y haciendo que se pierda este principio de reciprocidad para dar paso al mercantilismo. En la actualidad, la economía mercantilista del intercambio de productos (trueque) funciona lado a lado con una incipiente economía monetaria. El principio de reciprocidad o Ayni se refiere al intercambio de dones o favores que son los que permiten vivir en completo equilibrio con la naturaleza y los seres humanos. *“Primero hay que dar, para recibir”*, marca los tiempos y espacios indígenas a la vez que da vida al aprendizaje y al intercambio de saberes. El principio de la reciprocidad se expresa en que “a cada acto corresponde como contribución complementaria, un acto recíproco. Este principio se aplica no solo a las relaciones humanas sino a la naturaleza y a las relaciones entre los seres humanos y la divinidad. La ética no es un asunto limitado al ser humano y su actuar, sino que tiene dimensiones cósmicas” (Estermann, 1998) Se podría decir que para cumplir este principio de reciprocidad en un servicio donde se ofertan la gratuidad total, se debe tomar en cuenta la corresponsabilidad del paciente y ésta ser “el dar” del “recibir”.

Como ya había mencionado el autor Gálvez M.<sup>9</sup>, la nacionalidad kichwa de la provincia de Pastaza ha sufrido cambios en sus medios de producción, en su elaboración de artesanías, se han perdido sus fiestas y se podría aseverar que la medicina tradicional está por el mismo proceso de cambio hacia la occidentalización o mestizaje.

Por otro lado, el paciente que pertenece a las nacionalidades indígenas está muy bien informado de las causas “occidentales” de la enfermedad, su lenguaje es “mestizado”, ya no habla de empacho, de mal de ojo, de mal de agua, actualmente hablan de parásitos o bichos, de infección intestinal o de influenza y lo más irónico es que todos quieren penicilina como si se tratara de la panacea universal. Este modelo “medicalizado” o “modelo biomédico” se ha impuesto durante el tiempo y en todos los contextos.

La crítica al “modelo biomédico” incluye también la crítica a la epistemología, a una forma de conocer, de hacer ciencia desde el positivismo, donde los datos cuantitativos, la evidencia se constituye en el único referente de verdad desde una pretendida objetividad que asume ser neutra. Este “modelo biomédico” se nutre del determinismo biológico que explica las diferencias sociales, las jerarquías y la desigualdad a partir de la “naturaleza humana”. Igualmente, el modelo se construye a partir de las nociones de progreso y modernidad, del desarrollo científico y tecnológico donde la universalidad trató de borrar cualquier diferencia cultural o social. El carácter

---

<sup>9</sup> Encuentro de los Procesos de Salud Intercultural de la Amazonía. (2008)

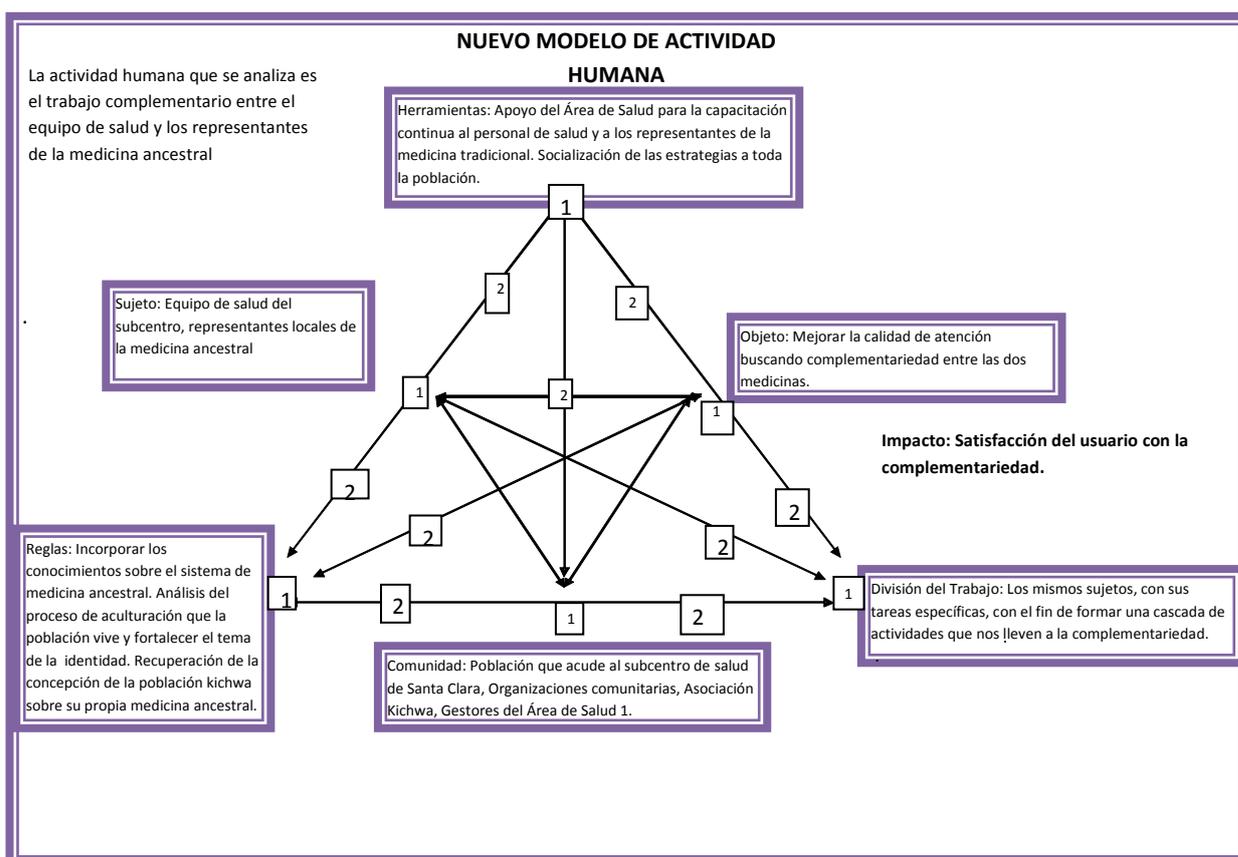
uniformizante del progreso conlleva relaciones de dominación y de colonización de unos grupos, de unos pueblos, de unos individuos sobre otros. (Rodríguez, 2008, p. 399)

Hay muchas intervenciones con el objetivo de mejorar esta accesibilidad cultural que con tanta ambición se busca, se han elaborado leyes, tratados, promesas y convenios, pero aparentemente, según este estudio, ya no hay una cultura a la que debemos acceder o no hay dos culturas claramente visibles y definidas, se han fusionado a lo largo del tiempo y es difícil de reconocer sus características propias, se puede aventurar a decir que estamos frente a una tercera cultura y que la nacionalidad indígena del cantón Santa Clara está “mestizada” y no se dan cuenta.

El resultado de este estudio fue demostrar que se pueden hacer mejoras en la accesibilidad cultural del Subcentro de Salud de Santa Clara utilizando los recursos y estrategias locales, que se puede decir que se llegó a la meta, pero también se logró una aproximación al conocimiento de la sabiduría ancestral en cuanto a la medicina y sobre todo el cambio cultural al que han sido expuestos los pobladores de la nacionalidad kichwa del cantón Santa Clara.

Después de analizar y discutir sobre el objetivo de la investigación, su estudio y sus evidencias, se creó un nuevo modelo conceptual que se construye desde esta experiencia para dar inicio a un nuevo ciclo de investigación acción: Gráfico 4.

**GRÁFICO 4.**  
**ACTIVITY SYSTEM: NUEVO MODELO CONCEPTUAL CREADO DESDE LA**  
**INVESTIGACIÓN REALIZADA**



Fuente: Investigación Acción. Mejoramiento del acceso cultural al subcentro de salud de Santa Clara: Utilización de estrategias y recursos locales.

Realizado por: Claudia Avila

Los elementos de este nuevo modelo se describen a continuación:

**SUJETO:** Equipo de salud, representantes de la medicina ancestral.

**COMUNIDAD:** En este elemento se incluye a: la población que acude al Subcentro de Salud de Santa Clara, organizaciones comunitarias, asociación de Kichwas y el personal administrativo que realiza la gestión en el Área de Salud 1. Este nuevo elemento se incorpora a comunidad en busca de continuar con el proceso comenzado para que provean los recursos, además de que este modelo de atención puede ser utilizando en todas las unidades operativas que pertenecen al Área de Salud 1.

DIVISIÓN DE TRABAJO: Tareas de acuerdo a su especificidad, es decir, el personal de enfermería se encargará de explicar porque se preguntan las preferencias para remitirlos a la medicina ancestral; los representantes de la medicina ancestral socializarán la opción de asistir a los lugares donde ellos proveen sus servicios ya que trabajan de forma coordinada con la medicina occidental; las médicas y obstetras preguntarán signos y síntomas sobre motivos de consulta que requieran complemento de la medicina ancestral.

REGLAS: Incorporar los conocimientos sobre el sistema de medicina ancestral, además el análisis del proceso de aculturación que la población vive. Fortalecer el tema de la identidad en los pobladores del cantón Santa Clara.

OBJETO: Mejorar la calidad de atención buscando complementariedad entre la medicina ancestral y la medicina occidental.

IMPACTO: Satisfacción de los usuarios con esta complementariedad.

## 14. CONCLUSIONES

- Cuando existen buenas relaciones entre los actores sociales de una población, se pueden emprender este tipo de estudios con el objetivo de mejorar el servicio de salud en beneficio de la comunidad y partiendo de sus necesidades. Al involucrar a los actores se cuenta con lo más importante, el recurso humano.
- El intercambio de sabidurías promueve un proceso de sensibilización y cambio de actitud del personal del subcentro de salud, pero este proceso es largo y debe ser sostenible con el tiempo para que no se pierda esta empatía. El personal más dispuesto a este cambio son las servidoras que han pasado por más tiempo en contacto con la comunidad y que se encargan del cuidado directo del paciente.
- Es importante la permanencia de un equipo de salud para que continúe con la propuesta planteada y el apoyo incondicional de las autoridades del Ministerio de Salud y de las organizaciones comunitarias del cantón.
- La barrera económica hacia la prestación de servicios de salud es insuperable y ésta modifica inclusive las preferencias de la demanda.
- Definitivamente no se puede institucionalizar la práctica de la medicina tradicional, porque al privarle de su entorno se pierde la legitimización de la misma y las características propias e imprescindibles de estas prácticas, sin olvidar la importancia de mantenerse ligada a la vida de la población a la que representa.
- Las comunidades indígenas que han tenido contacto con otras etnias o culturas van a absorber su influencia, provocando una mezcla de percepciones, creencias, lingüísticas y simbologías, no necesariamente dominando la una sobre la otra, sino se puede dar como resultado una tercera cultura. En este punto se debe recordar el concepto de interculturalidad lo que el autor Sola J. habla de que la verdadera interculturalidad es vernos como iguales en nuestra aceptación y distintos en nuestra identidad.

## 15.RECOMENDACIONES

- Fortalecer a las unidades operativas en la importancia de mantener buenas relaciones con los actores locales para que cualquier plan, proyecto que se requiera realizar se pueda desarrollar contando con el apoyo de los actores locales.
- No se debe intentar institucionalizar las prácticas de la medicina ancestral, porque se corre el riesgo de perder sus particularidades, provocando una mezcla en prestación de servicios de salud.
- Se debe analizar profundamente las consecuencias de la política pública de la gratuidad total en los servicios de salud y la influencia que ésta causa en las poblaciones que tienen un sistema económico diferente al del mestizo y sus posibles consecuencias de eliminación de la corresponsabilidad.
- Es importante trabajar en un proceso de empoderamiento del usuario externo hacia el servicio de salud con la promoción de trabajar en un ambiente de armonía y tolerancia entre ambos usuarios, buscando siempre alternativas de cambio factibles y convenientes tanto para el usuario interno como para el usuario externo.
- El personal de salud que trabaja con pacientes de nacionalidades indígenas, debe tener un proceso continuo de capacitación y sensibilización que lleve a entender y provocar empatía con los pacientes que tienen una cosmovisión diferente.
- Continuar con estudios que proporcionen más información acerca de las estrategias que deben utilizar los servicios de salud occidentales para hacer el menos daño posible a las comunidades de nacionalidades indígenas, es fundamental para llegar a un punto donde se puedan tratar sus particularidades sin afectarlas con las de la otra cultura, con el objetivo de llegar al verdadero significado de interculturalidad, para partir de aquí y hacer mejoras en los servicios de salud.

## 16. BIBLIOGRAFÍA

1. BROCKMAN J. (1995). *The Third Culture: Beyond the Scientific Revolution*, Simon & Schuster
2. CEVALLOS R. y Amores A. (2009). *Prestación de servicios de Salud en Zonas con Pueblos Indígenas. Programa Regional de Salud de los Pueblos Indígenas: OPS/OMS*, Quito.
3. COMES Y., Solitario R., Garbus P., Mauro M., Czerniecki S., Vázquez A. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anu. investig. [revista en la Internet]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lng=es)
4. ESTERMANN Josef. (1998). *Filosofía Andina: estudio de la sabiduría autóctona andina*. Quito: Abya Yala.
5. FOUCAULT Michel (1980). *Microfísica del Poder *Microphysique Du Pouvoir**. 2º Ed. Madrid: Edissa.
6. KROEGER Axel. (1982). Los indígenas sudamericanos ante una alternativa: servicios de salud tradicionales o modernos, en las zonas rurales del Ecuador. *Boletín Sanitario de Panamá*. 93 (4).
7. MAYCA J., Palacios-Flores E., Medina A., Velázquez J., Castañeda D. (2009). Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco. *Rev. Peru Med. Exp. Salud Pública*. 26(2). 45-60.
8. MEJÍA A, Sánchez A, Tamayo JC. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, *Colombia*. *Rev Salud Pública*. 9(1).26-38.
9. Memorias del congreso de Salud intercultural, Cotacachi 2008
10. MERCENIER P. (1998). *Bases de Organización de los Servicios de Salud. Curso Internacional para la Promoción de la Salud*.
11. MSP. (2010). “*Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo*”.
12. MSP. (2010). “*Salud, interculturalidad y derechos: Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*”.
13. OPS. (1997). “*Fortalecimiento y Desarrollo de los sistemas de salud Tradicionales: Organización y Provisión de Servicios de Salud en poblaciones Multiculturales*”. Recuperado en: <http://devserver.paho.org/dssi>

14. OPS. (2008). "Evaluación de los logros en salud en el marco de finalización del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo". Recuperado en: <http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/Indig-home.htm>
15. PEREZ L., Jorge E. (2007). La necesaria reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. *Gaceta Laboral*. 13(1). 43-57.
16. RODRÍGUEZ Lilia. (2008). "Interculturalidad en salud reproductiva: percepciones de las mujeres indígenas y prácticas de salud en el hospital "San Luis de Otavalo", Ecuador. Tesis de Maestría, Universidad Politécnica Salesiana, Quito.
17. SOUSA Santos Boaventura (2009). "*Las paradojas de nuestro tiempo y la plurinacionalidad*", en: Acosta, Alberto (ed.), *La plurinacionalidad*. Quito: Abya Yala.
18. SALAVERRY Oswaldo. (2010). Interculturalidad en salud, *Rev Perú Med. Exp. Salud Pública*. 27 (1). 80-93.



**ENCUESTA AL AGENTE COMUNITARIO  
SIGNOS DE ALARMA**

SEXO

EDAD

TIPO

TIEMPO DE TRABAJO CON LA COMUNIDAD

¿HASTA QUE GRADO ESTUDIÓ?

1. Cuando llega un niño, que todavía mama, con diarrea, adormilado, no llora, no ha orinado en 1 día, usted :

- a. Limpia y manda a la casa
- b. Da agua de montes y manda a la casa
- c. Da agua de montes, limpia y manda a la casa
- d. Envía al Subcentro de Salud

2. Cuando no calma la calentura de la gente, usted:

- a. Limpia el mal
- b. Da agua de montes
- c. Baña al paciente en aguas dulces
- d. Envía al Subcentro de Salud

2. Si llega una persona con dolor de barriga muy fuerte y no ha comido y la barriga está dura usted:

- a. Limpia y manda a la casa
- b. Le manda dieta a la casa
- c. Le da aguas de montes y limpia y manda a la casa
- d. Manda al Subcentro de Salud

3. Si un niño llega a su casa la mamá le dice que no está respirando bien y está de color azulado, usted:

- a. Limpia y manda a la casa
- b. Le manda dieta a la casa
- c. Le da aguas de montes y limpia y manda a la casa
- d. Manda al Subcentro de Salud

4. Cuando llega una persona, que se ha caído o le han pegado, con una torcedura claramente visible en el brazo o en la pierna, usted:

- a. Friega hasta que quede derecho el miembro
- b. Pone ungüentos y venda
- c. Da masajes por largo tiempo hasta ver mejoría
- d. Envía al subcentro de salud

5. Si una mujer embarazada está sangrando por la vagina, y aún no es tiempo de parir, usted:
  - a. Da baños y aguas y la lleva a que descansa a la casa
  - b. Pone implastos en el vientre y espera a que el sangrado calme
  - c. Manda al Subcentro de Salud
  
6. Si una mujer embarazada está hinchada los pies y tiene dolor de cabeza, usted:
  - a. No hace nada porque eso les pasa a todas las embarazadas
  - b. Le manda a tomar aguas de montes y de regreso a la casa
  - c. Le envía a la casa y usted le va a visitar hasta que se sienta mejor
  - d. Manda al subcentro de salud
  
7. Si revisa a la mujer embarazada y se da cuenta que el niño está sentado, usted:
  - a. Mantea para darle la vuelta
  - b. Se alista para atender un parto difícil
  - c. Envía al subcentro de salud
  
8. Si una embarazada le dice que su bebé no se ha movido desde ayer, usted:
  - a. Revisa si el wawa está vivo y luego manda a la casa
  - b. Revive al wawa dando a la mama aguas amargas para que vomite
  - c. Limpia a la mama y al wawa para que se vuelva a mover
  - d. Manda al subcentro de salud

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO SCS SANTA CLARA**

EDAD  SEXO  ETNIA

<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>PORQUE</b>
¿Está satisfecho/a por el servicio recibido?			
¿Cómo le parece la organización del subcentro en general?			
¿Confía en la asistencia que le dieron?			
¿Se le trató con respeto durante su visita al subcentro?			
¿Le parece bien que le hayan preguntado de las posibles causas de su enfermedad según sus creencias?			
¿Le parece bien que se le refiera al chaman cuando su caso lo requiere?			
¿El profesional que le atendió fue amable con usted?			
¿La información que le han dado se entendió bien?			
¿Le agrada que le prescriban tratamientos u opciones de manejo con medicina tradicional?			
¿Recibió algún tipo de rechazo por sugerir ir al chaman o algún tipo de tratamiento de medicina ancestral?			

Realizado por

Fecha

## **ANEXO DE FOTOS**

### **FOTO N°1. GRUPO FOCAL**



Fecha: 20 de Noviembre del 2011

Tema: Percepciones de los cambios ofertados en el Subcentro de Salud de Sta.Clara

### **FOTO N° 2. SOCIALIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL A LOS GESTORES DEL ÁREA DE SALUD 1**



Fecha: 2010

Ocasión: Socialización del Diagnóstico Situacional a los Directivos del Área 1

**FOTO N° 3. BRIGADA A LA COMUNIDAD DE JATUN VINILLO**



Fecha: Octubre del 2011  
Ocasión: Brigada a Jatún Vinillo. Vía de acceso a la comunidad.

**FOTO N°4. BRIGADA A LA COMUNIDAD JATUN VINILLO**



Fecha: Octubre del 2011  
Ocasión: Brigada a Jatun Vinillo. Vía de acceso a la comunidad.